UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALEXANDRE FAVERO BULGARELLI

**Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo
de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP.**

Ribeirão Preto
2010

ALEXANDRE FAVERO BULGARELLI

Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ione Carvalho Pinto

**Ribeirão Preto
2010**

Autorizo reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bulgarelli, Alexandre Fávero

Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP.

232 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Pinto, Ione Carvalho

1. Saúde bucal 2. Saúde do idoso 3. Atenção Primária à Saúde 4. Construcionismo Social

FOLHA DE APROVAÇÃO

BULGARELLI, Alexandre Fávero

Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: / / 2010

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Profª Drª Neide Fávero.

Acredito que de alguma maneira ela sempre esteve ao meu lado durante todos os momentos de realização deste trabalho. Sua presença sempre foi real e quase concreta nesta caminhada, porque tive a estranha sensação e a esperança vazia de talvez encontrá-la andando pelos corredores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tia Neide, obrigado por ter feito sentido em nossas vidas. Obrigado por sua interseção e pelo exemplo de dedicação, carinho, amor e serenidade ao lutar pela vida!

AGRADECIMENTOS

À Deus, cuidador dos meus passos.

À minha mãe Elsa, ao meu pai Bruno e à minha irmã Andréa pelo companheirismo, preocupação, estímulo, carinho familiar e cuidado.

À Patrícia, mulher da minha vida. Um presente de Deus, que esteve, como sempre, ao meu lado, dedicando-se, disponibilizando-se e construindo comigo sentidos pra minha vida.

À minha orientadora e amiga, Professora Doutora Ione Carvalho Pinto, uma pessoa especial no meu “caminhar acadêmico”. O carinho, o estímulo, a alegria, o profissionalismo e a confiança com que se dedicou a este trabalho me fez crescer profissionalmente marcando minha caminhada para sempre.

À Professora Doutora Carla Guanães por sua ajuda, estímulo, ensinamentos e por também acreditar que este era um trabalho interdisciplinar que daria certo.

À Professora Doutora Soraya Fernandes Mestriner, um exemplo de carinho, dedicação, profissionalismo e entusiasmo com a Saúde Bucal Coletiva em seu sentido mais amplo.

Ao meu grande amigo Renato Cássio Roperto, Professor Doutor na *Faculty of Dentistry* da *University of Manitoba*, que mesmo bem distante, foi fundamental em alguns momentos no decorrer deste trabalho, sempre me animando, estimulando e ajudando.

À Professora Doutora Amábile Rodrigues Xavier Manço, que ensinou meus primeiros passos acadêmicos.

Ao Professor Doutor Wilson Mestriner Júnior pela preocupação, confiança e estímulo, e, por ser um dos interlocutores com quem dividi minhas incertezas durante a construção deste trabalho.

À Professora Doutora Rosalina Carvalho da Silva pela contribuição, desde o início, com a discussão, qualificação e avaliação deste trabalho.

As Professoras Doutoras Sueli Marques e Rosalina Aparecida Partezan Rodrigues pelo valioso conhecimento em Gerontologia que me foram fundamentais para a construção deste trabalho.

Às Professoras Doutoras Maria José Bistafa e Silvana Martins Mishima pelas valiosas discussões de grupo, e por me apresentaram os importantes aspectos da Atenção Primária à Saúde, fundamentais para a construção do “meu discurso” expresso neste trabalho.

Aos membros do grupo NUPESCO pelo conhecimento que construímos juntos durante as reuniões do grupo das quais participei.

Às Professoras Doutoras Laura Vilela e Souza, Clarissa Mendonça Corradi-Webster, e Adriana Cristina Ferreira Caldana pela valiosa contribuição nas nossas calorosas discussões e incertezas no grupo de estudos em Construcionismo Social da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

À Professora Doutora Ana Maria de Almeida pelo carinho e estímulo em diversos momentos de minha caminhada dentro do programa de Pós-Graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, pela atenção e disponibilidade em todos os momentos durante nossa agradável convivência.

Aos docentes e funcionários da área da Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela atenção e carinho.

Aos funcionários do Núcleo de Saúde da Família III pela organização, amor e dedicação ao trabalho, e pela convivência agradável que tivemos.

Aos meus amigos, os verdadeiros e de sempre.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação pela valiosa contribuição para a divulgação deste trabalho em eventos científicos internacionais.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos para realização da pesquisa.

E um especial agradecimento aos idosos com que trabalhei durante esta empreitada. Estas pessoas merecem um agradecimento especial pois contribuíram de livre vontade, com suas experiências de vida, compreendendo a necessidade e a importância nos estudos científicos sobre saúde bucal em nível coletivo. Agradeço com os dizeres de William Shakespeare: “...*a melhor sala de aula do mundo está aos pés de uma pessoa mais velha...*”

Obrigado a todos!

Enjoy the ride

With the moon light to guide you, feel the joy of being alive.
The day that you stop running... Is it the day that you arrive?
And that night that you got locked in... Was the time to decide?
Stop chasing shadows, just enjoy the ride.

Aproveite o passeio

*Com a luz da lua para te guiar, sinta a alegria de estar vivo
O dia que você parar de correr ... É o dia em que você chega?
E aquela noite em que você se sentiu de mãos atadas ... Era o momento de decidir?
Pare de perseguir sombras, simplesmente aproveite o passeio.*

Ross Godfrey

RESUMO

BULGARELLI, A. F. **Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP**. 2010. 232 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Nós, seres humanos, estamos, a todo momento, naturalmente, coordenando nossas ações para vivermos em sociedade. Estas ações coordenadas guiam as construções sobre o quê pensamos, e, sobre como agimos frente aos diferentes fenômenos do mundo. Desta maneira, essas ações coordenadas acontecem e são construídas em nossas vidas a partir de práticas discursivas que desencadeiam processos conversacionais, que, por meio de diálogos em nosso dia-a-dia, permitem a construção de sentidos sobre algo. O sentido que algo tem para nós, não é um ente que existe e precisa ser descoberto, mas sim algo que se constrói ao longo da vida frente às diversas relações sociais, contextos e histórias vividas. Desta maneira, o sentido que a saúde bucal tem para as pessoas, não é algo presente e existente em determinado grupo e/ou sociedade, e sim algo construído com práticas discursivas ao longo da história e das experiências vividas por cada um de nós. Proponho, com esta pesquisa, uma aproximação entre diversos discursos no intuito de construir sentidos para a saúde bucal com a colaboração de pessoas idosas cadastradas em um núcleo de saúde da família, moradores na cidade de Ribeirão Preto/SP. A colaboração destes idosos foi fundamental para a construção de sentidos para a saúde bucal, pois naturalmente são pessoas com muitas experiências e histórias e relatos de acontecimentos associados a saúde bucal. Além da participação de idosos a Atenção Primária à Saúde vem contribuir, especificamente devido aos espaços conversacionais ofertados pela Estratégia de Saúde da Família, para que acontecessem as entrevistas semi-estruturadas de 14 idosos previamente selecionados de acordo com certos critérios de inclusão. As entrevistas foram analisadas segundo Análise de Discurso, focando em Repertórios Interpretativos. Como suporte teórico, para a aproximação dos discursos e construção de certos sentidos para a saúde bucal, trago como eixo norteador o Construcionismo Social. Desta maneira pontuo que o Construcionismo Social é uma perspectiva para olharmos o mundo e construir conhecimento, e enquadra o processo epistemológico como algo que as pessoas fazem juntas por meio de suas práticas discursivas e sociais refletidas em seus dia-a-dia. Portanto, esta é uma pesquisa de abordagem metodológica qualitativa, de cunho construcionista social, realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e com análise de discurso fundamentada em Repertórios Interpretativos. Tive como objetivo construir sentidos sobre saúde bucal por meio da articulação entre os discursos de idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP e os discursos trazidos pela Atenção Primária à Saúde, dentro de uma perspectiva Construcionista Social. Para isso objetivei identificar e analisar os Repertórios Interpretativos presentes nos discursos dos idosos para propor um possível entendimento das relações entre o envelhecimento da cavidade bucal, a infância com deficiência de informação sobre saúde bucal, a Atenção Primária à Saúde e determinadas práticas de cuidado com a cavidade bucal. Identificando tais relações, pude construir, conjuntamente com os idosos e com os discursos teóricos, uma combinação de sentidos que refletem a saúde bucal como parte integrante da saúde geral e, para tal, necessita de uma higiene constante e diária e que desta maneira tem como um sorriso bonito a imagem de sentir-se bem com a condição da boca após histórias de sofrimento vividas no passado. Considero, que as práticas discursivas presentes na Atenção Primária à Saúde permitiram articulações entre diversos saberes de pesquisadores, usuários e serviço de saúde para a construção de sentidos para a saúde bucal. Finalmente considero que esta é uma pesquisa que veio contribuir para construção e reconstrução de pensamentos teóricos, práticas e saberes sobre a saúde bucal em nível coletivo.

Palavras-chave: Saúde bucal. Saúde do idoso. Atenção Primária à Saúde. Construcionismo Social

ABSTRACT

BULGARELLI, A. F. **Constructing meanings to oral health with elderly enrolled at a Family Health Nucleus at the city of Ribeirão Preto/SP**. 2010. 232 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

We, as human beings, are naturally, in every moment of our lives, coordinating our actions to live in society. These actions are guidelines to construct what we think and how we act toward different phenomena that we face in world. According to this fact, these coordinated actions happen and are built in our lives from discursive practices that develop conversational processes, that towards our day-by-day dialogs allow the constructional process of the meanings in our life. The meaning, that something has to us, is not something that already exists and just needs to be discovered, but it is something that is constructed as life goes by several social relationships, life contexts and histories. According to this fact, the meaning of the oral health for people is not something present and existing in determined group or society, but it is something constructed as time goes by and in our particularly life experiences. I proposed, with this research, an approach between several discourses aiming to construct meanings to oral health with the collaboration of elderly registered at the Family Health Center at Ribeirão Preto/SP. The collaboration of the elderly were fundamental to the construction of the oral health meanings, because the elderly are naturally people with a considerable number of experiences, histories and events associated to oral health. Beyond the participation of the elderly, the Primary Health Care concepts came to contribute, especially because the conversational spaces offered by the Family Care Strategy, to the development of the semi-structured interviews with 14 elder previously selected according to some inclusion criteria. The interviews were analyzed according to Discourse Analysis based on Interpretative Repertoires. As a theoretical support, to the proposed approach and construction of some meanings to the oral health I present, as the analytical guideline, the Social Constructionism. Thus, I highlight that the Social Constructionism is a perspective to look to the world and construct knowledge, which fits the epistemological process, as something that people do together by their social and discourse practices reflected in their day-by-day lives. Therefore, this is a research with a qualitative methodological approach with a social construction stamp, realized by semi-structured interviews and data analysis performed by Discourse Analysis and Interpretative Repertoires. I aimed to construct meanings to oral health articulating discourses bring with the elderly enrolled in a Family Health Nucleus at Ribeirão Preto/SP, and the discourses bring with the Primary Health Care concepts, allow then in a Social Construction perspective. To that, I aimed to identify and analyze the interpretive repertoires of the discourse of the elderly to propose a possible understanding of the relationship between aging of the oral cavity, the childhood with disabilities information about oral health, the Primary Health and certain care practices delivered to the oral cavity. Identifying such relationships, I built, together with the elderly and the theoretical discourses, a combination of meanings that reflected the oral health as part of general health, and for that needs a constant and daily hygiene, and in this way a beautiful smile reflected the image of feeling fine with the mouth condition, after experiencing suffer related with stories from the past. I consider that the discursive practices, present in the Primary Health Care, allowed connections between different knowledge of researchers, users and health service for the construction of meaning for oral health. Finally I believe that this is a research that can contribute to construction and reconstruction of theoretical thoughts, practices and knowledge on oral health at a community level.

Keywords: Oral Health. Aged Health. Primary Health Care, Social Constructionism

RESUMEN

BULGARELLI, A. F. La construcción de los sentidos de la salud oral con ayuda de ancianos inscritos en un Centro de Salud de la Familia de Ribeirão Preto/SP. 2010. 232 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Nosotros, los humanos, estamos en todo momento, por supuesto, a coordinar nuestras acciones para vivir en sociedad. Estas acciones coordinadas guían la construcción de lo que pensamos y cómo actuamos en los diferentes fenómenos del mundo. Por lo tanto, estas acciones coordinadas suceden en nuestras vidas e se construyen a partir de las prácticas discursivas que desencadenan los procesos de conversación que, a través del diálogo en nuestro día a día, permiten la construcción de sentido acerca de algo. Lo sentido que algo tiene para nosotros, no es una entidad que existe y debe ser descubierto, pero algo que sí construye por medio de relaciones de vida y diversos contextos sociales y las historias vividas. Por lo tanto, el sentido de que la salud oral tiene para las personas, no es algo que existe en un grupo específico y/o la sociedad, pero algo construido con las prácticas discursivas de toda la vida e la historia y las experiencias de cada uno de nosotros. Propongo, con esta investigación, el acercamiento entre los diferentes discursos con el fin de construir un significado para la salud oral con la asistencia de las personas de edad matriculados en el centro de salud de la familia y residentes de la ciudad de Ribeirão Preto/SP. La colaboración de los ancianos fueran fundamental para la creación de sentidos para la salud oral, por supuesto, son personas con muchas experiencias e historias y relatos de eventos relacionados con la salud oral. Además a la participación de los ancianos, la Atención Primaria de salud contribuye precisamente a causa de los espacios de conversación son ofertados por la Estrategia de Salud Familiar, donde ocurrió las catorce entrevistas semi-estructuradas con los ancianos previamente seleccionados según criterios de inclusión determinados. Los datos fueron analizados utilizando el análisis del discurso centrado en los repertorios interpretativos. El soporte teórico para el enfoque del discurso y traigo como una guía para la construcción de ciertos sentidos de salud bucodental, lo constructivismo social. Así, señaló que el construccionismo social es un enfoque para mirar al mundo y construir el conocimiento, y se relaciona con el proceso del conocimiento como algo que la gente hace conjuntamente a través de sus prácticas discursivas y sociales y se refleja en nuestro día a día. Así que esto es un estudio de análisis cualitativo, de naturaleza del construccionismo social, llevado a cabo a través de entrevistas semi-estructuradas y análisis del discurso basado en los repertorios interpretativos. Tengo la intención de construir un significado sobre salud oral a través de la articulación del discurso de los ancianos inscritos en un Centro de Salud de la Familia de Ribeirão Preto junto con los discursos interpuesto por la Atención Primaria de la Salud desde una perspectiva construccionista social. Para tratar de identificar y analizar los repertorios interpretativos del discurso de los ancianos para proponer un posible entendimiento de la relación entre el envejecimiento de la cavidad oral, una infancia sin información sobre salud bucal, la Atención primaria de salud y ciertas prácticas de atención con cavidad oral. Con la identificación de tales relaciones, pudiera construir, junto con los ancianos y los discursos teóricos, una combinación de significados que reflejan la salud oral como parte de la salud en general y, para ello, necesita una higiene constante diaria y de esta manera es una hermosa sonrisa de la imagen para sentirse bien con la condición de la boca después de historias de sufrimiento experimentado en el pasado. Considero que las prácticas discursivas presentes en la Atención primaria de la salud permiten conexiones entre diferentes conocimientos de los investigadores, usuarios y servicios de salud para la construcción de significado para la salud oral. Finalmente creo que esta es una investigación que ha contribuido a la construcción y la reconstrucción del pensamiento teórico, las prácticas y conocimientos sobre salud bucal a nivel colectivo.

Palabras Clave: Salud bucodental. Salud del anciano. Atención Primaria de La Salud. Construccionismo social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Evolução da implantação das ESF no território brasileiro (Brasil, 2009a).	43
Figura 2.	Número de ESB implantadas entre 2001 e 2009 no território brasileiro (Brasil, 2009b).	44
Figura 3.	Pirâmide populacional do município de Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto/SP, 2009.	101
Figura 4.	Ilustração da construção de sentidos com idosos sobre a saúde bucal por meio de Repertórios Interpretativos. Ribeirão Preto, 2010.	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Informações relacionadas às condições de saneamento das famílias cadastradas no NSFIII. Consolidado de dados gerais do NSF III. Ribeirão Preto/SP, Novembro de 2008.	104
Quadro 2.	Informações relacionadas às famílias cadastradas no NSFIII. Consolidado de dados gerais do NSF III. Ribeirão Preto/SP, Novembro de 2008.	105
Quadro 3.	Tempo de realização das entrevistas. População de idosos adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2009.	114
Quadro 4.	Perfil dos idosos entrevistados. População de idosos adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2009.	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Faixa etária da população adscrita no NSF III. Ribeirão Preto/SP, Novembro de 2008.	105
Tabela 2.	Descrição da população para obtenção de amostra intencional não-probabilística. Primeira etapa do recorte populacional da população idosa atendendo aos critérios inclusão. População adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2008.	107
Tabela 3.	Descrição da população para obtenção de amostra intencional não-probabilística. Segunda etapa do recorte populacional para faixa-etária entre 65-74 anos, atendendo aos critérios de exclusão. População adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2008.	107
Tabela 4.	Descrição quantitativa da amostra intencional não-probabilística, segundo critérios de eliminação. População adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2008.	108
Tabela 5.	Idosos eliminados da amostra, segundo motivos de eliminação proveniente da amostra contida na população adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2008.	108
Tabela 6.	Descrição do perfil dos idosos entrevistados segundo sexo. Amostra contida na população adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2009.	130

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEOs	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLSC	Centres Locaux des Services Communautaires
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPO-D	Cariados Perdidos e Obturados para unidade Dente
CSE	Centro de Saúde Escola
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
DRS	Departamento Regional de Saúde
ECEO	Encontro Científico de Estudantes de Odontologia
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ENATESPO	Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Equipes de Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano para Município
IPC	Índice Periodontal Comunitário
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OHIP	Oral Health Impact Profile
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
RI	Repertório Interpretativo
RI	Repertórios Interpretativos
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
THB	Técnico em Higiene Bucal
TSB	Técnico em Saúde Bucal
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

O processo para a construção do conhecimento.....	16
1. APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR.....	19
2. INTRODUÇÃO.....	25
3. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA.....	31
3.1 Objetivo geral.....	32
3.2 Objetivos específicos.....	32
3.3 Por que? Para que? Para quem?.....	32
4. DIALOGANDO COM OS DISCURSOS TEÓRICOS.....	36
4.1 A interlocução entre os saberes da Saúde Coletiva.....	37
4.1.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família.....	37
4.1.2 A conversa dialógica por detrás do SUS.....	46
4.2 Saúde Bucal: uma construção histórica.....	50
4.2.1 A visão ampliada da saúde.....	50
4.2.2 A saúde bucal no cenário político brasileiro.....	55
4.2.3 Saúde bucal: muito além da Odontologia.....	63
4.3 Envelhecimento e Saúde bucal na velhice.....	68
4.3.1 O envelhecer.....	68
4.3.2 A velhice.....	76
4.3.3 A saúde bucal dos idosos brasileiros.....	82
5. DIALOGANDO COM O DISCURSO CONSTRUCIONISTA SOCIAL.....	91
6. PERCORRENDO A INVESTIGAÇÃO.....	100
6.1 A cidade de Ribeirão Preto.....	101
6.2 A população do estudo.....	103

6.3 A comunidade cenário do estudo.....	103
6.4 Os colaboradores.....	105
6.5 Delineando o estudo.....	108
6.6 Operacionalização e coleta dos dados.....	111
6.7 Acondicionamento dos dados.....	114
6.8 Análise do discurso e os Repertórios Interpretativos.....	115
6.9 A análise propriamente dita.....	121
6.10 Aspectos éticos da pesquisa.....	124
 7. CONSTRUINDO SENTIDOS INTEGRANDO DISCURSOS.....	125
7.1 Quem eram estes idosos e como aconteceram as entrevistas?.....	128
7.2 As relações identificadas.....	132
7.2.1 Deficiência de informação e assistência odontológica na infância.....	134
7.2.2 Cuidando da saúde bucal: uma prática social.....	138
7.2.3 Atenção Primária à Saúde construindo sentidos para saúde bucal...	144
7.2.4 Envelhecimento da cavidade bucal: consequência e resignação.....	151
7.3 Os sentidos construídos.....	160
7.3.1 Saúde Bucal: a higiene cotidiana.....	161
7.3.2 Saúde Bucal: parte integrante da saúde geral.....	168
7.3.3 Saúde Bucal: sofrimento no passado.....	173
7.3.4 Saúde Bucal: um sorriso bonito.....	180
7.3.5 Saúde Bucal: sentir-se bem com a condição da boca.....	184
 8. ENTÃO, JUNTOS CONSTRUIMOS E CONSTRUIREMOS SEMPRE.....	189
 <i>Referências.....</i>	195
<i>Apêndices.....</i>	215
<i>Anexos.....</i>	226

O processo para a construção do conhecimento

A presente pesquisa científica, que descrevi por meio desta narrativa, me possibilitou, na condição de ator social, ir ao encontro de pessoas, interlocutores, linguagens, conceitos, definições, saberes, práticas, discursos, contextos, conversas e relações, que foram fundamentais para a construção de certos sentidos para a saúde bucal. A articulação deste “todo” direcionou e sustentou a construção de um conhecimento em saúde.

Assim, o conhecimento emerge dentro de um processo epistemológico que se corporifica na síntese da diversidade, e este processo dá visibilidade para a convivência multidisciplinar destas diversidades nos discursos da saúde. As diversidades permitem, em um processo epistemológico, a construção de sentidos para ações em saúde (CAMARGO-BORGES, 2007).

Quando faço uso do termo ator social, destaco Matus (2005), pois segundo este autor, atores sociais representam conjuntos de saberes que, colocados em sinergia com interesses pela vida, podem aprender e ensinar com os outros por meio de relações que promovam conhecimento. Este conceito pode ampliar-se, pois, atores sociais são grupos e/ou segmentos sociais presentes na sociedade que estabelecem conjuntos relativamente homogêneos segundo sua posição na vida, dentro de práticas coletivas, construindo identidades e espaços que refletem seus interesses e visões de mundo (BUARQUE, 1999).

Além deste conceito entendo também que atores sociais são pessoas que assumem crescentemente papéis sociais como seres pensantes que discutem, que se relacionam com outras pessoas, que argumentam, que elaboram juízos de valor, que fazem escolhas, que negociam e se posicionam sobre as mais variadas questões. O que quero dizer é que para traçar o processo de construção do conhecimento com esta pesquisa, necessito pontuar que esta é uma pesquisa que envolve atores sociais, tanto como instrumento da pesquisa como colaboradores.

Portanto, quando coloco-me na condição de ator social entendo que trago comigo discursos carregados de diversos aspectos, contextos, valores, conceitos, conhecimentos e práticas, que compartilho com um grupo, no caso o grupo de profissionais da saúde bucal atuante na Saúde Coletiva.

O processo para o desenvolvimento desta pesquisa refletiu-se na tentativa de construir algo por meio da aproximação e articulação de discursos, incluindo o meu próprio o qual permeou todo o processo de construção deste conhecimento.

Este meu posicionamento na condição de participante do “jogo”, permitiu-me seguir uma retórica como construtor e articulador de: discursos trazidos pelos idosos, as vozes dos colaboradores;

discursos trazidos pelos pressupostos teóricos da Atenção Primária à Saúde (APS); discurso trazido pelo envelhecimento; discurso trazido pelo contexto socio-político-histórico da saúde bucal; bem como o discurso trazido com a perspectiva Construcionista Social.

Assim, proponho uma aproximação dos saberes da Saúde Coletiva, e da Saúde Bucal e do discurso construcionista social tendo como interlocutores autores que destacam que os sentidos são construídos coletivamente por meio da dialogia entre as pessoas e seus discursos (GERGEN, 1985; GERGEN, 2009; MCNAMEE, 2004).

Dentro desta dinâmica aproximação e articulação de discursos, que escolhi para construção de um conhecimento científico, refletindo o sentido para a saúde bucal com idosos, corroboro com Camargo-Borges (2007, p. 1), pois ao desenvolver sua pesquisa de cunho construcionista social destacou que:

[...] pesquisa não se apresenta como a revelação de uma nova verdade, mas sim um convite a partilhar de uma lógica desenvolvida dentro de um particular modo de compreensão da produção de conhecimento. Convida à ampliação das possibilidades de entendimento e ação e também à multiplicidade de olhares sobre a Saúde."

Assim, inicialmente, apresentei no primeiro capítulo, minha identificação com o objeto de estudo e o caminho que levou a construção do meu discurso como Cirurgião Dentista. Destaquei neste capítulo a questão da pesquisa que por sua vez desencadeou todo o processo envolvido na construção deste conhecimento.

O segundo capítulo é referente ao processo introdutório da pesquisa onde, por meio de um resgate social e histórico, apresentei nuances dos conceitos de saúde coletiva, saúde bucal envolvendo idosos brasileiros e APS. Após esta introdução descrevi os objetivos e as justificativas da pesquisa.

Acreditando na importância da conversa dialógica que existiu entre os diversos discursos que compuseram o arcabouço teórico desta pesquisa, trabalhei e coordenei, no capítulo seguinte, idéias e argumentações teóricas articulando discursos trazidos pela saúde coletiva brasileira e discurso da construção social, política e histórica da saúde bucal no Brasil. Articulei ainda estes discursos com os discursos trazidos pelos caminhos teóricos do entendimento do envelhecimento. Esse capítulo teve o objetivo de mostrar minha escolha por certos posicionamentos teóricos, bem como a amplitude e a complexidade da relação entre saúde coletiva, saúde do idoso e saúde bucal.

Ainda no contexto de identificação com os discursos que direcionaram esta pesquisa, destaquei, em um capítulo específico, a perspectiva Construcionista Social. Esta perspectiva mostrou-se fundamental para a visibilidade e o reconhecimento do posicionamento assumido na construção desta pesquisa. Este capítulo teve o desafio de aproximar epistemologicamente o discurso

construcionista social e o objeto de estudo em questão, pois o Construcionismo Social norteou a construção metodológica e retórica desta pesquisa e de certa forma convidou para um novo olhar na construção de sentidos para saúde.

Escrevi o capítulo 6 para contextualizar aspectos populacionais, geográficos e logísticos da pesquisa bem como para descrever os passos metodológicos para o desenvolvimento da mesma.

A contextualização dos colaboradores da pesquisa ocorreu concomitantemente com a apresentação e discussão dos resultados no capítulo 7. Foi neste momento que, fundamentado em discursos teóricos e metodológicos, apresentados em capítulos anteriores, tento compreender e interpretar os sentidos para a saúde bucal com os discursos e argumentos trazidos pelos idosos colaboradores do estudo. Primeiramente, identifiquei Repertórios Interpretativos (RIs) propondo o entendimento de relações presentes na construção deste conhecimento aproximando a APS, o cuidado em saúde, a infância e o envelhecimento como interlocutores para a construção de outros sentidos. Em consonância com tais relações, identifiquei outros RIs, e, juntamente com os idosos compreendi a saúde bucal de diversas maneiras.

Desejo a você uma boa leitura!

1. APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Uma vez me perguntaram: “Você gosta do quê está pesquisando? Entrevistar idosos [...] como você tem paciência? E para que fazer isso? Velho tem outro ponto de vista sobre dente [...] eles não dão tanto valor assim. Vai pesquisar outra coisa, implante, estética, ortodontia [...] vai trabalhar com alguma coisa que vai te dar um retorno financeiro.”

Após o choque com estas perguntas que me foram feitas, pensei em minha saudosa avó que, dentro de sua trajetória de vida em um mundo humilde e simples e usuária de próteses totais durante dois terços de sua vida de 93 anos, dizia o quanto ela sofreu porque não tinha idéia da importância dos dentes quando eles foram precocemente extraídos. A partir deste momento de indignação com os questionamentos pelo qual passei, pela lembrança de minha avó e pelo profissional de saúde que estou me tornando, me permiti pensar quem era este profissional de saúde que havia me questionado.

A transição demográfica que vivemos, fato este notificado também em meios populares de mídia, a demanda pelos procedimentos odontológicos citados acima, não são mais exclusividade de faixas etárias mais jovens pois já nos deparamos com idosos portadores de aparelhos ortodônticos nos dentes, com implantes dentários e idosos que se preocupam em ter um sorriso bonito.

Relato este fato para mostrar de onde vem minha identificação com o objeto de estudo desta pesquisa, com o perfil de profissional de saúde que estou me tornando, bem assim com a postura adotada para realização da presente pesquisa.

O interesse em trabalhar com e estudar sobre idosos surgiu já na graduação durante o curso de odontologia o qual concluí no ano de 1998. Desde então, minha preocupação e identificação com esta parcela da população refletiu-se na preferência por atendimentos clínicos em consultórios particulares, onde trabalhei até meados de 2002. A possibilidade de atender, em meu consultório, idosos de diferentes classes sociais e portadores de diferentes histórias e histórias de vida, me permitiu dar importância ao ato de escutar e estabelecer vínculo assistencial com estes pacientes e/ou seus cuidadores. O ato de escutar e acompanhar a trajetória destes pacientes após o tratamento realizado no consultório me colocou em contato com algumas premissas da APS que eu, então sem saber, iria estudar futuramente em meu caminho acadêmico.

Falar e escutar são ações que estruturam uma conversa e esta, por sua vez, é uma prática social que segundo McNamee (2004) é algo que se constrói em uma conversa dialógica quando duas ou mais pessoas pensam e falam sobre determinado assunto.

Considerando esta identificação com o idoso, com o ato de conversar, bem como o interesse e a curiosidade em descobrir e tentar entender o quê, supostamente, existia além dos limites do meu consultório odontológico, fui em busca de possibilidades para entender a relação idoso, saúde bucal e comunidade. Desde então decidi pesquisar, em nível populacional, alguns aspectos envolvendo a

saúde bucal de idosos. Foi por meio do curso de Mestrado em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, iniciado em 2004, que tive oportunidade de pesquisar tais aspectos.

A oportunidade de desenvolver uma pesquisa de Mestrado na área da Saúde Coletiva me estimulou ainda mais a estudar e trabalhar com a referida área, sendo que Saúde Bucal e Saúde Coletiva proporcionaram um aprofundamento em estudos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a aproximação com o estudo de Políticas Públicas e APS, direcionando-me a entender as premissas da Atenção Primária citadas anteriormente.

Durante a pesquisa para a elaboração da Dissertação de Mestrado, a qual defendi publicamente no segundo semestre de 2006, tive contato com um grande número de idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família (NSF), na cidade de Ribeirão Preto. Este interessante contato diário com os idosos em suas residências, para aplicação de questionários, fez com que novas perspectivas surgissem ao longo do estudo, visto que muitas conversas informais foram acontecendo ao longo das visitas. A referida pesquisa levantou quantitativamente queixas, valores, hábitos de higiene e a satisfação da própria população em relação à saúde bucal. Tracei, também, o perfil destes idosos em relação a quantidade de dentes e utilização de próteses, a autonomia sobre a própria renda, escolaridade, convívio na mesma residência dentre outras variáveis. Observei que as queixas foram as mais variadas possíveis, porém destacaram-se entre elas as queixas em relação as próteses inferiores, dificuldade para falar e mastigar, e boca seca. A pesquisa também mostrou que a maioria dos idosos dizia que a saúde bucal era muito importante e que estavam satisfeitos com a mesma.

Após a realização dessa pesquisa de mestrado, novas perguntas surgiram no contexto saúde bucal e idoso e me deixaram mais curioso para entender outros aspectos da saúde bucal para estes idosos, fazendo-me pensar em várias situações e provocando curiosidade em relação ao que estava por detrás das variáveis numéricas. Percebi, então, que existiam diferentes sentidos relativos ao que eu havia estudado no mestrado e busquei compreender o real sentido da saúde bucal para os idosos com o desenvolvimento de uma pesquisa de abordagem metodológica qualitativa. Neste momento me perguntei: que estória eu quero contar envolvendo saúde bucal e idosos? Assim, com o conhecimento de variáveis previamente estudadas no Mestrado, fui ao encontro de um curso de Doutorado para poder continuar o aprofundamento nesta temática e dar continuidade no estudo com a população já abordada.

Turato (2004), ao discutir sobre a construção de conhecimento por um mesmo pesquisador frente um mesmo objeto de pesquisa por meio de pesquisas quantitativas e/ou qualitativas, destaca que o melhor é utilizar as duas abordagens em momentos subsequentes.

Desta forma, a motivação para realizar a presente pesquisa de Doutorado foi baseada em responder: ***Quais são (quais podem ser) e como construir, com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família, sentidos para a saúde bucal?*** Segundo Flick (2004), a(s) questão(s) da pesquisa é(são) como uma porta para o campo de pesquisa e, é a partir dela(s) que se direciona(m) teoricamente e metodologicamente o estudo.

A questão da pesquisa fragmentou-se em algumas perguntas que me direcionaram no decorrer deste estudo, a saber:

- Como eu posso construir sentidos para a saúde bucal, juntamente com idosos?
- Como o envelhecimento da cavidade bucal e os acontecimentos relacionados com a saúde bucal estão envolvidos na construção dos sentidos para saúde bucal?
- Como a Atenção Primária à Saúde auxilia na construção dos sentidos para a saúde bucal?
- Como o passado destes idosos pode interferir nos sentidos para a saúde bucal na atualidade?
- Como os idosos se utilizam de recursos discursivos para interagir socialmente e gerenciar suas práticas de cuidado com a saúde bucal?

Norteados por estes questionamentos tive a oportunidade de desenvolver esta pesquisa de Doutorado no Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). No decorrer da pesquisa fui ao encontro de disciplinas fundamentadas em aspectos envolvendo as diversas temáticas da pesquisa, como busca da metodologia, do referencial teórico e de minha formação profissional. Cursei disciplinas sobre envelhecimento ativo, envelhecimento populacional, pesquisa qualitativa em saúde, educação em saúde e representações sociais, construcionismo social dentre outras. Com um suporte bibliográfico teórico-metodológico, uma orientação criteriosa, bem como sugestões emergentes no exame de qualificação, pude construir um projeto de pesquisa que resultou na presente Tese de Doutorado intitulada: **“Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP”**. Procurei com este título referenciar os três aspectos que possibilitaram a construção dos focos da pesquisa: o idoso, a Atenção Primária à Saúde e os sentidos construídos sobre saúde bucal. Outro aspecto relevante que expressei no título é que esta é uma pesquisa de cunho qualitativo onde a análise de discurso, que segundo Willing (2001) combina a interpretação de determinados repertórios com estratégias discursivas, e guia o processo de análise, deixando claro a idéia de processo contínuo para a construção de sentido. Especificamente, no título mostro este contexto no momento em que utilizo o verbo no gerúndio, no caso construindo sentidos e não sentidos construídos.

A apropriação que faço do conceito de *idoso* para a realização desta pesquisa, vem da idéia de que idoso não reflete o aspecto de ser velho e ter sinais de declínio mental e incapacidade física, mas sim a pessoa com idade avançada e que desempenha um papel na sociedade em que vive (SILVA, 2008).

Ao definir a questão da pesquisa, explicitada anteriormente, e o objetivo geral de construir sentidos sobre saúde bucal com idosos, optei pela postura Construcionista Social visto que a mesma me direcionou à Análise de Discurso, possibilitando o estudo de sentidos por meio dos discursos trazidos pela APS, pelo construcionismo social, pelos idosos, e o foco no processo e não apenas no resultado.

O texto está redigido na primeira pessoa do singular, pois optei por escrever um texto científico narrativo e pessoal. Ao partir para esta escolha, pensei na minha identificação com a saúde bucal, com os sujeitos da pesquisa e com a perspectiva construcionista social.

Justifico minha opção por esta escrita, baseado em Brockmeier e Harré (2003), visto que os mesmo compreendem que uma narrativa pretende levar em conta a condição particular de um discurso e, dessa maneira, mostra que o mesmo está inserido em um contexto e tem um caráter aberto e transitório. Quando opto pela escrita em primeira pessoa do singular não estou distanciando-me do processo de construção social deste conhecimento e sim demonstrando que fui o interlocutor de vários discursos. Segundo Gergen (1997), não se deve olhar para os discursos como entes separados, mas sim olhar para as relações existentes entre eles.

Segundo estes mesmos autores uma narrativa na forma escrita fundamenta-se em posicionamentos linguístico, psicológico, cultural, filosófico e ideológico que são de fundamental importância para a tentativa de explicar a natureza e as condições de nossa existência humana. É justamente a integração desses posicionamentos, norteadores da interpretação de um discurso, que oferece o entendimento para construção dos significados em nossas vidas (BROCKMEIER; HARRÉ, 2003). Acredito que a forma narrativa proporciona todos estes posicionamentos para divulgação de um conhecimento científico.

Sendo a postura construcionista social um processo dinâmico, entendo que o texto narrativo é uma maneira de expressar uma realidade em palavras, pois tem como característica essencial ser um guia sensível à fluída e variável realidade humana (ÍÑIGUEZ, 2004). Para Brockmeier e Harré (2003), um texto narrativo mostra uma concepção de estrutura com padrões de ação e posicionamento.

Ao decidir trabalhar com a perspectiva Construcionista Social, ou seja, trabalhar na construção de sentidos para a saúde bucal, que é algo dinâmico e presente nas conversas e discursos do dia a dia, o texto na forma narrativa me pareceu ser uma alternativa para construir um conhecimento que não

é estático e imutável. Narrativa é uma solução para quem trabalha numa perspectiva construcionista social sem perder a legitimidade do conhecimento científico (BROCKMEIER; HARRÉ, 2003).

De certo modo, quero dizer que tenho essas idéias como guia para escrever um texto científico em forma narrativa o qual me permite seguir padrões e etapas das ações e um posicionamento como sujeito e instrumento do estudo. Esta opção de redação é para mostrar o posicionamento de interlocução dentro da relação que existe em andamento entre sujeito e pesquisa. Ressalto que não fui o único autor e responsável pela pesquisa, fui apenas o portador de mais um discurso dentro da mesma, e posiciono-me como instrumento e construtor da pesquisa.

2. INTRODUÇÃO

Quando penso em saúde bucal na comunidade, APS, SUS, envelhecimento populacional, construção social da saúde e processo saúde e doença, penso na dialogia existente entre estes discursos e este fato direciona ao campo da Saúde Coletiva. É na da Saúde Coletiva, como práxis, que articulo esta pesquisa científica.

O conceito de dialogia a que me refiro nesta pesquisa é fundamentado em Bakhtin (1981), pois este autor, influente no campo de estudos construcionistas, destaca que qualquer construção social de sentidos ocorre por meio de processos interativos e dialógicos. Então, dialogia é a relação que se estabelece entre pessoas e discursos de maneira interativa que permitem a construção de algo. Para Bakhtin (1999) a dialogia acontece entre interlocutores e entre discursos, ou seja, pode se referir às relações entre as pessoas em suas interações, bem como às relações, interações e aproximações que os discursos estabelecem entre si. Esta dialogia leva ao entendimento de que a construção de sentidos é um processo dinâmico e contínuo.

Fazendo o uso do conceito de dialogia, observo que a Saúde Coletiva por sua vez é uma construção que entrou para o cenário brasileiro em um passado não tão distante, no final da década de 70, quando grupos de profissionais da medicina preventiva e social procuraram instituir um campo científico com orientações teóricas, metodológicas e políticas destacando o contexto social como categoria analítica (NUNES, 1996; CAMPOS, 2000). Neste contexto, entendi baseado em Campos (2000), que a Saúde Coletiva é um campo de conhecimento composto por saberes e práticas em saúde que são responsáveis pela produção de conhecimentos, competências e políticas.

Pensando a Saúde Coletiva como conjunto de saberes e práticas com objetivo de produzir saúde o objeto dela é o sujeito social e não a doença. Além destes aspectos, a Saúde Coletiva embasa-se, também, em escolas filosóficas que sustentam a presença das relações dialéticas entre pensar e agir, entre o homem e mundo e entre os próprios homens (CAMARGO-BORGES, 2007).

Complementando o pensamento refletido anteriormente, Campos (2000), destacou que a Saúde Coletiva vai além do positivismo, pois suporta a construção de políticas e sistemas de gestão em saúde da articulação de discursos trazidos da psicologia, da sociologia, da pedagogia e da epidemiologia, e desta maneira a Saúde Coletiva é um modo de produzir saúde, ao lado de e conjuntamente à produção social da saúde, com a clínica, e a reabilitação e atendimentos de urgência e emergência. Em outras palavras ela incorpora em sua racionalidade os mecanismos sociais pelos quais se constrói saúde.

Ao me referir a terminologia Saúde Coletiva fundamento-me também em Paim e Almeida (1998), que dizem que a saúde coletiva não é um desdobramento da Saúde Pública, e sim uma ciência, uma área de saber e de prática. Assim existe uma mudança paradigmática dentro destes

conceitos, visto que há a idéia de um rompimento com a dependência de um modelo médico hegemônico fundamentado em um biologicismo dominante.

Assim, saúde coletiva é um saber historicamente construído, baseado em ações e práticas influenciadas por grupos sociais, tendo na investigação de determinantes sociais da doença seu foco de estudo. Aliado a este conceito, observo que a Saúde Coletiva também foca-se na organização de serviços de saúde e na interdisciplinaridade que vão contribuir diretamente na compreensão dos processos saúde-doença e compreensão das necessidades e dos problemas de saúde da sociedade (PAIM; ALMEIDA, 2000). Segundo mesmos autores, a Saúde Coletiva é entendida como um olhar alternativo aos modelos até então tradicionais. A Saúde Coletiva prioriza a promoção da saúde e não é um modelo promissor e diferenciado, mas sim um modelo que se encaixa aos outros modelos tronando-os interdisciplinares e assim:

Este modelo é um novo modo de se produzir saúde, que não negaria o modelo clínico dentre outros não necessariamente equivalentes, porém úteis cada um dentro de seus limites e especificidades (PAIM; ALMEIDA, 2000, p.222).

Dentro de todo este discurso entendo que a Saúde Coletiva, como reforça Campos (2000), foca na construção e no fortalecimento de sujeitos saudáveis, não só como sujeitos em suas dimensões corporais, mas também como pessoas críticas e cidadãos capazes de refletir sobre o modo de olhar a vida.

Pensando nesta condição de sujeito olho para a APS, pois a mesma é portadora de discursos que a fundamentam como norteadora para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis no Brasil e no mundo. Estes discursos são repletos de conhecimentos e posturas filosóficas provenientes de pensadores, sociólogos, pesquisadores e trabalhadores da área da saúde coletiva que consideram a APS um processo fundamental para a integralidade da atenção, construindo saúde e atendendo as pessoas tendo a promoção da saúde como eixo norteador da assistência e atenção. No Brasil a APS é responsável pela reorientação e reorganização da lógica assistencial do SUS e, também, é intitulada de Atenção Básica. Nesta pesquisa não discuto as diferentes maneiras de nomear este processo e adoto nesta pesquisa a nomenclatura Atenção Primária à Saúde a fim de poder dialogar com autores internacionais que se utilizam desta mesma terminologia.

O que hoje vivenciamos no Brasil com o SUS, vem de um longo processo histórico, político, democrático, econômico e cultural repleto de movimentos sociais e reformas sanitárias que ocorreram não só no Brasil, mas no mundo. Este processo aconteceu, e estruturou-se, conforme os diferentes períodos da história onde diversas maneiras de olhar a saúde foram emergindo no cenário mundial. Por exemplo, segundo Conil (2008), a idéia de Distritos Sanitários surgiu na Europa, especificamente na

Alemanha, durante as repercussões e consequências da Revolução Francesa (1789-1799), como uma proposta de política médica, e, na Inglaterra durante a Revolução Industrial em meados de 1830, como complemento a ação dos hospitais.

No início do Século XX a responsabilidade pela saúde de determinados distritos também foi observada nos EUA, visto que os centros de saúde americanos, na época, já focavam na integralidade da assistência à saúde e na assistência social, visando uma relação efetiva dos serviços de saúde no território da população assistida (CONIL, 2008).

Em meados do ano de 1948, no Reino Unido, surge o National Health Service (NHS) que passou por muitas reorganizações e adaptações sempre permeando as premissas da APS, e hoje firma-se como o sistema de saúde britânico que por sua vez tem suas especificidades em cada um dos 4 países que compõe a Grã-Bretanha (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte) e prioriza a universalidade de acesso, a equidade e a promoção da saúde (CONIL, 2008).

Mais recentemente, no início da década de 70, o Canadá em um movimento de reforma sanitária estabeleceu o princípio de cobertura universal de saúde e, criou os Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC) para compor as portas de entrada para o sistema de saúde os quais foram estabelecidos hierarquicamente por regiões de saúde, que tinham como objetivos privilegiar a integralidade da atenção e a dimensão familiar e comunitária da assistência (CONIL, 2008).

Este arcabouço de conceitos e práticas construídas ao longo do tempo formaram um conteúdo repleto de premissas que estruturam a APS em um pólo tecnocrático, incorporando medidas inovadoras de otimização das práticas centradas nas necessidades de saúde da comunidade, hierarquização e integralidade do cuidado em saúde, e no pólo participativo que estabelece a democratização dos serviços que se refletem em aspectos como equipe multidisciplinar e controle social (CONIL, 2008).

Ao abordar o conceito de cuidado em saúde, corroboro com a idéia de que o cuidado pode ser um processo ontológico vivenciado no nosso dia-a-dia por meio das nossas construções sociais e assim, segundo Ayres (2004), o cuidado pode ser visto como:

[...] um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004, p. 74).

Retomando, destaco estes exemplos históricos para evidenciar que atributos como a proximidade com a comunidade assistida, a integralidade, a responsabilidade pelo território, a administração de recursos para distritos específicos, a dimensão da família na saúde, a equidade e a

universalidade de acesso a saúde são conceitos mundiais que fundamentam a ideologia e a construção social do SUS no Brasil. Nesta linha de raciocínio penso ser importante os dizeres de Camargo-Borges (2007), ao pontuar que é continuamente necessário na organização e construção do SUS uma conformação de saberes e práticas marcados pela aproximação e articulação de conhecimentos oriundos das ciências sociais, humanas e biomédicas. Segundo a mesma autora, esta organização se dá em meio ao contexto político mundial e nacional, principalmente, em um processo latino-americano de resgate da cidadania, tendo a APS como (re)organizadora deste sistema (CAMARGO-BORGES, 2007). Esta idéia é justificada pelo fato de que a APS mostra-se em constante consonância com a saúde das populações, sempre tendo como foco a integralidade da atenção, a equidade, o trabalho com a realidade, a territorialização, permeando a capacidade de escuta, vínculo e acolhimento (STARFIELD, 1998).

Ao transitar pelas informações e discursos sobre a APS e os conceitos e fatos concretos de sua função organizativa, trago o SUS como o grande marco no cenário da Saúde Pública Brasileira.

O SUS como instrumento para tornar realizáveis as ações de um sistema único de saúde traz consigo um discurso repleto de saberes políticos, humanos, sociais, filosóficos e saberes na área da saúde que compõe um elenco de princípios norteadores e diretrizes organizativas. Faço uso de discursos teóricos que apontam estes princípios norteadores como princípios investidos de apelo filosófico, então chamados por Camargo-Borges (2007) de princípios filosóficos ou seja, princípios básicos a filosofia de questionar idéias, fatos, valores e comportamentos da nossa realidade.

Entendo este apelo filosófico como processo para viver cidadania, pois o SUS não exclui (universalidade), faz uma discriminação positiva (equidade), desenvolve a assistência em uma complexidade de níveis de atendimento (integralidade), e olha para os cidadãos como sujeitos e atores sociais (controle social).

Todos os conceitos que destaquei anteriormente remetem ao pensamento de que a saúde bucal, como parte integrante da saúde das pessoas encontra-se inserida na agenda do SUS. Destaco que o SUS entende a saúde dos brasileiros como um bem público, retirando o caráter social de saúde como mercadoria (CAMPOS, 2000). Para este mesmo autor: “a utilidade de um bem (saúde) ou serviço não é um dado intrínseco a ele, mas sim é socialmente construída. Resulta, portanto, da ação de distintos atores sociais” (CAMPOS, 2000, p. 69).

Políticas públicas, interdisciplinaridade, saúde da família, saúde bucal coletiva e muitos outros avanços na assistência, atenção e no cuidado, aproximaram questões políticas, sociais, econômicas, educacionais e culturais estabelecendo a saúde bucal dentro de um espaço na saúde pública

brasileira. É esse espaço que trouxe e que tem potência para continuar trazendo benefícios e qualidade de vida a todos os brasileiros sejam eles crianças, jovens, adultos e/ou idosos.

Esta temática que envolve saúde bucal dos brasileiros é muito delicada. Observei que muitos são os avanços frente a melhoria dos indicadores referentes a saúde bucal da população jovem brasileira, porém poucos são os levantamentos em que diagnósticos de populações idosas são realizados a fim de contextualizar esta faixa etária da população em relação à saúde bucal (MOREIRA et al., 2005). É relevante ressaltar que dentre os levantamentos em saúde bucal no Brasil, apenas os levantamentos realizados nos anos de 1986 e mais recentemente no ano de 2003 é que contemplaram a faixa etária acima de 60 anos (BRASIL, 2004e; COLUSSI; FREITAS, 2002).

É fato que o Brasil vem trabalhando arduamente na realização de levantamentos em saúde bucal. O mais recente levantamento em saúde bucal da população brasileira mostrou que apesar de grandes avanços em relação a prevenção de doenças bucais, a existência de muitos dentes perdidos ainda retratam a imagem da população (BRASIL, 2004e). Destaco que paralelamente a este fato, o edentulismo é ainda maior nas faixas etárias acima de 64 anos. Em outras palavras temos uma população de idosos estigmatizada como uma população desprovida de órgãos dentários. Esta falta de dentes, o qual poderia ser evitada com a promoção da saúde na infância e adolescência, é um reflexo de vida sem saúde e qualidade (REIS; MARCELO, 2006; SILVA; SOUZA; WADA, 2004).

Para finalizar destaco Renato Veras, Coordenador técnico da Universidade Aberta da Terceira Idade (Unati/UERJ), pois o mesmo diz que “o Brasil é um país jovem de cabelos brancos” (VERAS, 1994). Esta é uma realidade e deve ser tratada como tal, e para isso é necessário que profissionais da área da saúde contextualizem-se à esta realidade. Diante do exposto, observei que com o passar dos tempos o Cirurgião Dentista vem adequando-se à esta e outras realidades pois a própria filosofia¹ da interdisciplinaridade frente a promoção da saúde, faz com que estes profissionais apropriem-se de outros conhecimentos na área da saúde, antropológica e ciências sociais e em campos de conhecimento contemporâneos e como destaca Moreira, Nico e Tomita (2007), o georeferenciamento. Para estes profissionais a consolidação da promoção da saúde bucal deve ser compreendida em outra lógica, pois estes profissionais são pensadores e difusores de uma produção social da saúde².

¹ Filosofia como visão de mundo correspondendo ao conjunto de idéias, valores e práticas pelos quais uma sociedade apreende e compreende o mundo e a si mesma, definindo para si o tempo e o espaço, o sagrado e o profano, o bom e o mau, o justo e o injusto, o belo e o feio, o verdadeiro e o falso, o possível e o impossível, o contingente e o necessário. CHAUÍ, M. Convite a filosofia. Editora Ática, São Paulo, 2000. 424p

² Produção social da saúde como paradigma para promover saúde focada em contextos sociais. MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. In: MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec. 1996. p. 233-298.

3. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

O campo de estudos sobre a saúde bucal é vasto, e estudar os sentidos para a saúde bucal, com a colaboração de pessoas idosas, ainda é um processo cientificamente novo, e, frente este aspecto, necessita de conhecimentos que tenham a sensibilidade para trabalhar conjuntamente questões sobre envelhecimento, saúde coletiva, saúde bucal e construção social de sentidos sobre algo. Nesta perspectiva, o discurso Construcionista Social vem contribuir convidando os pesquisadores da saúde a trabalharem com novas possibilidades de entendimento, compreensão e construção de sentidos para a saúde bucal. Assim proponho uma aproximação dialógica entre Construcionismo Social, APS, saúde bucal e os discursos dos idosos.

3.1 Objetivo Geral:

- Construir sentidos sobre saúde bucal por meio da articulação entre os discursos de idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP e os discursos trazidos pela Atenção Primária à Saúde, dentro de uma perspectiva Construcionista Social.

3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar e analisar os Repertórios Interpretativos presentes nos discursos dos idosos para a construção dos sentidos para a saúde bucal
- Analisar as possíveis relações entre o envelhecimento da cavidade bucal e a deficiência de informação sobre saúde bucal na infância na construção de sentidos para a saúde bucal;
- Analisar as possíveis relações entre a Atenção Primária à Saúde e a construção dos sentidos da saúde bucal
- Analisar as possíveis relações entre os sentidos construídos para a saúde bucal e determinadas práticas de cuidado com a cavidade bucal

3.3 Por que? Para que? Para quem?

Para que a realização de uma pesquisa seja justificável é importante interligar alguns fatores e aspectos. Acredito que uma pesquisa científica precisa construir um conhecimento que acima de tudo seja útil. A utilidade de determinado conhecimento construído cientificamente é fundamentada na relação que vem posteriormente com o processo dialógico de uso do mesmo. Quero dizer que a

construção de determinados conhecimentos são fundamentais, como práticas sociais, para sustentação de novos saberes, ações e discursos sociais.

No contexto da atenção e do cuidado à saúde, o presente estudo poderá enriquecer intervenções em nível primário da atenção à saúde na população local, bem como permitir a construção de conceitos sobre a saúde bucal para intervenções em outras populações idosas. Programas de prevenção, promoção, motivação e valorização da saúde bucal poderão ser orientados de acordo com o perfil das pessoas idosas desta comunidade frente ao processo de construção de sentidos para a saúde bucal. Esta é uma pesquisa de cunho construcionista social e desta maneira proporcionará uma interlocução de discursos trazidos pelos idosos, pela APS e pelo discurso que eu, pesquisador na área da saúde coletiva e Cirurgião Dentista, acredito ser fundamental para o desenvolvimento dessa investigação.

Com o intuito de ilustrar quantitativamente a produção de conhecimento na atenção primária a saúde envolvendo saúde bucal de idosos, optei por fazer um levantamento quantitativo das publicações sobre os temas. Para observar especificamente o número das publicações relacionando saúde bucal de idosos na atenção primária, busquei em banco de dados de acesso mundial (PubMed/MedLine/Lilacs), artigos publicados sobre assuntos semelhantes ao presente projeto. Fiz uma busca por meio dos seguintes descritores da terminologia DeCS/MeSH (www.bireme.br): *Saúde Bucal/Oral Health*, *Atenção Primária à Saúde/Primary Health Care* e *Atenção integral a saúde do idoso/Health services for aged*. Encontrei com o primeiro descritor citado 3.525 artigos acessados pelo MedLine e 24.119 no LILACS. Com o descritor Saúde Bucal encontrei no LILACS 1.392 e no MedLine 3.220. Já com o último descritor citado encontrei 469 acessados via LILACS e 6.151 via banco de dados MedLine. Ao fazer uma busca com o cruzamento específico destes descritores observei que apenas 15 artigos foram publicados com os descritores Saúde Bucal e Atenção integral a saúde do idoso. O que mais me chamou a atenção foi que há apenas uma única publicação encontrada ao associar os três descritores supracitados. Este fato fez-me pensar que poucos são os estudos desenvolvidos que se preocupam na associação de constructos como Saúde Bucal, Saúde dos idosos e Atenção Primária à Saúde.

Observei que as pesquisas nacionais em saúde pública lentamente vêm demonstrando interesse em estudar a saúde bucal das populações, e paralelo a este fato observei, também, que, neste contexto, há um interesse específico dessas pesquisas na realização de estudos com população idosa.

Segundo Nadanovsky (2006), existem no Brasil muitos estudos com objetos de investigação semelhantes e relativos a condições de saúde bucal dos idosos. Desta maneira entendo que há na

atualidade a necessidade de estudos envolvendo diferentes pontos de vista sobre a saúde bucal em populações de idosos. Acredito que estudos qualitativos envolvendo sentidos para a saúde bucal serão importantes para formulação de novas hipóteses, questões, pensamentos e novos estudos envolvendo pessoas idosas.

Nesta vertente de embasamento qualitativo, Dias, Narvai e Rêgo (2008), mostraram que desde meados dos anos 70, as ciências sociais abarcam no tema saúde e no pensar em saúde sob influências de contextos políticos, sociais e institucionais, mostrando que novos estudos estão em busca de fundamentação da sociologia, psicologia, história e da filosofia. É relevante para a ciência, essa posição apresentada por esses autores permitindo uma análise mais aprofundada das produções científicas na área da saúde, contemplando, praticamente, todas as áreas porém, destaco que na odontologia esse processo vem acontecendo de forma mais lenta.

Olhando por outro lado, entendo, também, que o envelhecimento da população brasileira, por si só, é um amplo campo para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo a saúde bucal da população, pois com o aumento da expectativa de vida, esta população tornar-se-á cada vez mais numerosa e com melhores condições fisiológicas de saúde que refletirá em melhores condições da cavidade bucal.

Para os profissionais de saúde o envelhecimento populacional é um desafio, frente ao aparecimento de doenças crônicas e gastos decorrentes, que precisa ser pensado nessa nova realidade (CASER, 2009).

Para melhoria da condição da saúde bucal do idoso não se pode focar em tópicos apenas biomédicos e clínicos no cuidado em saúde, é também necessário o desenvolvimento de pesquisas voltadas à saúde pública (PETERSEN; YAMAMOTO, 2005).

Portanto, entendo que a realização desta pesquisa está justificada pelo fato da saúde bucal no idoso ser uma prática multidisciplinar refletida no processo de construção científica de um conhecimento contemporâneo, pois essa investigação está contextualizada no processo de construção de sentidos, idosos, APS e saúde bucal. Esta pesquisa desenvolveu-se para que seja articulada com outros estudos necessários ao desenvolvimento de novos conceitos, atitudes, motivações e ações envolvendo Saúde Coletiva.

Diante do exposto, acredito no uso longitudinal desta pesquisa, visto que foi desenvolvida em um momento incipiente de mudanças paradigmáticas, de visão da saúde, de perfil dos idosos, e da saúde bucal, e mostra-se como um potente instrumento dialógico entre saúde e serviço. Assim, os sentidos construídos com esta pesquisa poderão embasar outros pensamentos sobre este tema e por sua vez, sobre o pensamento, conhecimento e saber do outro.

O aspecto primordial que me motivou a realizar esta pesquisa foi o fato de sair em busca do não estudado, do não pensado e do não observado. Este desafio de buscar uma interlocução entre vários discursos justifica-se também pela fundamentação teórica e o discurso que trago sobre a potência que tem esse tipo de pesquisa para ser utilizada como instrumento dialógico. O que quero dizer, é que desenvolvi a investigação pensando na importância epistemológica do conhecimento produzido, pois este poderá ter efeitos na maneira de direcionarmos o olhar para a saúde bucal dos idosos nos posicionando como familiares, pesquisadores, pensadores e trabalhadores da saúde.

4. DIALOGANDO COM OS DISCURSOS TEÓRICOS

4.1 A INTERLOCUÇÃO ENTRE OS SABERES DA SAÚDE COLETIVA

4.1.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia da Saúde da Família

Entendo a APS como o eixo norteador para desenvolver um novo olhar para a saúde pública brasileira em especial para o Sistema Único de Saúde. Acreditando na relevância da atenção primária neste processo, bem como na construção do objeto desta pesquisa, venho destacá-la a seguir.

A concepção de atenção primária à saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, período modernista, com o relatório Dawson escrito por Lord Dawson of Penn, que baseava a atenção primária em conceitos organizacionais e preconizou a divisão do sistema de serviço de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais-escola. Este documento descreve as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles. De acordo com Mendes (2002), esta proposta constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização dos sistemas de saúde em vários países do mundo.

Desde então, esta concepção da APS como a responsável pela organização e ordenação dos recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de sua população, vem sendo adotada em diversos países. Esta concepção posiciona a APS como base para a organização dos sistemas de saúde e tende a superar concepções mais restritas que a compreendem como um sistema de saúde simplista, de baixa qualificação profissional e tecnológica e ofertada à população mais carente e excluída dos serviços de saúde (MENDES, 2002; PINTO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua trigésima reunião anual realizada em 1977, estabeleceu que a principal meta social dos governos participantes da reunião deveria ser a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo, de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitiria levar uma vida social e economicamente produtiva. Desta, forma assumiu-se uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde, e desencadeou um pensamento focado na APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1995).

No desencadear deste processo de pensamento focado na APS, realizou-se em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, o qual foi um marco, dentro de um contexto historiográfico, e idealizador que estabeleceu a APS como estratégia privilegiada e fundamental para a operacionalização das metas para se atingir saúde para todos no ano 2000 (WHO, 1995).

A então, conferência de Alma-Ata definiu a APS como:

[...] atenção essencial à saúde baseada em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente bem aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviço de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o máximo próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui também o primeiro elemento de um contínuo processo de atenção e atendimento em saúde (WHO, 1978, p. 17).

Esta é uma ampla e completa concepção de APS e assim entendo-a como um processo organizador que traz conceitos como família, proximidade com o serviço de saúde e identificação com a comunidade local. Além disso, relacionada saúde com cultura, vida em sociedade e trabalho, mostrando o processo longitudinal de atenção relevante para o processo de cuidado contínuo com a saúde.

A conferência de Alma Ata, além de gerar conceitos para um entendimento do quê é APS, definiu como seus elementos fundamentais: a educação em saúde; o saneamento ambiental de água e alimentos; o programa materno infantil de imunização e planejamento familiar; a prevenção de doenças endêmicas locais; o tratamento adequado de doenças e lesões comuns; o acesso a medicamentos essenciais; uma adequada nutrição, bem como a valorização da medicina tradicional (WHO, 1978).

Todo este processo de construção da APS, e de seus valores e premissas, fazem com que um sistema de saúde embasado nestes princípios, como é o caso do SUS, se tornem mais efetivos, com custos reduzidos e por sua vez são mais satisfatórios à população mesmo diante de adversidades sociais. No Brasil, a APS é entendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 2001).

Um aspecto essencial ao se trabalhar com conceitos da APS é entender as diferentes posturas que existem em um eixo processual de interpretação. Para isso destaco Mendes (1996) que mostra as interpretações da APS. Dentre estas possíveis interpretações, algumas são ultrapassadas e outras se complementam. A APS foi entendida como atenção primária seletiva para atendimento de populações menos privilegiadas. Esta por sua vez é uma interpretação a qual não compartilho. Estes mesmos autores chamam a atenção para o fato de que a APS pode ser interpretada como o nível primário dos serviços de saúde e também como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde e então se complementam com a idéia de Atenção Primária com enfoque na saúde e direitos humanos (MENDES, 1996).

Ao observar a relação entre saúde e direitos humanos observei que, segundo a OMS, o enfoque dado a saúde como um direito humano destaca-se pela necessidade de dar respostas favoráveis, em nível social e coletivo, aos determinantes sociais e políticos de inclusão e busca de qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2005a).

Entender APS como atenção primária seletiva é dizer que a mesma é um programa específico vertical destinado à populações e regiões pobres, oferecendo um conjunto de tecnologias simples de baixa densidade e de baixo custo, ofertadas por trabalhadores de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986). Acredito que este foi o enfoque no início da APS no Brasil, mas na atualidade esta é uma ideologia não mais hegemônica e que retratou o início de uma mudança de paradigma para a saúde brasileira.

Quando me refiro ao termo paradigma, conforto-me no discurso de que o conceito de paradigma está associado a uma atividade de busca de conhecimento, visando, além da busca propriamente dita, a transformação e a ampliação do mesmo (KUHN, 1995). Com a ajuda deste mesmo autor, compreendo que paradigmas são diferentes formas de ver o mundo, sendo “paradigma” um conceito particularmente importante para compreender, não apenas a ciência, mas a conduta ética e a vida em sociedade. Desta maneira os grandes progressos nas sociedades só acontecem quando os seus próprios paradigmas são desafiados e substituídos por novos paradigmas (KUHN, 1995).

Neste mesmo contexto, ao mencionar que vivemos um processo de mudança de paradigma para saúde brasileira é porque acredito que existe uma flexibilidade intelectual que poderá ser capaz de mudar o paradigma curativista, hospitalocêntrico e focado na doença que ainda existe na saúde pública brasileira. Uma vez consolidada essa flexibilidade, acontecerá então o surgimento e a análise das diferentes formas de ver o mundo e então assim o surgimento de novas possibilidades para se fazer opções apropriadas aos universos nos quais, em cada momento, nos situamos (KUHN, 1995).

Olhar para a APS como a porta de entrada do serviço de saúde é olhá-la como o nível primário do sistema de serviços de saúde e desta maneira entendê-la como modo de organizar e fazer funcionar o acesso trabalhando, de maneira humanizada, as necessidades de saúde das populações (MENDES, 2002).

Interpretar a APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é entendê-la como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Essas interpretações são encontradas e vivenciadas em vários países e servem de referencial para o Brasil, que entende a APS como uma forma de organização de seu serviço de saúde dentro de uma estratégia para integrar todos os aspectos destes serviços de saúde, no caso o SUS, que tem como perspectiva a necessidade de saúde da população brasileira.

Acredito ser importante ressaltar que as premissas da APS estão em consonância com as diretrizes do SUS, enfatizando a equidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito mais amplo de saúde focado na produção social da saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; MENDES, 2006).

Nesta perspectiva de produção social da saúde inserida nos conceitos da APS destaco os dizeres de Gontijo (2007, p.67):

as intervenções no campo da atenção primária à saúde se aproximam do conceito de promoção à saúde que consubstanciam, então, todas as providências no plano das políticas públicas, decorrente da compreensão da saúde como um produto social, portanto visando intervir, positivamente, no complexo de fatores biológicos, ambientais e comportamentais, os quais, interagindo, propiciam maiores ou menores níveis de saúde ou bem estar, em um processo dinâmico, em constante transformação.

Starfield (1998), destaca que a porta de entrada para o sistema de saúde e a responsabilidade local pelas ações de saúde, faz da APS a responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade ao longo do tempo, e desta maneira integra os cuidados com os problemas existentes, lidando com o conhecimento dos contextos da vida na comunidade e desta maneira também influencia as respostas das pessoas à seus problemas.

Observei, na literatura, que a APS baseia-se nesta nova concepção de saúde, assumindo e configurando a saúde não como a ausência de doença, mas sim um conjunto de fatores que contribuem para ampliar o acúmulo de qualidade de vida, englobando desta maneira novos conceitos como conforto, bem estar, satisfação de necessidades básicas em uma esfera econômica, psicossocial e cultural (CAMPOS et al, 2008).

Como definiram Donaldson e Vanselow (1996), a APS é a oferta de serviços de atenção a saúde integrados e acessíveis por meio de clínicos responsáveis por atender a grande maioria de necessidades pessoais de atenção à saúde, desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e trabalhando junto com a família e a comunidade.

Tendo como referência a autora Starfield (1998), observei que a APS tem como atributos fundamentais a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação da atenção. Cada um destes atributos envolve diversos conceitos que foram formados por meio de conhecimentos e saberes que se desenvolveram ao longo do tempo e proporcionaram o entendimento do que hoje é APS.

A acessibilidade é a atenção oferecida ao usuário frente um adequado acesso no primeiro contato com o serviço de saúde. Entendo, então, que a APS é a porta preferencial de entrada do usuário no sistema de saúde, mesmo estando a acessibilidade presente em todos os níveis de assistência (secundário, terciário) (STARFIELD, 1998).

Entendo a longitudinalidade como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Segundo Starfield (1998), a longitudinalidade é a continuidade da atenção oferecida em uma sucessão de eventos sem interrupção e possibilita a construção de um vínculo do usuário com o serviço, indicando uma extensão desta atenção e desta assistência. Para que a longitudinalidade aconteça, é necessário um local e uma equipe multiprofissional que acompanhe a saúde e as necessidades de uma determinada comunidade (STARFIELD, 1998).

Para Mattos (2004), a integralidade pode ser aplicada e entendida de três diferentes maneiras. Primeiramente como subsídio para Políticas Públicas de Saúde, visto que, em resposta a certos problemas de saúde pública, os órgãos governantes articulam-se na tentativa de soluções preventivas e assistenciais. Em uma outra visão Mattos (2004), entende a Integralidade como a organização dos serviços de saúde articulando processos buscando resolutividade, e em uma terceira visão entende a Integralidade como um atributo das práticas em saúde, sejam elas médicas, de enfermagem e odontológicas, sempre objetivando um olhar holístico para o sujeito.

A relação entre SUS e APS é desenvolvida pela integralidade, visto que esta é necessária para as práticas de promoção da saúde. Com isso, a Integralidade segue uma lógica dinâmica de articulação de ações de serviços de saúde envolvendo promoção, proteção e recuperação da saúde das populações (MATTOS, 2004). Este processo dinâmico de relacionamento interpessoal, referente ao contato do profissional com o usuário e entre os membros das equipes de saúde e os usuários, é que norteia a interlocução das diferentes dimensões da Integralidade na APS (PINTO, 2008).

Embasado nos discursos sobre a Integralidade compreendo a mesma como um processo dinâmico de práticas conversacionais, onde profissionais de saúde se utilizam de conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde com a qual se relacionam. Esta relação interpessoal, emergente com o conceito da integralidade, pode ser um ponto inicial para se construir práticas assistenciais e se promover saúde.

A integralidade, na APS, permite o reconhecimento dos conjuntos de ações que se pode pôr em prática para responder as necessidades de determinada população (TEIXEIRA, 2003). Desta maneira Miranda e Miranda (2001), entendem a integralidade como uma forma de reduzir a exclusão e

garantir acesso aos serviços de saúde, e é esta a forma como também compreendo este atributo da APS.

Para analisar outro atributo da APS, retomo Starfield (1998) e destaco a coordenação da atenção que se baseia na idéia de que é necessário unir todas as informações do paciente e que estas estejam disponíveis aos profissionais que o atendem em diferentes localidades, de modo a oferecer o máximo de informações possíveis para qualificar a atenção à saúde.

Ao construir esta fundamentação teórica, baseada em conceitos e princípios do SUS com enfoque na APS e destacando a promoção de saúde em suas construções baseadas em contextos históricos, políticos, sociais e culturais, passo agora a compreender que no Brasil a reorientação do SUS na APS solidificou-se com a Estratégia da Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família tem suas raízes no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o qual foi implantado no início da década de 90, mais precisamente em 1991, para atendimento da região Nordeste brasileira (BRASIL, 1998). A Estratégia de Saúde da Família foi implementada no ano de 1994 pelo Governo Federal e nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) estabelece, desde então, esta estratégia como eixo responsável pela reorganização do modelo tradicional do sistema de saúde público brasileiro. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), mostrou que esta é uma estratégia de política pública voltada para a estruturação de um modelo de atenção para a integralidade e equidade, e universalidade o que contribui para a consolidação do SUS (OPAS, 2005a). É nesta lógica que este estudo compreende a APS.

A implementação da Estratégia de Saúde da Família vem crescendo com expansão de cobertura à população conforme ilustrado na Figura 1. A cada ano novas equipes são implementadas e novos municípios aderem a esta reorganização do modelo de atenção. Apresento dados recentes de levantamentos do MS, onde observei que no ano de 2008, 94,1% dos municípios brasileiros possuíam equipes de saúde da família e 82,6% dos municípios brasileiros possuíam equipes de saúde bucal (BRASIL, 2009a). No mesmo ano de 2008, 93.178.011 pessoas eram acompanhadas por Equipes da Saúde da Família (ESF). Este número corresponde a 49,5% da população brasileira e coloca a implementação da Estratégia de Saúde da Família em um momento de transição intermediária o que caracteriza ainda um nível baixo de institucionalização (BRASIL, 2008; MENDES, 2002). A cobertura nacional vem crescendo a cada ano, sendo que no ano de 2009 houve um crescimento de 49,9% em relação ao crescimento de 25,4% registrado no ano de 2001 (BRASIL, 2009a).

Fonte: DATASUS. Atenção básica. <http://dtr2004.saude.gov.br>

Figura 1 - Evolução da implantação das ESF no território brasileiro (BRASIL, 2009a).

Fazendo um adendo sobre a situação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, e, entendendo que ela é integrante da saúde como um todo, destaco o Diário Oficial da União de 18 de Fevereiro de 2009 mostrando que ela entrou em vigência a partir de 17 de Fevereiro com a Portaria 302, do MS estabelecendo que profissionais da saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família poderão ser incorporados às equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Isto significa que na prática, cada município, baseados em suas autonomias administrativas, podem implantar a quantidade de equipes de saúde que avaliarem necessárias dentro da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2009b). Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO): “[...] esta portaria vai beneficiar a população. Ao contrário do que muitos pensavam antigamente, atenção em saúde bucal não é luxo e a portaria 302 confirma isso” (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2009, p. 3). Estes dizeres mostram o caráter multiprofissional e o reconhecimento da necessidade da saúde bucal como necessidade básica da população.

A incorporação da saúde bucal na agenda para saúde da população brasileira vem solidificando-se e mostra-se na atualidade como uma conquista concreta e um avanço na assistência à saúde da população brasileira. O número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) em atividade, de acordo com o último levantamento nacional realizado pelo Departamento de Atenção Básica do MS realizado no final do ano de 2008, era de 17.807 equipes atuando em todo o território nacional. Um outro indicador importante é o crescente número de municípios com cobertura por ESB. No ano de 2001 um total de 1.288 ESB foram implantadas e no ano de 2009 foram 4.689 (BRASIL, 2009b) (Figura 2).

Fonte: DATASUS. Atenção básica. <http://dtr2004.saude.gov.br>

Figura 2 - Número de ESB implantadas entre 2001 e 2009 no território brasileiro (BRASIL, 2009b).

Estes dados me fazem pensar e refletir sobre o fortalecimento que vem ocorrendo com a Estratégia de Saúde da Família e a potência para a mudança paradigmática de modelo de atenção em saúde transformar-se e adequar-se à realidade brasileira. A fim de dialogar com esta estratégia, concordo com Mendes (2002) que afirma sobre o grande avanço do SUS e a relação com a idéia de que a Estratégia de Saúde da Família vem substituir um sistema piramidal hierárquico por um sistema de saúde onde haja uma integração horizontal de todos os serviços de saúde, a fim de poder existir um grau de institucionalização que ocupe espaços políticos, educacionais, espaços de representação populacional e do próprio serviço de saúde. Corroboro com Mendes (2002) atentando-me ao espaço de representação populacional, pois este vem estabelecer o valor da ESF, fazendo com que a população adscrita busque e adote medidas preventivas, de tratamento, de promoção e de recuperação da saúde, reconhecendo-se como sujeito de sua saúde e adotando práticas de auto-cuidado (MENDES, 2002).

Venho estudando e observando, na literatura, que a implantação da referida estratégia possibilita a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade, compartilhados entre os serviços de saúde e a população, porém, de forma incipiente, considerando sua dimensão dentro do SUS.

A Estratégia da Saúde da Família tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2001; SCHIMITH; LIMA, 2004).

Para entender o conceito de acolhimento busquei Bueno e Merhy (1996), que ao discutirem o tema Norma Operacional Básica (NOB) 96 durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), alegaram que o acolhimento deve estabelecer uma ética da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta solidária e assim contribuem para o compromisso da construção da

cidadania. Nesta linha de entendimento destaco Matumoto, Mishima e Pinto (2001), que retratam o acolhimento como resultado, após o acesso, das relações no processo de atendimento. Nesse encontro entre profissionais e usuário, acontece uma negociação produzindo um vínculo que visa a identificação de necessidades do usuário, com o objetivo de estimular a autonomia quanto à sua saúde.

Quando me aproximo de conceitos sobre o trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família aproprio-me dos dizeres:

A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 463).

O agir, dentro da lógica da Estratégia de Saúde da Família, está fundamentado no diálogo com as necessidades de saúde da população adscrita e na construção, junto com as famílias, de um diagnóstico psicossocial que detecte situações de vulnerabilidade familiar. Com este contexto é possível a organização e o desenvolvimento de ações individuais e coletivas humanizadas, embasado em necessidades e possibilidades locais e por sua vez em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (SILVESTRE; COSTA-NETO, 2003).

Ao ler trabalhos envolvendo esta temática, deparei-me com estudo de Camargo-Borges (2007), destacando o trabalho de uma equipe de saúde da família como prática social ligada à realidade da comunidade, fazendo com que a integralidade e a intersetorialidade sejam compreendidas como partes importantes com estratégia de ação definida e priorizada a fim de poder viabilizar a participação popular, que por sua vez, compõe o conceito de co-responsabilidade.

Dando continuidade, parto da concepção de que APS tem sua importância refletida no campo de produção científica em saúde de crescente qualidade, direcionada à seus princípios e funções essenciais e que a APS é aceita como a oferta das áreas da saúde ao primeiro contato, com responsabilidade longitudinal e integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais (GONTIJO, 2007).

Diante do exposto trago o primeiro pressuposto desta pesquisa, pois frente toda esta contextualização temporal, histórica, política e interpretativa, assumo minha identificação com o discurso de que a APS vai além da porta de entrada para o sistema de saúde ofertando serviços de tecnologia leves à uma população adscrita. Ela assume o papel de articuladora entre usuário e profissional, criando espaços conversacionais para a consolidação de uma co-responsabilidade, e para a construção de novos conhecimentos que atuam de maneira direta no processo de um cuidado longitudinal. Identifico-me também com o discurso de que a APS propõe novas concepções de pensar saúde e assim pensar estratégias para a organização de

uma filosofia e ideologia respeitando o usuário de um serviço de saúde na qualidade de uma pessoa, sujeito social, humano e detentor de saberes e conhecimentos.

4.1.2 A conversa dialógica por detrás do SUS

Acredito que o Brasil vive na atualidade, final da primeira década do ano 2000, um processo de mudança de paradigma frente o desenrolar de sua saúde pública. Este por sua vez mostra-se um longo e difícil processo, sendo o SUS um marco concreto. A luta desencadeada pela Reforma Sanitária Brasileira reuniu inúmeros conceitos, ações, participações de diversos atores, novos “olhares” para a saúde coletiva, novas tendências mundiais de cuidado em saúde, novos profissionais em saúde, dentre outros aspectos, que culminaram com a consolidação de um sistema organizado de saúde pública com suas normas, premissas e diretrizes.

Com o meu olhar voltado à saúde pública, entendo que a maior conquista no âmbito da saúde brasileira, como um bem público, foi a construção de um sistema de saúde que contemplasse toda a população brasileira deixando de lado a idéia excludente anteriormente hegemônica. Dentro de um contexto histórico é possível observar que o ano de 1985, fim do regime militar, foi um marco histórico que possibilitou a reorganização do Brasil para que se pensasse na organização de uma nova Constituição da República, visto que o Brasil já havia dado indícios sociais, administrativos, econômicos e políticos da necessidade de se reger a sociedade de maneira que sua saúde fosse atendida de forma universal.

Neste período da história brasileira, com um antecedente de Conferências Nacionais de Saúde, sempre contemplando problemas contextualizados nas respectivas épocas, foi realizada a 8ª (CNS) que por sua vez, também, mostrou-se e mostra-se como um marco para a Saúde Pública brasileira (BRASIL, 1986). Esta conferência tinha o objetivo de discutir e trabalhar, juntamente com o processo da reforma sanitária, uma proposta para se pensar em um sistema único de saúde para ser incorporado na nova constituição que estava em processo de re-elaboração. Desta maneira esta conferência, especificamente, foi essencial para a criação de documentos, construídos com a participação dos usuários de serviços da saúde, de pensadores e intelectuais da área, de profissionais e de professores universitários, que trouxeram ao campo do conhecimento do governo federal os problemas de saúde da população e soluções para que se pensasse em uma política pública voltada à saúde de forma universal, integral e não excludente.

Dentro dos debates que se organizavam na 8ª CNS ressaltou que três foram os principais temas abordados: a necessidade de saúde como direito de todos; a reformulação do sistema nacional de saúde até então vigente; e seu financiamento. Destaco estes temas, pois foram os mesmos que nortearam artigos da constituição da república que buscou ampliar o conceito de saúde e que deixou de ter um caráter técnico, passando a ter um caráter fundamentado na sociedade e cultura onde vive a população, com seu financiamento feito pelo setor estadual, municipal e federal na busca por uma descentralização político-administrativa (BRASIL, 1986).

Destaco que, a 8ª CNS deixa claro que:

[...] em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a reforma sanitária (BRASIL, 1986, p. 2).

Partindo do entendimento de que a 8ª CNS teve sua fundamental participação na construção da saúde como direito para toda a população brasileira, entendo que a incorporação de suas propostas na Constituição da República de 1988, nortearam e estruturaram a consolidação do SUS por meio da Lei 8080 (BRASIL, 1990).

Segundo a Constituição da República o SUS é entendido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema de saúde único, organizado de acordo com descentralização administrativa nas três esferas de governo, atendimento integral ao usuário e com participação da comunidade na tomada de decisões locais (BRASIL, 1988).

O SUS, com suas premissas, tem a função prerrogativa do poder público, levando-se em consideração que a saúde é um direito e que o Estado tem o dever de prover as condições para sua existência; o interesse social e coletivo como guia das ações de regulação vinculada ao setor público; a Atenção Básica estruturando o processo organizacional de forma resolutiva e qualitativa e constituindo um sistema sólido e articulado com os demais níveis de atenção; e a organização do sistema na garantia da atenção integral e qualificada de acordo com as necessidades dos usuários (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Frente estas prerrogativas, destaco um segundo pressuposto desta pesquisa que é o entendimento de que o SUS é o marco mais importante da saúde pública brasileira e mostra o resultado dinâmico de esforços na construção de conhecimentos e saberes políticos, econômicos, sociais, de saúde que se consolidaram em uma ferramenta legitimada estabelecendo a saúde, em seu contexto ampliado, como direito de todo cidadão brasileiro.

É interessante elucidar Göttems e Pires (2009) pois os mesmos entendem saúde como uma expressão de cidadania, destacando que a efetiva consolidação do SUS está inserida na mudança na forma como os serviços e práticas assistências configuram-se possibilitando mudança na organização dos serviços e das práticas, redirecionado para um outro paradigma, onde saúde é direito e expressão de cidadania.

Tenho a compreensão de que, desde sua consolidação, o SUS vem se desenvolvendo por meio de um processo evolutivo e transformador. Evolutivo no sentido de que novas tecnologias e saberes foram adicionados aos conhecimentos pré-existentes e transformadores no sentido de poder proporcionar uma mudança inicial de paradigma.

Assim, dentro de uma mudança paradigmática na saúde pública brasileira, gostaria de destacar que o SUS é um sistema de saúde não excludente e sua descentralização administrativa (federal, estadual e municipal) proporciona a real vivência de conceitos da APS como primeiro contato, atendimento humanizado, referência e contra-referência, coordenação, integralidade, equidade, longitudinalidade e regulação do uso de recursos de alta densidade tecnológica (BRASIL 1988; STARFIELD, 1998). O aperfeiçoamento do SUS, com as premissas da APS, se faz embasado no conceito de Promoção da Saúde.

Fundamentado nesses conceitos, tenho em mente que o grande avanço na construção de conhecimento, saberes e práticas no campo da saúde coletiva foi a idéia de promover saúde e não só recuperá-la. Como marco para o início deste pensamento repleto de diversos conceitos destaco o documento conhecido como Relatório Lalonde. O referido relatório originário no Canadá no ano de 1974 define as bases de um movimento pela promoção da saúde e por que não dizer um marco para um novo paradigma em saúde coletiva. Este documento estabelece um modelo de saúde composto por quatro premissas básicas: a biologia humana que inclui a maturidade e envelhecimento e herança genética; o sistema organizacional dos serviços de saúde; o ambiente, social, psicológico e físico; e o estilo de vida, que se desenrola em uma gama de aspectos que envolvem riscos a saúde bem como qualidade de vida (LALONDE, 1981).

Além destas premissas destaco também que este relatório compõe um conjunto de saberes, conhecimentos científicos e estratégias que vêm ao encontro das premissas para se pensar saúde em um contexto público.

Assim o Relatório Lalonde, já na década de 70, propunha estratégias de reorganização de sistemas de saúde, voltados para um outro paradigma em saúde considerando o estabelecimento de estratégias de ação acordado com a gravidade dos problemas de saúde da população, priorizando a tomada de decisões, decidindo sobre custos e iniciativas públicas centradas na promoção da saúde, na

regulação, na pesquisa, na eficiência da atenção à saúde e no estabelecimento de objetivos (LALONDE, 1981; PAIN, ALMEIDA, 1998).

No Brasil, o movimento da Promoção de Saúde foi base para a realização de políticas que norteiam as ações de saúde no SUS. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como referencial um conceito mais ampliado de saúde que está diretamente relacionado com a qualidade de vida, a equidade, a redução de riscos à saúde, a vulnerabilidade e seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006b).

A PNPS entende a promoção da saúde como:

Uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006b, p.12).

Promover saúde significa a busca por ampliar a autonomia e a co-responsabilidade da população no cuidado integral à saúde, entendendo como fundamental a redução das desigualdades, no contexto social mais amplo e nas diferentes regiões do Brasil, com enfoque em questões específicas como gênero e etnias dentre outras. Neste contexto, a promoção da saúde foca-se na busca pela mudança do atual modelo assistencial médico-hospitalocentrico que comporta uma atenção individualizada e fragmentada (BRASIL, 2006a).

Ao ler Starfield (1998), observei que a mesma refere-se à necessidade de mudanças no modelo assistencial convencional, deixando claro a necessidade de um novo enfoque que sai de uma lógica centrada na doença e cura, e entra em uma lógica de promoção de saúde, prevenção e atenção. Neste contexto e nesta lógica, corroboro com Starfield (1998) sobre a necessidade de mudança de um paradigma referente ao conteúdo do modelo assistencial convencional, para um novo paradigma focado na promoção da saúde, na atenção continuada, na ampla atenção, na colaboração inter-setorial, participação da comunidade e auto-responsabilidade.

Fundamentado nos conceitos apresentados, compartilho o pensamento de que o SUS vem evoluindo e se transformando, necessitando de produção de conhecimento e desenvolvimento científico para que ocorra a mudança de paradigma na saúde.

Nesta ótica Kuhn (1995), afirma que o desenvolvimento científico não é cumulativo nem contínuo e sim descontínuo e operado por saltos qualitativos. Estes “saltos qualitativos” são os questionamentos que surgem frente os princípios, as teorias, os conceitos básicos e as metodologias hegemônicas.

Ainda, no campo da produção de conhecimento, para uma mudança de paradigma em saúde é importante destacar o dizeres de Pain e Almeida (1998, p.34):

[...] o passo mais importante será certamente re-configurar o objeto privilegiando saúde. Isto deverá resultar de uma apreensão pragmática do objeto, não no senso comum do imediatismo, e sim no sentido de que este deve alimentar uma práxis em vez de constituir-se em mera produção e incorporação de tecnologia [...] efetivamente, o objeto da saúde coletiva é muito mais tolerante a formas aproximadas de antecipação do seu processo, ressaltando a natureza não-linear da sua determinação e a imprecisão dos seus limites .

O momento atual do SUS, com pouco mais de 20 anos e em pleno desenvolvimento, possibilita “saltos qualitativos” e outras maneiras de ver o mundo e a saúde pública brasileira. Neste movimento de desenvolvimento do SUS identifico e destaco um novo olhar para a reestruturação do sistema por meio da APS, para os profissionais de saúde e para os usuários. Neste caso ao olhar para os usuários me deparo com as diferentes linhas e cuidado e dentre eles os idosos.

É válido ressaltar que no Brasil, políticas públicas, programas sociais, grupos de estudo em Gerontologia, universidades abertas à terceira idade, bem como o acolhimento e a humanização das relações entre trabalhadores e usuários na atual dinâmica do SUS, como destacado por Merhy, Campos e Cecílio (1994), e, Ramos e Lima (2003), contribuem mutuamente para que a sociedade caminhe assegurando ao idoso respeito e dignidade. Destaco também que na APS a estratégia de saúde da família faz com que idosos, pertencentes a comunidades adscritas, sintam-se integrados ao serviço público de saúde, podendo assim atuar diretamente na relação usuário-serviço (BRASIL, 2001).

4.2 SAÚDE BUCAL: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

4.2.1 A visão ampliada da saúde

Entendo que a visão ampliada do conceito de saúde é imperativo para que novos olhares sejam lançados para o cuidado com a saúde bucal das populações. É esta visão ampliada da saúde que me direcionou para a compreensão da saúde bucal como parte integrante da saúde das pessoas. Refiro-me a uma visão ampliada da saúde para a construção de novos saberes e práticas que vão direcionar novos modelos de atenção a saúde das populações.

Dialogando com os discursos sobre saúde observei que a visão holística do indivíduo é fundamental para a construção da saúde bucal, o qual é parte fundamental do desenvolvimento psicológico, social e fisiológico do indivíduo. Em outras palavras:

Saúde não é um conceito abstrato, é definida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelas populações em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde. É assim antes de tudo o resultado das formas de organização social (BRASIL, 1986, 25p.).

A construção social da saúde bucal e sua concepção são provenientes de todo um contexto histórico, econômico e social ligado ao processo saúde-doença. Assim, compreendo a saúde bucal como uma construção história que acontece contextualizada na concepção do processo saúde doença e que direciona os profissionais da saúde no atendimento das necessidades da população na lógica da promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. A descrição do contexto deste processo ligado à saúde bucal torna-se importante no sentido de ajudar a responder a questão desta investigação ou seja: como construir, com a colaboração de idosos, os sentidos para a saúde bucal?

Fatos históricos, sociais e culturais evidenciam que é muito difícil conceituar saúde e estabelecer limites entre o início de uma doença. Rojas (1974), analisa que saúde e enfermidade são dois estados entre os quais o indivíduo flutua durante toda sua vida.

Diante do exposto, inicio resgatando o período pré-histórico, onde a primeira interpretação que se deu a uma doença foi sua relação com “maus espíritos” no corpo do enfermo o que caracterizava a associação entre doença e superstição. Na antiguidade, antes de Cristo, iniciou-se o pensamento sobre a existência de outras causas para as doenças focando-se, principalmente, nas questões do corpo como receptores de uma doença de caráter externo (natural e/ou sobrenatural) e também o olhar para doença como proveniente de um desequilíbrio do corpo humano e ambiente físico. Destaco, também, que os povos egípcios, acreditavam em superstições para prevenirem dores de dente, sendo que utilizavam pedaços dos corpos de pessoas que faleceram e sofreram de dores de dente para se tratarem do mesmo mal (FORRAI, 2009; LAPREGA, 2000).

Na Idade Média, com as idéias Iluministas, surgiram os pensamentos sobre os miasmas como causadores das doenças e a associação com a religiosidade, ou seja, doença na condição de castigo divino. A idéia de causalidade social das doenças entrou no cenário histórico da construção de uma visão ampliada da saúde em um período do século XVIII, mais especificamente, durante a revolução francesa, pois a desigualdade social e econômica refletia as condições e contradições presentes nas sociedades (LAPREGA, 2000). No século XIX, com o surgimento da bacteriologia (bactérias, parasitas e vírus) passaram-se a entender a doença como sendo unicausal. E este olhar perdurou até o momento onde, no final do mesmo século, pensadores e pesquisadores alertaram para os contextos genéticos, fisiológicos, nutricionais e ocupacionais que deram origem a teoria da multicausalidade e a teoria da tríade ecológica (hospedeiro humano, ambiente e agente etiológico) passando a entender de

forma mais dinâmica os conceitos de saúde e doença. Este olhar para contextos dinâmicos, permitiu o foco no processo existente na relação saúde-doença (LAPREGA, 2000).

A idéia que compartilho sobre saúde-doença está fundamentada na década de 70 onde a preocupação frente este processo foi focada nas inter-relações existentes entre a biologia humana o meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde contidas no Relatório Lalonde (LALONDE, 1981). Este conceito foi o ponto de partida para entender o conceito de saúde que hoje está voltado para os modelos de interpretação do processo saúde-doença relativas ao modo de viver a vida e o da determinação social da saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001). Segundo estes autores a geração, o gênero e a raça das pessoas, que se enquadram em organizações sociais, proporcionam diferentes condições para se estabelecer diferentes qualidades de vida que geram diferentes perfis de saúde nas populações (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Quando abordo a idéia de modo de vida me ancoro em Jiménez (1992) que mostra que o processo saúde-doença está presente na interlocução entre grupos sociais, esfera de trabalho e relação homem natureza. Estas são teorias que qualificam o homem como sujeito que trabalha, que tem certos hábitos de vida e que desempenha um papel na sociedade. Todos estes fatores interligados proporcionam o entendimento do complexo processo saúde e doença e resgata a noção de saúde-doença como processo social, coletivo e de interesse público (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Além disso, Lefèvre (1999, p. 100), destacou que:

[...] a saúde/doença deve sempre ser vista como unidade dialética a ser desdobrada em espaço e tempos distintos, isto é, no espaço/tempo-orgânico/aqui-agora, em que ocorrem dores e sofrimentos nos corpos e mentes das pessoas, que necessitam ser prontamente aliviadas, afastadas e evitadas, e no espaço/tempo/médio e longo prazos, em que as doenças são sinais de desequilíbrios que necessitam de reequilibrações.

Assim, com este resgate contextual sobre as diversas, diferentes e atuais formas de se pensar saúde, acredito que a saúde bucal precisa ser entendida dentro do contexto deste processo saúde-doença.

Ao entender que os seres humanos são seres que vivem em sociedade, são vulneráveis às práticas médicas e fatores históricos e sociais, possuindo individualmente características genéticas e condições particulares de vida, Compreendo que a saúde bucal é construída e está implicada com todos estes fatores. Desta forma, a saúde bucal é parte integrante e indispensável da saúde geral do ser humano. Narvai e Frazão (2008, p. 18) definem que:

[...] saúde bucal é um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.

Vejo este conceito como uma visão ampliada da saúde bucal pois contempla diversos aspectos relevantes que se fundamentam no processo saúde-doença. Segundo Narvai e Frazão (2008), a saúde bucal representa também a dimensão das necessidades sociais, isto quer dizer que independente de presença de dentes naturais e/ou próteses dentária a saúde bucal é uma necessidade para o convívio social e para uma vida saudável. Cordón (1997), destacou que para se ter uma vida saudável é necessário ações em odontologia coletiva de maneira universal e equitativa integralmente inserida na saúde das populações abordando as pessoas em seus espaços sociais.

A saúde bucal, na condição de necessidade social, envolve diversos aspectos como situações fisiológicas e/ou patológicas individuais, histórias vividas, aspectos culturais e históricos, relações interpessoais, aspectos sociais e econômicos (mercado), modelos de atenção a saúde bucal, e aspectos políticos presentes na sociedade em que vivemos. Este é o terceiro pressuposto desta pesquisa.

Frente a este pressuposto entendo que um resgate da história da saúde bucal no Brasil se faz fundamental para a construção de sentidos para a saúde bucal no tema o qual me proponho.

Não poderia iniciar este resgate histórico sem afirmar que todos os aspectos supracitados nesta investigação foram fundamentais para que na atualidade possibilitassem vivenciar no nível populacional uma redução na experiência de cárie e redução da utilização de prótese totais precocemente (BRASIL, 2004e).

Um aspecto relevante e que me norteou no contexto histórico da saúde bucal é o fato da extração dentária como mutilação que leva ao edentulismo. Segundo Narvai e Frazão (2008), a extração dentária é uma mutilação visto que perder dente não é uma coisa natural decorrente do envelhecimento e nem mesmo uma fatalidade biológica. Cito este aspecto pois durante muito tempo, em décadas passadas, este era um processo marcante na prática odontologia, aceitável, e tido como experiência inevitável às pessoas com o passar dos anos.

Tendo o edentulismo como perfil dominante na população brasileira em décadas passadas, entendo que a extração dentária ainda permanece marcante no Brasil e no mundo. As práticas odontológicas, juntamente com outros fatores, refletem as condições de saúde bucal de uma população. Quando me refiro a outros fatores, estou me referindo às transformações históricas, sociais e econômicas das sociedades.

Historicamente, evidências mostram que em 2.700 anos antes de Cristo, nos povos chineses, as experiências de dores de dentes eram tratadas com acupuntura. Materiais históricos encontrados em papiros, com datas supostas de 1.500 anos antes de Cristo, trazem evidências de doenças de origem dentária e prescrições de substâncias como oliva, cebolas e raízes para o tratamento das

mesmas, demonstrando que, nesta época e nestes povos, os dentistas eram mais que terapeutas, eram também pesquisadores que anotavam detalhadamente todos seus procedimentos (FORRAI, 2009). Portanto, a experiência de dor e a busca por tratamentos curativos na construção histórica da saúde bucal são evidentes desde muitos anos atrás.

Narvai e Frazão (2008), mostraram que o ataque de cárie, identificado em esqueletos de indivíduos que viveram a milhares de anos, era mínimo frente aos estudos conduzidos com esqueletos do século XIX. Ou seja, devido as características das dietas e do modo de vida, as extrações há milhares de anos atrás não eram comuns. Nesta linha historiográfica, o século XVI e XVII, época rica em transformações comerciais, expansão do capitalismo e desenvolvimento da metalurgia, ocupou lugar de destaque na construção histórica da saúde bucal, pois trouxeram consigo mudanças no consumo de alimentos, no mercado e no desenvolvimento de materiais odontológicos. Estes fatores, que influenciaram diretamente a incidência de cárie dentária nas populações, consequentemente aumentaram a procura por serviços odontológicos (NARVAI; FRAZÃO, 2008). A saúde bucal era um bem de consumo onde os serviços oferecidos, geralmente, levavam a mutilação dentária que posteriormente demandou profissionais especializados em reposição dentária, ou seja, especialistas em próteses dentárias. Esta é uma realidade não tão distante da que encontrei na literatura e observei no início do século XXI, porém em proporções menores visto que o consumo não controlado de açúcares e a odontologia de mercado ainda estavam presentes na nossa sociedade.

No século XIX, alta prevalência de cárie e suas consequências, levaram a pensar em mudanças nos procedimentos de higiene bucal. Associado à estes contextos, na metade do século XX é que se descobriu o efeito favorável do flúor em enxaguatórios bucais, cremes dentais e água de abastecimento a fim de reduzir os índices de cárie (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Penso ser importante destacar que todos estes fatores delimitados historicamente, que conceberam o que se pensa sobre saúde bucal trazem consigo aspectos culturais e sociais que se transformam ao longo dos anos e refletem diferentes valores e condutas frente aos cuidados com a saúde bucal. Nas últimas décadas, a preocupação com a cárie dentária, com procedimentos de higiene, com o consumo de alimentos cariogênicos e com determinantes sociais da saúde, são aspectos que se interligam ao processo saúde-doença e constroem sentidos para a saúde bucal das populações.

4.2.2 A saúde bucal no cenário político brasileiro

Ao trazer os discursos políticos, compartilho com o pensamento de que a preocupação com a saúde bucal das populações não é apenas uma abstração, mas sim parte fundamental da qualidade de vida das pessoas e foco de desenvolvimento de políticas, que mostram que a saúde bucal é um direito de todos os brasileiros. Trazer a saúde bucal para discussões políticas é o processo que transforma o ideológico em concreto (abstração-realidade) que norteiam as atitudes e condutas sobre o pensar e agir em saúde bucal. Observar a saúde bucal nos discursos é identificar que a saúde bucal precisa ser concretamente foco de preocupação em nível coletivo no Brasil.

Dentro de todo este contexto, as políticas públicas, que visam a promoção da saúde, são mobilizadas para impulsionar mudanças de atitudes e nortear condutas do Estado e dos cidadãos frente a assuntos diversos que estão dentro do escopo da saúde. Segundo Narvai e Frazão (2008), a saúde bucal foi capaz de mobilizar políticas públicas no Brasil, por meio da sensibilização da sociedade frente a exclusão social de certos cidadãos. Esta exclusão social é simbolicamente representada na imagem de pessoas desdentadas.

Assim, a imagem de pessoas brasileiras sem dentes mostra que a população é desprovida de saúde e representa, socialmente, uma população que vivencia vácuos repletos de falta de assistência e cuidado à saúde bucal. Esta é uma maneira de observar a inter-relação entre falta de acesso à saúde bucal e assistência à saúde refletindo e caracterizando uma exclusão social. A associação destes três aspectos está presente na sociedade brasileira, e foi elucidada por Moreira, Nations e Alves (2007), destacando que muitos brasileiros vivenciam, em seus dia-a-dia, condições de precariedade sanitária que culminam com deficiente acesso a saúde bucal em sua forma mais ampla, e assim caracterizam a simbologia da imagem da saúde bucal precária como exclusão social.

Segundo Narvai e Frazão (2008, p. 12), as condições dentárias das populações são sinais de exclusão social pois:

[...] seja pelos problemas localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país.

É com este ponto de partida que as políticas de saúde bucal foram desenvolvendo-se e implantando-se no Brasil, com o intuito da atenção à saúde contemplando os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Ao dialogar com o discurso sobre a história da saúde bucal, penso ser de fundamental importância reafirmar, no cenário desta pesquisa, o discurso político da construção da saúde bucal no Brasil como prática social.

A OMS é a responsável pela divulgação de indicadores sociais e das condições epidemiológicas e de saúde das populações, e, relatórios e dados epidemiológicos divulgados mundialmente são de fundamental importância na construção de políticas públicas voltadas para saúde bucal. Como exemplo, destaco o último relatório da OMS que mostra como meta para o ano 2020: minimizar o impacto das doenças de origem craniofaciais na saúde e no desenvolvimento psicossocial das pessoas, dando ênfase a promoção da saúde bucal para redução de doenças bucais nas populações mais necessitadas; minimizar o impacto das doenças de origem bucal na saúde das pessoas; otimizar o diagnóstico precoce e efetivar a prevenção no gerenciamento destas doenças (WHO, 2003). Para a cárie dentária, a OMS tem como meta a redução do número de extrações dentárias por cárie nas populações 35-44 e 65-74 anos de idade. Para a doença periodontal a meta é reduzir formas necróticas de manifestação da doença periodontal. Estas são algumas das metas sugeridas pela OMS para a saúde bucal das populações mundiais (WHO, 2003).

Considero que estas propostas da OMS refletem a visão ampliada de saúde e a importância da saúde bucal das pessoas para suas relações interpessoais nos meios sociais em que estão inseridas, tornando-se instrumentos para o desenvolvimento de espaços conversacionais onde cada país dentro de seus contextos precisam ser flexíveis e adaptarem-se.

Nesta linha de pensamento, entendo que estas metas irão guiar políticas públicas em diversos países do mundo inclusive o Brasil, sendo que cada país, dentro de suas realidades, irão construir políticas para atingir estas metas para as suas populações envolvendo diversos saberes e práticas em saúde coletiva.

Neste contexto, é preciso que sejam desenvolvidas no Brasil políticas que reorganizem a assistência e as ações preventivas da saúde bucal (MOREIRA, NATIONS, ALVES, 2007).

A saúde bucal ocupou um espaço na política brasileira sendo construída dentro de um processo repleto de acontecimentos e dentre eles destaco a redemocratização do país, o surgimento da Previdência Social, o movimento de reforma sanitária, o surgimento do SUS e foco no controle social com o surgimento de colegiados e realização de conferências nacionais sobre saúde bucal.

Pensando na saúde bucal dentro do contexto político destaco, a seguir, os pontos concretos alcançados na política brasileira que contribuíram para a construção histórica da saúde bucal no país.

Partindo do surgimento do SUS no final da década de 80, com as leis orgânicas da saúde (lei 8.080 e 8.142), que marca a representação da redemocratização brasileira no âmbito da saúde é que situo a construção política da saúde bucal no Brasil. Na história da Saúde Pública Brasileira SUS é o marco referencial que olha para a saúde bucal da população brasileira como um direito. Entendo que é a partir deste momento que o direito de cidadania é responsável pela participação da sociedade civil na

tomada de decisões frente a elaboração de políticas voltadas para a inclusão social e a qualidade de vida dos brasileiros. Este fato mostra-se concreto na realização de conferências nacionais de saúde bucal e na elaboração de portarias, decretos e políticas que tratam diretamente e indiretamente da saúde bucal da população brasileira.

Antes de entrar propriamente no escopo do discurso político sobre a saúde bucal, após a consolidação do SUS, destaco que este é um processo político proveniente da participação de diversos atores e da reflexão de diversos conhecimentos e que se iniciam anteriormente a definição de saúde como direito.

Assim, entendo que o Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), Encontro Científico de Estudantes de Odontologia (ECEO), bem como a criação da Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) foram precursores de todo o movimento nacional que possibilitou, com a participação de representantes da saúde bucal, a visão ampla da saúde bucal como fundamental para a saúde da população brasileira. Estes encontros e colegiados os quais surgiram no período pré-SUS, contém importantes atores sociais que, por meio da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), elaboraram pensamentos e documentos precursores a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que vivenciamos na atualidade a mais de 20 anos da criação do SUS. A 1ª CNSB, que aconteceu em 1986, entra no cenário político brasileiro com a proposta de inserir a saúde bucal no SUS por meio de um programa nacional de saúde bucal com bases nas diretrizes que iriam compor este sistema de saúde dentro de alguns anos.

Porém, segundo Narvai e Frazão (2008), esta conferência despertou o governo federal para implementar em 1988 um Programa Nacional de Controle da Cárie Dental utilizando-se da aplicação de selantes e flúor de maneira vertical e centralizada no Rio de Janeiro. Uma série de eventos sucessivos foram acontecendo e refletindo a instabilidade governamental da época e dos programas de saúde bucal. Neste período instável da história brasileira, final da década de 80 e início da década de 90, é que a PNSB, aprovada em 25 de outubro de 1988, afirma a estratégia sanitária de fluoretação das águas de abastecimento público como um dos pilares para a prevenção da cárie dentária, que como citei anteriormente, tem sido um dos problemas da saúde bucal. A PNSB passou ao longo das décadas por reorganizações, mas ainda hoje o princípio da fluoretação é visto como essencial para a saúde pública brasileira (BRASIL, 2004a)

Após a implantação do SUS, o olhar para a saúde da população brasileira em nível coletivo mudou. Em essência a saúde no contexto universal e integral passou a ser direito de todos os brasileiros. Neste contexto a saúde bucal que compartilhava deste pensamento passou a ocupar um espaço mais consolidado dentro da saúde pública brasileira.

No 8º ENATESPO, realizado na cidade de São Paulo no ano de 1991, foi discutido o tema “*Construindo a saúde bucal coletiva no Brasil*” destacando-se o pensamento sanitário odontológico, como o discurso de crítica ao modelo hegemônico na época (curativista e mercantilista), baseado nas diretrizes da reforma sanitária que haviam se transformado em leis (8080 e 8142) e com isso houve um comprometimento para a construção de políticas voltadas as práticas odontológicas adequadas à realidade sócio-econômicas e epidemiológicas (NARVAI; FRAZÃO, 2008)

No ano de 1993, acontece a segunda conferência específica sobre saúde bucal denominada de 2ª CNSB, que foi realizada concomitantemente com a 9ª CNS, enfocando seu discurso no exercício da cidadania partindo-se do entendimento e do compromisso com uma nova ética, novas legislações e comportamentos públicos. Este novo olhar para a saúde bucal viria a favorecer uma transformação das práticas odontológicas em nível coletivo, incorporando novas tecnologias, novos perfis de trabalhadores da saúde bucal, priorizando a formação de recursos humanos para a atuação em ações coletivas de saúde (BRASIL, 1993). Esta conferência foi um espaço para discussões de legislações e condutas políticas, frente ao cuidado e a assistência, voltadas para a saúde bucal.

A fluoretação das águas de abastecimento público foi foco de discussão nesta referida conferência enfocando-se na real necessidade desta maneira de prevenção de cárie em nível coletivo. Este assunto é regulado pela lei n. 6050 de 1974, e desde então se tornou um assunto em que colegiados e representantes da saúde bucal pudessem debater sobre o tema permitindo ao Estado legislar a respeito. A referida lei foi regulamentada pelo Decreto Federal n. 76.876 no ano de 1975 pelas normas e padrões estabelecidos na Portaria nº 635/Bsb, de 26 dezembro de 1975, do MS. A Lei, o Decreto Federal e a Portaria citados, disciplinam a obrigatoriedade da fluoretação em sistemas públicos de abastecimento de água (BRASIL, 1974; BRASIL, 1975).

Destaco ainda que a 2ª CNSB, tendo a cidadania como eixo norteador, mostrou a necessidade de incorporar na formação profissional em saúde bucal o trabalho em nível comunitário com o objetivo de resgatar a cidadania dos indivíduos, visando a construção de um modelo de atenção em saúde bucal que contemplasse a integralidade, dignidade e a ética (BRASIL, 1993). Estes foram conceitos discutidos nesta conferência e que se tornaram tópicos que permitiram a construção do que se pensa sobre saúde bucal na atualidade. Destaco esta conferência, pois a mesma trouxe conhecimentos para a construção de novas práticas em saúde bucal entendendo que a compreensão da população, sobre saúde bucal, precisa ser uma preocupação essencial no resgate da cidadania dos brasileiros. Especificamente, para a saúde bucal a conquista da cidadania vai muito além das fronteiras da Odontologia, exigindo assim uma interlocução com diversos saberes de diferentes áreas.

Ao ler o relatório final da 2ª CNSB, pude compreender que houve na época uma grande força de pensamento com o intuito de promover campos de discussões futuras com finalidade de deliberar sobre formação de recursos humanos em saúde bucal frente ao novo modelo de atenção em saúde, que estava em processo incipiente no país, ao exercício do controle social na construção de políticas e na tomada de decisões frente à saúde bucal da população brasileira. Dentre estas decisões considero importante destacar que, com o objetivo de assegurar o modelo de promoção de saúde e a cobertura de métodos preventivos, houve a necessidade de pensar no trabalho em equipe multiprofissional de saúde bucal composta de cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB), técnico em Saúde Bucal (TSB) e técnico em prótese dentária. Esta realidade de equipe entrou em vigor com a Estratégia de Saúde da Família alguns anos depois.

Para Narvai e Frazão (2008), o grande avanço para a saúde bucal brasileira foi a aprovação de estratégias políticas para a saúde bucal que reconheceu a saúde bucal como direito a cidadania, que por sua vez solidificou características para um novo modelo de atenção em saúde bucal.

Alguns anos depois, sob a denominação de “Acesso e qualidade, superando a exclusão social” aconteceu, concomitantemente com a 13ª CNS, a III CNSB no ano de 2004. Esta conferência aconteceu no momento em que um grande levantamento em saúde bucal havia sido concluído e trazia para o cenário político inúmeras informações sobre a saúde bucal da população brasileira. Este levantamento mostrou a realidade da saúde bucal em todo o território nacional e firmou-se como um importante instrumento para o pensar e o agir em saúde bucal em nível coletivo e político (BRASIL 2004a, BRASIL 2004b).

É importante destacar este fato pois foi identificado que mais de 30 milhões de brasileiros estavam desdentados, sendo visto pela conferência como uma grande dívida social na área da saúde bucal. Assim, foi deflagrado um processo crescente de discussões, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, entendendo que a saúde bucal é um indicador de qualidade de vida das pessoas e comunidades. A 3ª CNSB tornou-se um instrumento legítimo pois foi respaldado pela atuação de diversos segmentos de controle social que refletem as diversidades brasileiras, concretizando a implementação da saúde bucal no escopo das Políticas Públicas Brasileiras (BRASIL, 1993).

Os participantes da 3ª CNSB lançaram desafios de identificar os principais problemas do país na área da saúde bucal, buscando recursos e estratégias para superá-los, e desta forma o relatório final desta conferência traz a saúde bucal como desafio para a política brasileira.

Em consonância ao modelo de atenção à saúde, a 3ª CNSB propôs a definição de uma política de humanização da atenção à saúde bucal como eixo estruturante da atenção e da gestão da saúde,

nas três esferas de governo, bem como assegurar e ampliar o acesso às ações integrais de saúde bucal em todo o SUS, estendendo-a a todas as faixas etárias, segundo a recomendação da OMS, levando-se em conta os dados epidemiológicos regionais.

Destaco, também, que houve na 3ª CNSB o reconhecimento de que a Estratégia de Saúde da Família é uma modalidade de organização da APS, que contribui para uma melhoria das práticas em saúde bucal na atenção integral, dentro da perspectiva dos ciclos de vida da família, num processo de construção de novas práticas de saúde coletiva.

Entendo que na 3ª CNSB, um importante passo foi dado nas discussões sobre a saúde bucal no cenário político brasileiro, e estas discussões deixaram clara a idéia de uma:

[...] ampla compreensão da saúde bucal no sentido de possibilitar uma melhor qualidade de vida, garantindo o tratamento de forma intersetorial como política de governo para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou no plano coletivo, com ações convergentes de diversos setores e implementadas de forma integrada pelos governos dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União, pelas instâncias representativas do controle social e pelas entidades da sociedade civil organizada, por meio de trabalhos educativos para conscientizar sobre os cuidados em saúde bucal, indissociável da saúde geral e garantindo um atendimento humanizado de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal (BRASIL, 2004b p. 10).

Acredito que para se fazer política, tendo a saúde como foco, é necessário a criação de espaços de discussões com o intuito de encontrar a melhor forma de poder garantir os direitos e deveres dos cidadãos, tendo como resultado o surgimento de idéias que se tornam processos norteadores para se promover saúde para a população. Estes espaços para discussões são garantidos pela lei 8142/90, e as conferências, os quais abordei anteriormente, são elementos concretos para o “fazer política” em saúde bucal. Quando considero todo o movimento da reforma sanitária brasileira observo que a saúde bucal caminhou, paralelamente, e na atualidade firma-se como foco de preocupação política do Governo Federal.

Antes de situar o contexto nacional e atual sobre política em saúde bucal, destaco que segundo Buss (2000), a idéia moderna sobre fazer política envolve o compromisso de situar a saúde no topo da agenda política nacional e o compromisso de enfatizar na condição de foco de intervenção os fatores determinantes do processo saúde-doença.

A PNSB que vivenciamos na atualidade é proveniente de um longo processo que permitiu sua construção por meio da interlocução de pensamentos, saberes, ações e práticas que fundamentam as decisões políticas frente a saúde bucal da população dentro da saúde pública brasileira. A PNSB tornou-se concreta com a publicação no ano de 2004 do documento “As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” que apresenta normas do MS para organizar a saúde bucal no SUS (BRASIL, 2004a).

A PNSB assegura a integralidade das ações sempre articulando o individual, o coletivo, a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde bucal, além de ter como orientadores das ações a articulação da atenção primária com toda a rede de serviços, a Estratégia de Saúde da Família e a vigilância em saúde na incorporação de práticas de avaliação de riscos e vulnerabilidade. Um outro aspecto importante é a interlocução com a construção de conhecimento científico visto que, dentro de seus pressupostos a PNSB preconizou a definição de uma agenda para a pesquisa científica para a investigação de problemas e o desenvolvimento de tecnologias necessárias para a melhoria de serviços públicos relativos a saúde bucal em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004a).

Este é um momento da construção histórica da saúde bucal, no cenário político nacional, resultante de discussões e interlocução de saberes entre coordenadores municipais e estaduais de saúde, que foram embasados em décadas anteriores frente as deliberações das 1ª e 2ª Conferências nacionais de Saúde Bucal. As diretrizes expostas no referido documento constituem o eixo político para reorientação das concepções e das práticas no campo da saúde bucal e desta maneira são capazes de propiciar um processo de trabalho que contemple a produção do cuidado.

Chamo a atenção para o fato de que as ações de cuidado à saúde bucal são guiadas por esta política e a formulação destas diretrizes é repleta de fundamentos da APS e da Promoção da saúde sempre olhando para uma perspectiva ampliada da saúde, como discuti anteriormente.

Destaco que a PNSB é movida em sua essência pela gestão participativa assegurada na participação de representantes de usuários, trabalhadores; pelos princípios éticos em saúde; pelo acesso universal, a assistência e responsabilidade por todos os problemas de saúde bucal de um determinado espaço geográfico; pelo acolhimento, entendido como ações usuário centrada com equipes multidisciplinares para os atos de receber, escutar, atender, encaminhar e acompanhar por meio da construção da humanização das relações; pela responsabilidade da unidade na solução dos problemas de sua área de abrangência e desta maneira criar um vínculo com a comunidade como resultados das atividades de acolhimento (BRASIL, 2004a).

Finalmente, a saúde bucal é guiada também pelo princípio da responsabilidade profissional onde o profissional da saúde bucal precisa ser co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados ao processo saúde-doença bucal da comunidade em questão (BRASIL, 2004a).

A PNSB, também chamada de Brasil Sorridente, é a política de saúde bucal do SUS. Tenho esta política como o mais importante passo na concepção de saúde bucal como direito, visto que é a primeira vez na história do governo federal que um conjunto organizado de ações se desenvolve em uma política e não apenas em incentivos isolados como acontecia até início dos anos dois mil. Além disso, esta é uma política que aposta firmemente na mudança do perfil do trabalho odontológico,

focando não só na prevenção, mas também na promoção e recuperação da saúde (PUCCA JUNIOR, 2006).

A política Brasil Sorridente, traz dentre suas propostas a humanização do processo para desenvolver ações e serviços de saúde, tendo o cuidado em saúde como eixo de orientação. O ponto de partida consiste no conhecimento da realidade da comunidade para uma prática efetiva de atenção a saúde bucal. Esta política nacional segue linhas de cuidado (Criança, Adolescente, Adulto e Idoso), e dentre seus pressupostos incorpora a saúde da família como uma importante estratégia na reorganização da APS. Estas linhas do cuidado implicam em um redirecionamento do processo de trabalho, no qual o bom funcionamento da equipe de trabalho é um de seus fundamentos mais importantes. O processo da atuação desta política requer interdisciplinaridade, multiprofissionalismo, integralidade da atenção bem como a intersetorialidade. (BRASIL, 2004b, PUCCA JUNIOR, 2006).

Outro aspecto, que me faz entender esta política como relevante e essencial para o exercício da universalidade do acesso e da integralidade da atenção, é que além do atendimento básico, esta política proporcionou a população acesso ao tratamento especializado por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Os CEOs são unidades de referência para a APS estabelecidas dentro de um planejamento loco regional que ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). O tratamento nas áreas especializadas da Odontologia como prótese, endodontia e cirurgia, dentre outras ações de caráter preventivo, continuam como investimento do MS, a exemplo da fluoretação das águas de abastecimento público para a prevenção da cárie que continua fundamentada em lei específica desde a década de 1970. Como método coletivo de promoção de saúde, a fluoretação é foco de investimento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS, juntamente com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (PUCCA JUNIOR, 2006). Segundo Pucca Junior (2006), outro aspecto relevante da PNSB é a abertura de linhas de financiamento de pesquisas em saúde bucal coletiva, sendo que no ano de 2005 o MS disponibilizou 1 milhão de reais, exclusivamente, para pesquisas e levantamentos em Saúde Bucal.

Após todo este resgate, do pensamento e ação em saúde bucal no Brasil, entendi que politicamente a prestação de serviço de saúde bucal, historicamente caracterizada por ações de baixa complexidade (curativas e mutiladoras) e de acesso restrito caracterizando a odontologia como área de exclusão social, tem hoje respaldo em uma política específica a qual foi construída dentro de um longo processo envolvendo diversos atores. Além disso, grandes avanços também são visíveis nesta mudança de modelo de atenção visto que linhas de cuidado refletem a equidade e a atenção a saúde bucal da população. Portanto, segundo Costa, Chagas e Silvestre (2006) a PNSB é um conjunto de

ações focadas no indivíduo e na coletividade, abrangendo promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Destaco também que essa é uma política dinâmica que está em constante construção, desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sendo que o Brasil ao assumir a responsabilidade pela saúde bucal da sua população firma o compromisso com a inclusão social.

4.2.3 Saúde bucal: muito além da Odontologia

Neste estudo, deixo de lado a idéia de que saúde bucal está associada apenas a Odontologia. Segundo Narvai e Frazão (2008), é necessário a compreensão de que a saúde bucal é componente da saúde geral e desta maneira vai além do alcance da Odontologia, resgatando a noção de saúde e doença como um processo social de interesse coletivo, comunitário e público.

Não penso que saúde bucal é responsabilidade apenas do dentista. Acredito que responsabilizar-se pela saúde bucal é um processo que deveria ser pensado por dentistas, pacientes, educadores em saúde, outros profissionais da saúde e por representantes da sociedade que exercem poderes políticos. Nesta delimitação de saberes, retomo Narvai e Frazão (2008) que mostram que a práxis em saúde bucal é repleta de conceitos que transcendem os limites da odontologia clínica e vão buscar práticas e saberes em áreas da saúde coletiva, da política, da sociologia e da psicologia social dentre outras.

Entendo também que no processo saúde-doença, a saúde bucal destaca-se pelo complexo sistema estomatognático e este, um sistema representando um conjunto de órgãos como lábios, dentes e gengivas, é responsável por inúmeras funções indispensáveis aos seres humanos. Tais funções como mastigação, digestão e comunicação, dentre outras, estão articuladas com o funcionamento saudável de outros sistemas de órgãos do corpo humano. Porém, os cuidados com o sistema estomatognático têm suas especificidades e desta maneira requerem assistência específica e este fato me permite entender que a saúde bucal está associada a cuidados específicos como escovação dos dentes, uso de fio dental e assim por diante. O que quero dizer é que cuidar do sistema estomatognático é um dos diversos processos que constroem a saúde bucal das pessoas, e o cuidar da saúde bucal no contexto da integralidade faz parte de uma visão holística das pessoas na condição de sujeitos sociais.

Ao falar em saúde bucal, é relevante destacar os problemas que envolvem esta condição. Na literatura deparei-me com uma interessante e atual classificação dos problemas de saúde bucal,

observados em nível coletivo e que se fundamentam na OMS (WHO, 2003). Estes problemas são classificados como persistentes e emergentes (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Os persistentes são cárie dentária; doença periodontal, má oclusão, fissuras lábio-palatais e câncer de boca, e os problemas emergentes são a fluorose dentária, os traumatismos bucomaxilofaciais e a cárie radicular.

Dentre os problemas persistentes a cárie é o mais evidente pois é principal problema de saúde bucal das populações do mundo. Entre adultos e idosos a cárie segue na atualidade produzindo perdas dentárias em números expressivos levando ao edentulismo de milhões de brasileiros (NARVAI; FRAZÃO 2008). A doença cárie é uma doença que, por ter uma etiologia multicausal, também é diretamente afetada por determinantes sociais que dificultam a diminuição de prevalência em países como o Brasil e este fato a torna um problema persistente de saúde bucal. Outro problema que é persistente é a doença periodontal. Este problema nos tecidos de suporte do dente é considerado resposta inflamatória de natureza infecciosa que tem etiologia variada. São determinadas entre outras causas por determinantes sociais, qualidade de higiene bucal, condições hormonais, deficiência imunológica, exposição ao tabaco e ao estresse. Os problemas de má oclusão são problemas causados por alterações de crescimento e desenvolvimento dos ossos maxilares e por hábitos como uso de chupeta na infância. A má oclusão pode gerar problemas psicossociais pois afeta diretamente a auto imagem e reflete problema de relacionamentos interpessoais. As fissuras labiopalatais são de origem genética e congênita, e, representam más formações de estruturas como lábio, palato (céu da boca) e nariz e estão associados diretamente a limitações funcionais como respiração, fonação e deglutição (NARVAI; FRAZÃO 2008).

Ainda no escopo dos problemas de saúde bucal persistentes existe o câncer de boca que é um problema preocupante em nível coletivo, pois tem alto índice de letalidade. Sua etiologia está associada à lesões pré-cancerígenas como leucoplasias, eritroplasia e queilite actínica. Exposição ao sol, uso de álcool e tabaco são fatores associados a etiologia deste problema de saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO 2008).

Quanto aos problemas de saúde bucal emergentes Narvai e Frazão (2008), destacam a fluorose dentária que se caracteriza por uma alteração do esmalte dentário no período de formação do dente causada pelo excesso de flúor, deixando-o mais vulnerável ao ataque de cárie. Este problema é emergente devido as múltiplas exposições ao flúor, , na dieta, na água de consumo, em medicamentos e pela ingestão de cremes dentais. O problema de traumatismos bucomaxilofaciais é emergente pois é altamente relacionado a violência e acidentes que se multiplicam em nossa sociedade (NARVAI; FRAZÃO 2008).

Quando falo de cárie radicular, abro um espaço de destaque, pois este é um problema emergente de saúde bucal e está associado, diretamente, às pessoas idosas. Digo isto, pois a retração gengival é um processo que acontece fisiologicamente e expõe a raiz dos dentes. No caso de pessoas que mantiveram seus dentes saudáveis na cavidade bucal, provavelmente, terão alguma parte da raiz exposta e nesta exposição manifestar-se-á a cárie radicular. A cárie radicular é mais prevalente em idosos, pois a população está mais longa e os idosos estão mantendo sua cavidade bucal com maior número de dentes do que idosos de décadas atrás.

Não foi meu intuito detalhar, especificamente, cada problema de saúde bucal, mas sim contextualizar, o leitor, para o fato de que alguns problemas de saúde bucal são persistentes por não terem sido erradicados das populações e outros são emergentes pois estão presentes nas sociedades, considerando a incidência cada vez mais evidente devido a situações ambientais, transição epidemiológica e características e cultura das sociedades na atualidade.

Diante do exposto, tenho em mente que problemas, sejam eles emergentes ou persistentes, em suas particularidades estão imersos em processos saúde-doença tendo em seus determinantes sociais características marcantes e de interesse da saúde coletiva. Ao pensar em conceitos, como determinantes sociais, saúde coletiva e problemas de saúde bucal, foco-me em um processo atual que é norteado pela interlocução destes conceitos com o objetivo de se pensar na promoção da saúde bucal.

Corroboro com Dickson e Abegg (2000), que mostram que a promoção da saúde bucal é uma perspectiva de olhar para a saúde bucal de maneira a torná-la responsável pelo bem estar das pessoas de modo individual e/ou coletivo. A promoção da saúde bucal foca no trabalho com as pessoas na tentativa de remover barreiras ambientais e sociais para que as mesmas vivenciem saúde bucal.

A promoção da saúde ampliou o entendimento sobre saúde e desta maneira ao aplicar esta premissa para a saúde bucal amplia o que penso sobre saúde bucal. Segundo Dickson e Abegg (2000), o paradigma da promoção da saúde bucal se estrutura em pilares fundamentais. Primeiramente a *Reconceituação da saúde bucal*, entendendo que a saúde bucal não é somente melhorar a condição da saúde da boca, mas sim entender que a saúde bucal é um instrumento para se desenvolver justiça social por meio de visão macro-social da saúde de maneira que profissionais e usuários de serviços estabelecem uma relação de parceria na construção da saúde bucal (DICKSON; ABEGG, 2000). Estes mesmos autores mostram que o segundo pilar da promoção de saúde bucal é a *Potencialização*, que é a estratégia, originária na psicologia social (CAMPOS et al, 2007), relacionada a um processo de crescimento pessoal, interpessoal e político. Em outras palavras a potencialização é a habilidade de controlar e participar do próprio meio, onde indivíduos e comunidades tornam-se capazes de fazer uso

do empoderamento³ agindo e transformando suas vidas e seus meios (BUSS, 2000; DICKSON, ABEGG, 2000).

Um outro pilar da promoção da saúde bucal é a *Participação comunitária*, pois este é um princípio de construção conjunta de conhecimento. Este princípio está diretamente associado ao trabalho conjunto, a medida que constrói auto-confiança e responsabilidade de cooperação coletiva, acontecendo quando as comunidades participam nas definições de resoluções para seus problemas sanitários, incluindo os de saúde bucal (DICKSON; ABEGG, 2000).

Entendo que estes pilares são práxis que fazem com que este novo conceito em saúde bucal seja aplicável e direcionado para todo o objetivo da promoção da saúde, para a formação de profissionais da saúde bucal e para a construção de sentidos neste pensar e agir em saúde.

Penso ser de fundamental importância o entendimento da promoção em saúde bucal segundo Dickson e Abegg (2000), pois estes autores mostraram que promover saúde bucal é reconceituar a saúde bucal, buscando uma visão ampliada de saúde, por meio de um processo de empoderamento e com a participação da comunidade.

Um aspecto diretamente relacionado a promoção de saúde bucal é a educação em saúde bucal. Esta, por sua vez, está associada a programas de prevenção e o princípio básico da educação e que as pessoas precisam conhecer os aspectos da saúde bucal, a fim de poder agir e cuidar desta condição. A informação construída com a comunidade, em que se aplica programas de educação em saúde, pode permitir uma cultura de saúde bucal e gerar estímulo ao cuidado (BURT; EKLUND, 1999). Segundo Bastos, Peres e Ramires (2003), a educação em saúde bucal visa estimular, nas pessoas, hábitos permanentes que contribuam para a manutenção da saúde bucal no decorrer do tempo e que venham agregar conhecimento para o desempenho de atitudes. Para que estes objetivos sejam atingidos é necessária uma adequada sintonia entre educador e educando por meio de troca de experiências e saberes, partindo das necessidades e anseios da comunidade.

Neste contexto, pra mim ficou claro que educar para promover saúde bucal é um processo coordenado e repleto de saberes científicos e comuns. Bastos, Peres e Ramires (2003), mostraram que um processo educacional em saúde bucal é desenvolvido seguindo-se alguns conceitos como a identificação do problema para se conhecer as finalidades da educação em saúde, pois com estas finalidades tem-se o resultado que se quer alcançar. Definindo-se o quê se quer alcançar, busca-se as

³O empoderamento é um conceito que tem como objetivo proporcionar os meios, para que as pessoas consigam uma maior resolutividade e controle sobre o que afeta a sua saúde, não retirando a responsabilidade do Estado, no cuidado da saúde de sua população. Sob esta perspectiva, o empoderamento reflete um conceito de vida, no qual as pessoas possam viver com mais saúde e escolher um ambiente mais saudável. TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados a promoção de saúde. 2002. 105f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswald Cruz. Rio de Janeiro, 2005

técnicas e os meios para operacionalização que por sua vez estarão diretamente relacionados a comunidade em questão. Nesta etapa, é necessário observar a existência de barreiras de comunicação como crenças, costumes e tradições que podem levar a um modo de agir e pensar diferente da mensagem a ser transmitida. É importante também sempre avaliar os resultados deste processo para observar a eficácia do trabalho realizado (BASTOS; PERES; RAMIRES 2003).

Quando penso em todos estes conceitos, que descrevi até este momento, trago uma reflexão sobre a correlação de todo o processo de promoção e educação em saúde bucal com um aspecto muito importante que vem sendo abordado nos últimos anos frente à saúde bucal: o contexto familiar. Entendo que é ela, a família, que potencializa as atitudes das pessoas frente ao cuidado com a saúde bucal, e este fato mostra-se concreto pois a estratégia de atenção à saúde no Brasil é focada na comunidade e na família.

Segundo Amorim e Vicente (2008), existe uma relação muito intensa que associa o cuidado em saúde bucal e a família que é o processo de comunicação. Esta comunicação existente internamente nas famílias são extensões da comunicação existente entre usuários de serviços de saúde e profissionais. Para isso é necessário uma relação interpessoal mais próxima dos profissionais de saúde com os usuários, pois assim se conhece os hábitos, os valores e as crenças compartilhadas em família.

É importante atentar ao fato de que a família é uma unidade dissipadora de informação responsável pelo elo de interações entre seus membros que vão influenciar diretamente na construção de sentidos para a saúde bucal. Estes sentidos irão nortear o cuidado, a adesão aos tratamentos bem assim a incorporação de hábitos saudáveis de higiene. Segundo Amorim e Vicente (2008), é imperativo que o olhar do profissional da saúde bucal seja deslocado do indivíduo e passe a focar também o contexto familiar e comunitário.

Na história recente da saúde bucal, todos estes conceitos, os quais abordei, abordados mostraram que ao olhar para a saúde bucal das pessoas é necessário sempre contextualizar os inúmeros aspectos como família, conhecimentos populares, relações interpessoais, história da saúde bucal. Observei, também, que a prática da odontologia não se restringe aos cuidados clínicos da cavidade bucal, mas sim a um complexo de práticas que envolvem conhecimentos negociados que corroboram para a construção de sentidos para a saúde bucal de cada um de nós em nosso dia-a-dia.

Segundo Berger e Luckmann (2002), os sujeitos vivenciam uma realidade da vida diária como uma realidade ordenada. Isto mostra que os sujeitos vivem dentro de uma teia de relacionamentos entre sujeitos e entre sujeito-objeto, e para estes relacionamentos acontecerem, os discursos sinalizam as coordenadas da vida em sociedade e enchem esta vida de sentidos e significados.

Enfim, ao olhar para a saúde bucal, olho para uma construção proveniente de conhecimentos e para uma relação entre história, família, sociedade e política que norteia ações de práticas cotidianas de cuidado com a saúde. Posiciono a saúde bucal como algo que é proveniente dos discursos e das relações entre as pessoas.

4.3 ENVELHECIMENTO E SAÚDE BUCAL NA VELHICE

4.3.1 O envelhecer

Quando olho ao redor, vejo que estamos em uma época de mudança e reflexão em relação ao envelhecer. Falo isso porque evidenciamos diariamente o envelhecimento da população.

No mês de abril de 2009, deparei-me com uma revista de circulação nacional⁴ que trazia na capa a imagem de um idoso de cabelo grisalho e posicionado de costas. Os dizeres desta capa mostravam que o envelhecimento da população havia se tornado um problema socioeconômico imediato na Europa e que no Brasil, dentro de uma década, será preciso remodelar totalmente o sistema da previdência nacional. A matéria da capa desta revista focava, dentre outros aspectos a preocupação com a situação econômica e previdenciária do Brasil. Esta revista chamou-me a atenção pelo fato de que o envelhecimento afeta inúmeros contextos de uma sociedade e assim serão necessárias reorganizações em diversos setores como econômico, saúde, social e previdenciário frente a esta mudança populacional.

Quando falo em mudança populacional refiro-me à mudança no número e no perfil dos idosos. Este aspecto está presente na diferença existente entre o perfil dos idosos de hoje com os idosos de ontem. Esta mudança qualitativa e quantitativa está presente na nossa vida profissional, social, e familiar. Faço este comentário não só pelo fato de presenciar esta mudança na minha família e na minha vida profissional, mas sim pelo fato de que esta realidade que vivemos é objeto de estudos científicos e está estampada na capa de revistas não científicas. Em outras palavras, o envelhecimento populacional é uma realidade.

Inicialmente, tenho em mente que envelhecer, do substantivo envelhecimento, é o processo natural que ocorre em todos os seres humanos em qualquer momento da vida (SILVA, 2007). Portanto envelhecer é um processo sequencial, irreversível e individual, não patológico, resultado de um organismo maduro, próprios a todos os membros de uma mesma espécie. Neste contexto, o

⁴ Revista Carta Capital ano XV n. 541 edição de 15 de Abril de 2009

envelhecimento torna o indivíduo com menor capacidade de realizar certas atividades frente ao estresse do meio ambiente (OPAS, 2005a).

Assim, Lopes (2000), destacou que o discurso do envelhecimento tem a função de gerenciá-lo contribuindo para a sua legitimação na condição de preocupação social, que condiz com momentos históricos e contribuem para a construção de saberes.

Para Duarte e Lebrão (2006), o envelhecimento é um processo no qual ocorrem, nas pessoas, modificações bioquímicas, sociais, psicológicas, morfológicas e funcionais. Nessa mesma linha de raciocínio o envelhecimento é um curso gradual, natural, universal e estruturado ao longo do tempo (HEINSIUS, 2005), e desta forma faz parte do curso natural da vida (SILVA, 2007).

Na literatura, por meios dos discursos sobre envelhecimento, observei que existem muitas classificações para analisar e compreender o envelhecimento. Desta maneira destaco Neri e Debert (1999), que estabelecem três diferentes padrões de envelhecimento. O *envelhecimento primário* reflete as mudanças normais intrínsecas do processo de envelhecer, são irreversíveis, universais e não patológicas. Desta maneira, uma pessoa tem como sinais de um envelhecimento normal o embranquecimento dos cabelos, o aparecimento de rugas, declínio do equilíbrio e declínio da rapidez de movimentos dentre outros. O *envelhecimento secundário*, ou patológico, está associado as mudanças causadas por doenças não relacionadas à exposição a certos fatores de risco, bem como patologias provenientes de degenerações intrínsecas do envelhecimento. Esses aspectos fazem com que as pessoas apresentem crescente vulnerabilidade com o passar da idade e como exemplo existem as doenças cardiovasculares e de pele dentre outras. Finalmente, existe uma outra maneira de se classificar o envelhecimento como sendo *envelhecimento terciário* relacionado ao declínio terminal de velhice. Entendo, com a ajuda de Neri e Debert (1999), este declínio terminal como um grande aumento de perdas fisiológicas em um curto espaço de tempo seguido da morte.

Neste contexto de processos fisiológicos e morfológicos do envelhecimento, abro espaço para o contexto destas mudanças em relação a saúde bucal. Desta maneira, destaco que devido a trituração dos alimentos e a força muscular exercida sobre os dentes durante a mastigação, os mesmos desgastam-se nas superfícies oclusais (superfícies de contato com os dentes antagonistas) e fisiologicamente os dentes sofrem deslocamentos para compensar os desgastes nestas faces. O periodonto, tecido gengival e osso de sustentação dos dentes, talvez seja a estrutura que mais sofre alteração com o envelhecimento pois a gengiva sofre uma migração apical, que por sua vez, pode levar a exposição da raiz do dente, e este fato acarreta maiores índices de cáries radiculares (MEIRA et al, 1989). Estes mesmos autores relataram que a capacidade gustativa sofre alterações devido à diminuição do número de botões gustativos nas papilas e o aparecimento de fissuras na região dorsal

da língua, principalmente após os 70 anos de idade, além de alterações fisiológicas na produção da saliva, também, fazem parte do envelhecimento do sistema estomatognático (MEIRA et al. 1989; MORIGUCHI, 1990).

Nesta perspectiva multifocal do envelhecimento, destaco que Siqueira, Botelho e Coelho (2002), fundamentaram o envelhecimento em quatro perspectivas de análise. Assim destaco a perspectiva *biológico/comportamentalista* que discute o envelhecimento fisiológico; a perspectiva *economicista* que discute o impacto econômico do envelhecimento e as questões relativas à demanda por serviços de saúde; a perspectiva *sociocultural* que entende o envelhecimento como um processo de construção social e se reflete sobre as possíveis formas de representações da velhice; e finalizando tem-se a perspectiva *transdisciplinar* que discute o envelhecimento como conjunto de aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais apontados nas perspectivas anteriores.

Quando olho pela perspectiva transdisciplinar, acho relevante destacar que a cultura faz parte das concepções e dos sentidos que construímos sobre o envelhecimento. Não vou aprofundar-me no tema cultura, mas é relevante destacar que ao pensar em cultura penso em fatos que se moldam e se modificam, e, para Mercadante (1997a) ser idoso é um fenômeno que se altera ao longo do tempo e no espaço, e segundo Bimbato (2008), “ser velho” na atualidade pode modificar-se no amanhã, pois este aspecto também é um fenômeno cultural.

Outro aspecto que considero importante e relacionado com os conceitos que abordei até o momento é olhar para o envelhecimento dentro de um discurso pós-moderno como um *curso de vida*, ou seja, olhar para o envelhecimento como um processo gradual que envolve aspectos históricos, sociais e individuais, numa visão mais complexa e elaborada dos momentos da vida (SILVA, 2007). Neste mesmo raciocínio, observo que o curso de vida é um espaço aberto de experiências da vida considerando particularidades sociais e culturais e não passagens ritualizadas de uma etapa para outra (DEBERT, 2006).

Para Beauvoir (1990, p. 459), no contexto pós-moderno o envelhecimento é um processo onde:

O homem idoso interioriza seu passado sob a forma de imagens, de fantasmas e de atitudes afetivas. Depende desse passado ainda de outro modo: é o passado que define minha situação atual e sua abertura para o futuro; ele é o dado a partir do qual eu me protejo e que tenho de ultrapassar para existir. Isso é verdade e qualquer idade. Eu conservo do passado os mecanismos que se mostraram no meu saber e minhas ignorâncias, minhas relações com outrem, minhas preocupações, minhas obrigações. Tudo o que fiz me foi retornado por ele, se “causificou” nele, sobre a forma do prático e inerte.

Para Beres (1999), a construção do envelhecimento é um processo muito próprio de cada ser de acordo com diversas maneiras existentes de lidar com as relações que vivemos no nosso dia-a-dia em família, sociedade e com nossos sentimentos. Isto acontece muitas vezes por que a conversa com

outras pessoas traz, ao idoso, atribuições negativas ou positivas frente seus próprios enfrentamentos do envelhecer (BERES, 1999). Exemplificando, observo que estas atribuições, muitas vezes, qualificam-se positivamente em relação a vários fatores, sendo que a estética de um belo sorriso, quando presente, é um fator positivo em relação ao sentido da saúde bucal no processo de envelhecimento.

Enfim, vejo o envelhecimento como um processo construído por relações humanas dentro de um curso de vida gradual que por sua vez possuem diversas classificações que se baseiam em diferentes perspectivas.

Em nível populacional, o envelhecimento torna-se preocupante e desafiador visto que muitas situações econômicas e sociais são diretamente resultantes do envelhecimento da população. No caso do Brasil, é esperado que para o ano de 2020, ocorra um aumento de 11 para 32 milhões de idosos e este contingente de pessoas com mais de 60 anos colocará o Brasil na posição de 6º país do mundo em número absoluto de idosos (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Para Bimbato (2008), com o envelhecimento populacional, novas exigências surgem neste cenário e desta forma atenção especial deverá ser apreciada para: as famílias que possuem idosos em seu núcleo; a própria sociedade de forma geral; e principalmente os profissionais de saúde visto que é com o envelhecimento que há uma maior incidência de doenças crônicas piorando a capacidade funcional e diminuindo a autonomia.

Atento para o fato de que o entendimento destes dois conceitos supracitados (capacidade funcional e autonomia) são fundamentais para a construção de sentidos com idosos. Desta maneira baseado em Bimbato, (2008), Paz, Santos e Eidt (2006), Neri (2005) e Ramos (2003), entendo capacidade funcional como a capacidade de desenvolver atividades da vida diária de forma independente conjuntamente com a capacidade de autocuidado, e autonomia é a capacidade de tomar decisões próprias para executar o controle da própria vida.

Retomando o discurso teórico sobre o envelhecimento populacional brasileiro, segundo Veras (2009), o Brasil encontra-se em pleno e rápido processo de transição demográfica. Este dinâmico processo é refletido em números, visto que 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira a cada ano. É válido ressaltar que grande parte destes idosos acumulam, além dos anos de vida, doenças crônicas e algumas limitações funcionais, próprias de envelhecimento primário. Ressalto que estatisticamente o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões no ano de 1960, para 7 milhões no ano de 1975, e para 20 milhões no ano de 2008. Ou seja, houve um aumento próximo de 700% em um período inferior a 50 anos (CARVALHO; GARCIA, 2003; VERAS, 2009).

Ao olhar para o envelhecimento como um processo, que faz parte do curso natural da vida, tenho observado que há na atualidade um crescente aumento na expectativa de vida da população. O aumento no número de anos de vida da população brasileira tem levado a um aumento da população idosa com mais de 70 anos de idade. Ao observar a literatura e o IBGE (2000), pude notar que a expectativa de vida no Brasil no início do século XX era em média de 34 anos, no ano de 1950 passou a ser de cerca de 43 anos, no ano 2000 a expectativa de vida era de 69 anos, e para o ano de 2007 era de 72,7 anos. Estudos mostram que para o ano de 2025 a expectativa de vida será de mais ou menos 75 anos e essa mudança mostra projeções que, de 1960 até 2020 o número de idosos crescerá quinze vezes e a população geral apenas cinco (BRASIL, 2004b, DUARTE; LEBRÃO, 2006).

No Brasil, melhora na expectativa de vida e a queda da mortalidade são responsáveis pelo aumento considerável no número de idosos (BRASIL, 2004c). Na década de 90 o aumento do número de idosos foi de 47,8%, sendo que a taxa de crescimento populacional para o mesmo período foi de 21,6%. Se, ao observar os dados oferecidos pelo IBGE, eu considerar apenas pessoas com 80 anos ou mais, que na atualidade representam 1,4% da população (2,6 milhões) o número de idosos nestas condições cresceu 86,1% da década de 90 para os anos 2000. (DUARTE; LEBRÃO, 2006; IBGE, 2000, 2009).

Especificamente, de acordo com o último censo demográfico nacional oficial realizado no ano de 2000, outro indicador relacionado ao envelhecimento populacional tem se mostrado crescente na população brasileira. É o caso da esperança de vida ao nascer da população brasileira que passou de 66 anos em 1991 para 68,6 anos em 2000, acarretando um crescimento de 2,6%. Entendo, corroborando com a literatura, que o processo de envelhecimento se reflete por meio do declínio da fecundidade, simultaneamente com o crescimento da esperança de vida ao nascer e o aumento da expectativa de vida em anos (IBGE, 2000, PAVARINI et al, 2005).

O Brasil reconhece sua situação demográfica, por meio de inúmeros levantamentos e estudos, que retrata a condição de sua população por meio de indicadores e índices. Ao pesquisar em bancos de dados nacionais observei que, segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) realizada no ano de 2006, o número de pessoas idosas representava 10,2% da população e estratificando para os estados os mais representativos são: Minas Gerais (11,2%); Rio de Janeiro (11,5%) e São Paulo com 23% de sua população com mais de 60 anos. Achei interessante destacar que dentre a população acima de 60 anos houve um crescimento, ao longo de dez anos, de idosos com mais de 75 anos de idade (IBGE, 2009).

Todo este suporte teórico sobre o envelhecimento me faz pensar sobre Saúde Pública frente a este desafio. Neste contexto, tenho observado os esforços para a construção de políticas voltadas a

setores que são diretamente associados ao envelhecimento da população brasileira. Segundo Lima-Costa et al (2003), o envelhecimento populacional é um dos principais desafios da saúde pública atual, sendo que ocorreu, inicialmente, em países desenvolvidos e posteriormente em países em desenvolvimento de forma mais acentuada, como o caso do Brasil.

Para a saúde pública, o envelhecimento tem o respaldo de certas políticas públicas que vêm ao encontro da busca pela qualidade de vida e pelos direitos dos idosos pois entendem que a velhice, importante como as outras fases do desenvolvimento humano, merece atenção da família, da sociedade, do Estado e de pesquisadores, visto que este conjunto de atores sociais são responsáveis por implementação das ações previstas nas políticas públicas existentes no Brasil (BIMBATO, 2008).

Frente a este aspecto, compreendo que políticas públicas, na forma de Leis, Portarias e Decretos sancionados e publicados no Brasil, são ferramentas fundamentais para que a saúde pública brasileira atuando junto com a sociedade civil, trabalhe no desenvolvimento de ações inter-setoriais para o cuidado e atenção para com a população idosa brasileira. Para Bimbato (2008, p. 20) políticas públicas existem a fim de:

[...] melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento das pessoas, já que não basta viver mais, mas envelhecer com qualidade. Deste modo, a proteção ao idoso pode ser encontrada em diversos dispositivos legais, entretanto, o desconhecimento desses direitos e deveres, por parte da população idosa e da sociedade em geral, contribuem para que muitas injustiças sejam mantidas em exercício.

Observando a partir de um contexto sócio-político percebo que muitas coisas já foram feitas para que o reconhecimento do espaço do idoso na sociedade seja respeitado. Assim, observo que o oferecimento de “passe livre” para locomoção de idosos em transporte público, bilhetes com tarifas reduzidas para transporte urbano interestadual para idosos de baixa renda, presença de lugares reservados em ônibus e filas de serviços públicos, prédios públicos com acesso facilitado, voto optativo nas eleições para pessoas com mais de 70 anos dentre outras, são políticas públicas que focam no bem estar e na qualidade de vida da população idosa.

Olhando pelo discurso das políticas públicas existentes no Brasil, percebo que consideráveis instrumentos legais foram implantados para direcionar a conduta da sociedade frente ao envelhecimento. Nestes instrumentos legais, os quais trago a seguir, é imperativo a preocupação e o cuidado com o envelhecimento em diversos setores.

A preocupação com o envelhecimento entra no cenário político brasileiro, em meados da década de 90, porém destaco que na Constituição da República de 1988 o artigo 230 traz que a família a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e também garantindo-lhes o direito a vida

(BRASIL, 1988). Este fato mostra que todos nós estamos envolvidos com a responsabilidade de cuidar e respeitar pessoas idosas.

Dentre as Leis brasileiras, a primeira que deixa legitimada a preocupação com o idoso é a Lei nº 8.842, sancionada pelo Presidente da República em 4 de janeiro de 1994. Esta Lei, regulamentada como Política Nacional do Idoso (PNI), traz, expresso no Artigo 1, o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, da criação de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Para isso a PNI traz propostas para ações governamentais em diversas áreas como trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, educação, na área da saúde e na área da promoção e assistência social (BRASIL, 1994).

Especificamente para a área da saúde, observei que esta política traz entre suas competências: a garantia ao idoso da assistência a saúde nos diversos níveis de atendimento no SUS; desenvolvimento de programas de medidas profiláticas; elaboração de normas de serviços geriátricos hospitalares; realização de estudos de caráter epidemiológicos de determinadas doenças mais prevalentes em idosos; e desenvolvimento de formas de cooperação entre Secretarias estaduais e municipais de saúde para treinamento de equipes inter-profissionais no atendimento ao idoso (BRASIL, 1994).

Alguns anos depois a preocupação com a saúde dos idosos brasileiros consolidou-se com a aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) sendo escrita na forma da Portaria n. 1395 do MS. Esta política parte do princípio de que a sociedade tem a necessidade de entender que o envelhecimento é uma questão que vai além da esfera familiar e individual e torna-se de âmbito público compreendido entre Estado, terceiro setor e outros segmentos sociais. A PNSI tem o objetivo de promover o envelhecimento saudável e ativo, manter e melhorar a capacidade funcional dos idosos, prevenir doenças, recuperar a saúde e garantir a permanência dos idosos no meio em que vivem exercendo suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, OPAS, 2005b)

Penso ser importante destacar que a PNSI tem como diretrizes essenciais: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e finalmente apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

Mais recentemente, já no início do século XXI, mais precisamente no ano de 2003, entra em vigor no Brasil o Estatuto do Idoso sob a Lei 10.741/2003. Esta lei torna concreto a regulação dos direitos assegurados aos idosos na medida em que foca prioridades aos idosos no contexto

assistencial, social, cultural, educacional e institui punições as ações de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão ao idoso (BRASIL, 2003).

Por se tratar de um discurso que segue uma retórica estrutural com objetivos políticos, o Estatuto do Idoso traz consigo a idéia de direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, à vida, à alimentação, à saúde, à educação, cultura, esporte e lazer e ao direito ao trabalho. Quando olho para esta política entendo que todos estes direitos remetem a uma situação que conjuntamente refletirão em uma vida saudável. Este direito a vida saudável é proveniente de um conceito ampliado de saúde visto que saúde está relacionada com todos estes contextos expressos nesta Lei (BRASIL, 2003).

De maneira descritiva os artigos 8º e 9º, do Estatuto do Idoso, deixam claro a idéia de que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social sendo o Estado obrigado a garantir ao idoso proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas para permitir um envelhecimento saudável e digno (BRASIL, 2003).

No Estatuto do Idoso, o que me chamou atenção foi o capítulo “IV Do Direito à Saúde”. O então direito à saúde, que vem ao encontro das diretrizes e premissas do SUS, deixa claro a necessidade de se pensar, ao abordar a temática do idoso na nossa realidade social, em maus tratos, em amparo familiar, adequação de acessibilidade ao serviço de saúde, cadastramento de população idosa em base territorial, atendimento gerontológico, locomoção e atendimento domiciliar. Estes aspectos me chamaram atenção visto que se identificam com a premissa da APS a qual pode nortear a construção dos sentidos que proponho com esta pesquisa (BRASIL, 2003).

No ano de 2006, com o objetivo de consolidar diretrizes operacionais para reordenar ações do SUS, foi divulgado o Pacto Pela Saúde sob a portaria n. 399/2006. Chamo a atenção para esta portaria pois este é mais um instrumento político que se contextualiza na construção histórica e social do envelhecimento da população brasileira, visto que explicita normas para operacionalização das ações do SUS e cuida universalmente da população brasileira de maneira equitativa. Os idosos ocupam lugar de destaque no referido pacto, pois no “Anexo II seção I-A Saúde do idoso - Ações Estratégicas” o pacto mostra que diversos contextos devem ser construídos e aplicados para viabilizar o acolhimento, o atendimento domiciliar, a caderneta de saúde da pessoa idosa, programas de educação permanente e atenção diferenciada na internação (BRASIL, 2006a). Desta maneira há uma preocupação real com o envelhecimento e a pessoa idosa brasileira.

Para finalizar, compreendo que os aspectos políticos e sociais “do envelhecer” devem caminhar norteados por um trabalho amplo e interligado entre família, sociedade e Estado, para que seja garantido ao idoso acesso a cultura, participação e integração na comunidade bem como liberdade, autonomia e qualidade de vida.

4.3.2 A velhice

Viver a velhice é um complexo processo relativo a uma fase da vida que pode ser vivida de diferentes maneiras de acordo com fatores socioeconômicos e culturais, e, em contexto mais abrangente, certos autores afirmam que o valor e o respeito o qual a pessoa idosa está sujeito dentro do mundo social, o qual faz parte, variam de acordo com tais fatores. Para exemplificar, na sociedade capitalista o idoso é estigmatizado como “o velho” e sofre conseqüentemente as atribuições referentes a tal imagem. Neste caso, como destacou Mercadante (1997b), ser velho significa não ser produtivo, ser decrépito, ser doente e de certa maneira não ter desejos e projetos. Beauvoir (1990, p. 468), neste mesmo contexto reflete sobre o fato do idoso ser considerado doente simplesmente por ser idoso: “Muito longe de oferecer ao idoso um recurso, contra seu destino biológico assegurando-lhe um futuro póstumo, a sociedade de hoje o rechaça ainda vivo para um passado ultrapassado”.

Iniciei este capítulo com um olhar um pouco negativo da velhice, mas que na verdade não se enquadra na concepção de velhice que eu construí ao longo deste estudo. Haja vista que tais autores mostraram suas colocações e posições em uma década onde a preocupação com o envelhecimento populacional era incipiente.

Quando penso em velhice, penso neste termo como a representação de uma fase da vida que se localiza, segundo a fisiologia do ser humano, em uma fase onde maiores prevalências de doenças crônicas podem aparecer, e traço uma concepção de que a velhice é uma fase da vida que se contextualiza dentro da sociedade em que vivemos e, também, nos relacionamentos com outros sujeitos que estabelecemos ao longo da vida na condição de sujeitos sociais. Enfim, penso na velhice como uma fase da vida repleta de “vidas vividas” na infância, na adolescência e assim por diante. É uma fase onde trazemos estórias e histórias, onde carregamos conosco experiências adquiridas e também situações fisiológicas e ou patológicas, que por muitas vezes estão relacionadas às nossas condições de vida durante nossa existência.

Em uma visão um pouco biologicista, observo que o envelhecimento orgânico contribui, juntamente com outros aspectos, para a construção do conceito de velhice. Segundo Maffioletti (2005), muitas vezes a velhice fornece uma representação fatalista, naturalista e universalista que por sua vez estabelece padrões de comportamento. Este aspecto mostra que a velhice, na condição de fase orgânica, estimula alterações cognitivas e comportamentais que são fundamentais para a construção e caracterização dos estágios da vida, e, desta forma, nesta fase, existem diversas formas de sentir e entender o mundo.

Deste modo refiro-me à velhice como fase da vida assim como a infância, a adolescência e a maturidade. Entendo que estes conceitos são, na verdade, elaborações simbólicas de um processo

biológico, envolvido por elementos antropológicos, culturais e históricos de um povo, sociedade e/ou comunidade. A maneira como essas fases da vida são interpretados pela sociedade são determinados e ilustrados pelos contextos históricos, sociais e econômicos em que vive cada cultura (DEBERT, 1994; MAFFIOLETTI, 2005).

Este olhar holístico para a velhice, como dependente de fatores sociais e fisiológicos, me remete a olhar segundo:

[...] uma perspectiva transdisciplinar, na qual a velhice é concebida como resultado dialético de necessidades fisiológicas, simbólicas e estruturais, combinadas e justapostas pelos atores sociais em meio a condições contextuais vigentes, apontando para a possibilidade de uma maior aproximação com a realidade em função da complexidade destes fatores considerados (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002, p. 905).

Com estes dizeres, coloco-me em contato com conceitos relacionados às necessidades simbólicas justapostas com atores sociais dentro de determinados discursos que me fazem olhar para a velhice como fase da vida dependente de contextos próximos da realidade de vida de cada indivíduo como ator social, que, como destacado anteriormente no início deste trabalho, carrega consigo conceitos e atitudes que o posicionam como cidadão que desempenha um papel na sociedade em que vive.

O “desempenhar” um papel na sociedade mostra a mudança de paradigma frente o olhar para a velhice. O então velho de décadas atrás não é o mesmo velho que nos deparamos no século XXI. Velhos que por sua vez recebem esta denominação por pertencerem a uma faixa populacional que se encontra em uma fase da vida que vivencia aspectos relacionados à velhice.

Em um momento de pensamentos e discursos pós-modernos, observo que existe a busca por um posicionamento da velhice como fase livre de negatividade, morte e decadência humana.

No século XXI a descrição da velhice está relacionada com aumento da expectativa de vida, aposentadoria como direito social bem como outros aspectos positivos relativos a atividade física, jovialidade, saúde, esperança, re-objetivação, alegria e vida afetiva. Estes aspectos positivos elegem a juventude como uma forma de vida e não uma fase inicial de vida dos seres humanos (BANHATO et al 2009; BARROS, 2006; OKUMA, 2002)

É interessante destacar Silva (2008), pois este autor diz que a noção de velhice surgiu entre os séculos XIX e XX. Neste período diversas mudanças ocorreram e possibilitaram reorganizações de trajetórias de vida que geraram condições para que haja na atualidade um novo olhar para a velhice. Especificamente no final do século XX, com a emergência de novos saberes gerontológicos e a institucionalização da aposentadoria, a velhice passa a não ser vista somente como corpo envelhecido e objeto de geriatria, mas sim na sua complexidade e multidisciplinaridade surgindo assim a

gerontologia. A velhice deve ser entendida na sua dimensão biológica, psicológica e histórico-social (DOURADO; LEIBING 2002).

Nos dias atuais é muito comum a utilização do termo "terceira idade". Faço uso desta nomenclatura e observei, ao estudar envelhecimento, que este termo veio ao encontro das transformações da velhice, como fase do processo do envelhecimento, como um objeto e estudo da sociedade contemporânea. Assim, corroboro com Dourado e Leibing (2002) para explicitar que por meio da preocupação com a velhice, na sociedade atual, houve a necessidade de se observar as relações existentes entre aspectos fisiológicos e psicológicos e o prolongamento da vida, o desequilíbrio demográfico, e aspectos políticos, econômicos e sociais do contexto em que se viveu e se vive.

Retomando Santos (2001), acredito que o termo "terceira idade" reflete a transformação que ocorreu na história da velhice provocando inversão nos valores atribuídos à mesma. Na atualidade a velhice está deixando de representar fase de isolamento, invalidez, solidão, desafeto e passando a ser uma fase da vida representando momento de busca pelo lazer, re-objetivação, criação de novos hábitos, desenvolvimento de novas habilidades, e busca de novas amizades e laços afetivos alternativos à família.

Desta maneira no século em que vivemos:

[...] a criação da "terceira idade", com seu começo aos sessenta anos, coincidindo com a aposentadoria, regulamentada, assistida e orientada pelos diversos "departamentos" da vida humana, é uma consequência desse novo olhar em construção - ou reconstrução - sobre a velhice e o envelhecimento. Tenta apagar, de uma etapa que amedronta a todos nós, as cores sombrias que desenhavam perdas, sofrimento, doença e abandono, oferecendo, em troca, a irresistível imagem de uma etapa pródiga em prazeres possíveis, dantes inimagináveis (MAFFIOLETTI, 2005, p. 337).

Velho é aquela pessoa que vive a fase da velhice. Quando me refiro ao termo velho, me fundamento em Zimermann (2000), pois este autor localiza o idoso na condição de sujeito social de diversas idades: a idade do corpo (biológica), da sua história genética, de sua parte psicológica e também de sua ligação com a sociedade em que vive. A pessoa idosa e/ou velha é aquela pessoa que se construiu por meio das diversas relações que teve e que tem com o mundo que a cerca.

Para Zimermann (2000), é importante destacar que a velhice não é uma fase da vida que impõe características peculiares ao idoso, ou seja, a maior parte das características de um idoso não são peculiares de uma determinada faixa etária. Compartilho da idéia deste mesmo autor quando destaca que o velho é uma pessoa que traz consigo mais experiências, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças e também mais perdas (ZIMERMANN, 2000).

Quero destacar que para efeitos desta pesquisa eu utilizo o termo idoso para me referir a pessoa em um contexto cronológico e político. No Brasil, é considerada idosa aquela pessoa com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Idoso é um termo que também leva em consideração o grau de desenvolvimento do país em questão. Segundo a OMS, em países desenvolvidos a pessoa é considerada idosa ao completar 65 anos e em países em desenvolvimento aos 60 anos (WHO, 2005, WHO, 2007).

Entendendo que existem condições atuais que levam a longevidade das populações, como avanços tecnológicos na saúde, nos meios de comunicação e acesso a informação, no mercado de trabalho e nas mudanças das estruturas familiares, e, entendendo também que as pessoas envelhecem criando relações com estes fatores o tempo todo em suas vidas. Busquei na literatura conceitos de velhice que me contextualizaram frente aos diferentes aspectos abordados na fase da velhice. Assim, discorro em seguida conceitos como velhice normal, ótima, patológica, bem-sucedida e produtiva.

Ao estudar a velhice, identifiquei na literatura que certos autores e pesquisadores propõem padrões para categorizar a velhice. Tais padrões, os quais se tornam importantes em estudos gerontológicos, são estabelecidos para que se possa analisar e comparar diferentes condições de envelhecimento das populações ou até mesmo de uma determinada pessoa. Assim, é possível classificar a velhice de uma pessoa ou mesmo de uma população por meio de conceitos padronizados.

Os padrões da velhice estão relacionados as mudanças que são típicas do envelhecimento, que se constituem em processos normais de mudança do organismo humano a medida que o tempo vai passando, ou mudanças atípicas ou patológicas geradas por fatores intrínsecos ou extrínsecos ao organismo. Nesta linha de raciocínio destaco que *Velhice Normal* é aquela caracterizada por deficiências e alterações biológicas, psicológicas e sociais típicas da velhice. A *Velhice Ótima* é aquela em que se tem um funcionamento do organismo como uma pessoa mais jovem, e a *Velhice Patológica* é aquela em que se vive situações normais de envelhecimento biológico, porém acarretado por problemas patológicos que podem agravar situações preexistentes (BALTES; BALTES, 1990; NERI; DEBERT, 1999).

Pude observar que estes conceitos e padrões, no entendimento da velhice, servem de fundamentação para que outros conceitos aflorem e sejam importantes para o entendimento de sentidos do processo saúde-doença das populações. Desta maneira trago dois conceitos a *Velhice Produtiva* e a *Velhice Bem Sucedida*.

Viver uma fase de velhice bem sucedida segundo Neri e Debert (1999), é um processo que está associado a três contextos. Em primeiro lugar os autores destacam a idéia de que o idoso

necessita de uma realização potencial individual para alcançar um grau de bem-estar físico, social e psicológico avaliado e percebido positivamente por ele próprio e pelo seu grupo. Os parâmetros para esta auto-avaliação são provenientes de julgamentos relacionados ao potencial das pessoas de desempenharem suas atividades. Um segundo aspecto analisado é a presença de um desempenho/funcionamento do idoso parecido com populações mais jovens. Neri e Debert (1999), querem dizer que este segundo aspecto que caracteriza e conceitua uma velhice bem sucedida refere-se ao conjunto de práticas médicas, cirúrgicas, cosméticas, físicas, sociais e educacionais, que, quando acessíveis ao idoso, destinam-se a torná-los parte integrante de uma sociedade de pessoas mais jovens. A terceira idéia que embasa o conceito de velhice bem sucedida está associada a utilização de mecanismos de compensação e otimização de atividades físicas e psíquicas para superação de dificuldades provenientes de uma velhice normal ou patológica. Desta maneira a realização de exercícios físicos e treinamento da memória são alguns exemplos de atividades necessárias para se ter uma velhice bem sucedida (BALTES; BALTES, 1990; NERI; DEBERT, 1999).

Viver uma velhice bem sucedida é viver esta fase da vida com um potencial de desenvolvimento para manutenção de condições individuais de saúde, estilo de vida e educação (acesso a informação), com flexibilidade física e comportamental para que se tenha a capacidade de se ajustar fisicamente, crescer, aprender e inovar dentro das limitações normais desta fase (STAUDINGER; MARSKE; BALTES, 1993). Assim, é interessante destacar os dizeres:

O elemento essencial do conceito de velhice bem sucedida não é a preservação de níveis de desempenho parecidos com os de indivíduos mais jovens, mas a idéia de que o requisito fundamental para uma boa velhice é a preservação do potencial para o desenvolvimento do indivíduo (NERI; DEBERT, 1999, p. 121).

Dentro desta mesma busca para conceituar a velhice Banhato et al (2009) e Okuma (2002) mostram que a autonomia, a independência e o envolvimento ativo com a vida, a família e os amigos, a presença de momentos de lazer, atividade física e o convívio social são fatores que definem uma velhice bem sucedida. Outro aspecto considerável, destacado pelo mesmo autor, é que o equilíbrio existente entre as limitações e as potencialidades do indivíduo é um aspecto também fundamental para a obtenção de uma velhice saudável (OKUMA, 2002).

Paralelo ao conceito de velhice bem sucedida, deparei-me com outro conceito que diretamente relaciona-se ao fato de que a velhice também pode ser uma fase produtiva. A *velhice é produtiva* no sentido de que nesta fase da vida o idoso pode estar envolvido em atividades de trabalho remunerado ou não. Como exemplo, destaco atividades relacionadas ao cuidado dos netos, de outros idosos, da casa, realização de trabalhos voluntários, envolvimento em atividades de lazer que por sua vez refletem uma saúde mental positiva. O engajamento em atividades produtivas é percebido como uma

das mais importantes atividades para a velhice, pois, segundo Lopes (2008), atividades produtivas geram interações significativas entre idosos aprimorando a saúde física e produzindo um senso de ajustamento, um bem-estar subjetivo, aquisição de novas habilidades e socialização.

Moreira Júnior (2001), destaca que a construção de uma velhice produtiva refere-se a possibilidade do exercício de funções produtivas para a própria pessoa trazendo satisfação, melhoria da capacidade funcional e de saúde.

O conceito de *Velhice Bem-Sucedida* e *Velhice Produtiva*, refletem a necessidade de se buscar opções para não associar a velhice a uma fase somente relacionada à improdutividade, inatividade e isolamento social (NERI; DEBERT, 1999). Segundo os mesmos autores este conceito engloba significados associados às várias atividades da atividade humana, ou seja, isso vai além da produtividade econômica. A *Velhice Produtiva* abrange a possibilidade de viver a velhice com a possibilidade de exercer papéis e funções sociais realizando-se trabalhos não remunerados, atividades de lazer como a prática de esportes, atividades de consumo como a busca por educação, por turismo e etc. Entendo a velhice produtiva como a velhice em que o idoso desempenha um papel de consumidor na sociedade em que vive, consumidor este de bens duráveis e não duráveis.

Posso dizer que, o surgimento de novos conceitos que envolvem as populações idosas está associado a uma transformação lenta e gradual de inversão de valores que vivemos nas sociedades da atualidade. Destaco este fato para mostrar que o sentido da velhice está associada a um idoso repleto de declínio psicológico e físico e que requer a aposentadoria para descanso e vida calma regrada a solidão e isolamento social, lentamente, vem mudando de perspectiva. Na atualidade o sentido da velhice começa a associar-se a idéia de velhice como fase para realizações pessoais de lazer e cultivo de relações afetivas dentro e fora do núcleo familiar (SILVA, 2008).

A idéia de velhice como fase de realizações pessoais é uma realidade incipiente. Tenho em mente, também, que a velhice é uma fase da vida onde valores, conceitos, atitudes e práticas foram construídas por meio das diversas relações dos idosos com o mundo social nas fases anteriores da vida. Encontrei na literatura certos dizeres que considero pertinente elucidar neste momento, visto que me orientam também para a construção do que eu penso sobre a velhice. Os dizeres os quais me refiro são:

[...] Na velhice o ser humano fica mais sujeito a perdas evolutivas em vários domínios, em virtude de sua programação genética, dos eventos biológicos, psicológicos e sociais característicos de sua história individual e de eventos que ocorrem ao longo do curso da história de cada sociedade. No entanto dizer que na velhice ocorrem mais perdas do que ganhos não significa dizer que velhice é sinônimo de doença e nem que as pessoas ficam impedidas de funcionar (NERI; DEBERT, 1999, p. 122).

Para finalizar este sub-capítulo, acho interessante destacar que a literatura mostra também a existência de um discurso naturalista e científico em relação à velhice. Segundo Maffioletti (2005) este discurso posiciona a velhice como verdade absoluta, e levanta a hipótese de que a maioria dos fenômenos biológicos, psicológicos e sociais, os quais se alteram com a idade, são de natureza evolutiva, regulares do tempo e lugar e desta maneira permitem classificar a velhice como verdade universal. Sob a ótica de outros autores, esta verdade precisa ser encarada como uma fase de realizações pessoais por meio da exploração de novos projetos de vida que não foram realizados em fases anteriores à velhice (DOURADO; LEINBING 2002; SILVA 2008)

4.3.3 A saúde bucal dos idosos brasileiros

Frente ao que abordei até o momento, tendo como eixo norteador os discursos sobre APS, os discursos sobre envelhecimento e saúde bucal na velhice, venho discorrer sobre o que existe na literatura mais recente em relação à saúde bucal de idosos brasileiros. Acredito que olhando para o quê a literatura científica traz sobre o assunto, ou mesmo algo próximo do que objetivo com esta pesquisa, poderei formar um cenário sobre a produção de conhecimento relativo a saúde bucal de idosos em nível coletivo e desta forma guiar meu raciocínio para poder argumentar, discutir e tornar esta pesquisa inteligível na construção de sentidos para a saúde bucal.

Para entender os discursos presentes na literatura, dentro da temática que envolve a construção de sentidos sobre saúde bucal, pontuei aspectos que me permitiram construir, na condição de interlocutor, relações entre os vários conhecimentos produzidos e divulgados por meio de estudos encontrados na literatura. Estas relações foram subsídios que tiveram como efeito a construção de suportes teóricos.

Identifiquei estudos com enfoque em aspectos epidemiológicos associados as condições da saúde bucal, estudos que buscaram o significado da saúde bucal na visão do idoso, estudos envolvendo práticas de cuidado, percepção do idoso frente sua saúde bucal, e relações com os serviços de saúde. Estes estudos refletem a condição da saúde bucal dos idosos e foram de fundamental importância para construir, com os idosos, o sentido da saúde bucal.

No contexto mundial, existe uma preocupação com a saúde bucal na velhice, pois a mesma está diretamente ligada a qualidade de vida do idoso. Entendo que a determinação desta qualidade é fundamentalmente marcada pelas condições de vida, políticas públicas da área da saúde, bem como ações intersetoriais. Segundo a OMS, a saúde bucal de pessoas idosas é ruim de uma maneira

globalizada, e, assim é preconizado que programas de saúde pública incorporem a saúde bucal das populações e em especial as pessoas idosas. Destaco que na atualidade o desafio é fortalecer e estruturar a APS nos países em desenvolvimento (WHO, 2005). Além deste aspecto Harford (2009), afirmou que estamos em pleno processo de transição epidemiológica na saúde bucal visto a uma queda no número de edentulismo e de perdas dentárias.

Neste momento, me pergunto: por onde iniciar a busca pelo que a literatura nacional mostra sobre saúde bucal na velhice?

Resolvi buscar um entendimento inicial de como o idoso vê sua própria saúde de uma maneira geral. Identifiquei que a saúde pode ser definida de diferentes maneiras e para uma pessoa idosa, Santos (2001, p. 132) mostra que:

[...] O idoso vê sua própria saúde como uma condição de “sentir-se bem”. Isto significa para eles, mobilidade, autonomia, equilíbrio emocional, alegria por serem capazes de aprender, passear e viajar. É uma desobrigação com o tempo, este tempo que eles não sentiram passar e nem cronometraram, por essa razão se assustam quando param e se dão conta que ele foi passando.

Caminhando mais um pouco percebi que para se estabelecer uma relação entre saúde bucal e idoso devo observar o olhar do idoso sobre sua própria saúde. Este aspecto remete a observação de inúmeras situações que abrangem condições afetivas, sociais e físicas (motoras), bem como o significado que a saúde tem para esta pessoa. Segundo Santos (2001), a vida dos idosos em sociedade está associada ao bom funcionamento do cérebro, a autonomia e ao desempenho das atividades da vida cotidiana, e tais fatos associam-se ao próprio olhar sobre a saúde. Segundo o mesmo autor, existe o aspecto cultural o qual o idoso faz parte, e as relações sociais que são estabelecidas de acordo com a maneira que vive, de certa forma acabam por influenciar o olhar do idoso sobre sua própria saúde (SANTOS, 2001). Ressalto também que situações familiares e emocionais, vividas ao longo da vida, proporcionam os mais variados contextos na construção do conceito de saúde. Em uma óptica mais direcionada à saúde bucal, Ferreira et al (2006), destacam que é necessário identificar a maneira como os sujeitos sociais explicam e elaboram os acontecimentos vividos na saúde para definir saúde bucal.

O estado de saúde de um indivíduo constitui-se numa complexa inter-relação entre condições psicológicas e fisiológicas delimitando assim os elementos objetivos e subjetivos da saúde e da doença (BRITO, 1997). Seguindo este pensamento, retomo aqui Santos (2001, p. 40), que diz:

A maneira como um indivíduo acredita que seja a sua saúde é uma variável existente entre o estado objetivo da mesma e a aceitação ou rejeição subjetiva de sua condição de pessoa doente. Isso quer dizer que a interpretação que a pessoa faz de suas experiências de saúde ou estado precário da mesma, no contexto de sua vida diária, se baseia nas informações e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais.

Ao trazer Ferrari (1999), entendo também que para o idoso a saúde significa um instrumento para continuação da sua vida. Possuir saúde é sentir-se bem e ter capacidade de desempenhar suas atividades adequadamente.

Na atualidade ao abordar a relação saúde geral e saúde bucal tendo como sujeito a pessoa idosa, observei que nesta relação a saúde bucal vem em segundo plano ou seja as práticas de cuidado com a saúde bucal não são hegemônicas na população idosa. Em outras palavras o poder que a saúde bucal exerce sobre o idoso hierarquicamente pode ser inferior a saúde geral. Neste contexto, destaco que culturalmente algumas situações ainda são encaradas como “aceitáveis” dentro do envelhecimento, como a perda dentária, o uso de próteses mal-adaptadas e o mau hálito dentre outros. Para exemplificar trago Ekanayake e Perera (2003), que observaram, em seu estudo sobre a saúde bucal na velhice, que pessoas desdentadas consideraram a perda dentária um processo normal do envelhecimento, porém inúmeros fatores vêm contribuindo para que esta situação lentamente mude. Tais fatores são as novas técnicas de reabilitação protética, melhoria no acesso e acolhimento em serviços públicos de saúde, bem como a valorização da promoção de saúde, onde o empoderamento, traduzido como uma autonomia positiva que incrementa o poder das comunidades na posse e no controle de seus próprios esforços e destino, proporciona uma adequada atenção e cuidado com a saúde (OPAS, 2007; TEIXEIRA, 2005).

De acordo com estudo de Reis e Marcelo (2006), o significado da saúde bucal para o idoso, está associado a vários fatores de diferentes abordagens, visto que, para alguns, a autopercepção quanto à este tema está voltada a presença de dores na cavidade bucal bem como a falta de dentes naturais que dificultam a mastigação. Para outros a saúde bucal está associada ao fato de consultar o cirurgião dentista e também de se preocupar com a estética pois a preocupação com a aparência do corpo é um fator relevante nas relações humanas. Para Gift, Atchison e Drury (1998), o fato dos idosos procurarem o dentista, enriquece o conceito e o olhar que os mesmos têm sobre sua própria saúde bucal.

Apesar da dificuldade dos idosos em falar sobre sua saúde bucal, isoladamente, considera-se que o envelhecimento é, em geral, percebido de forma heterogênea e que a saúde bucal na visão do idoso é entendida como associada à saúde geral bem como algo além dos limites biológicos do ser humano (REIS; MARCELO, 2006).

Poucos são os trabalhos encontrados sobre assistência, saúde bucal de idosos no Brasil. Neste mesmo escopo, Silva e Valsecki-Junior (2000), afirmaram que os programas verticais em saúde bucal direcionados a idosos são raros e as poucas pesquisas epidemiológicas existentes mostram uma situação preocupante, pois, sem prioridade nos serviços públicos, os idosos apresentam grande

quantidade de problemas bucais, como dentes extraídos, doenças periodontais, lesões de mucosa bucal e necessidade de próteses. Diante deste fato a saúde pública brasileira vive na atualidade uma readequação das linhas de cuidado em saúde (CAMPOS et al, 2008).

Penso ser relevante destacar que o acesso à assistência e ao cuidado com a saúde bucal são fundamentais para a construção de sentidos sobre a saúde bucal, pois estes aspectos refletem relações vividas com serviços de saúde, com profissionais da saúde bucal, com informação em saúde e com práticas de cuidado que irão nortear uma concepção sobre saúde bucal. Desta forma discorro sobre assistência a saúde bucal da pessoa idosa no contexto nacional.

Pucca Júnior (2006) abordou o fato de que o envelhecimento populacional geraria uma forte demanda de cuidados específicos. Neste contexto o referido autor trouxe à tona certos indicadores de uso e necessidade de prótese que se mostraram semelhantes aos dias atuais (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2004e). Assim, propostas foram sugeridas frente a reabilitação protética total desta população para melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Na cidade de Araçatuba/SP estudo descritivo com uma população de idosos teve como objetivo conhecer o estado de saúde bucal dos idosos da cidade e com isso contribuir para o desenvolvimento de programas direcionados a essa população e para melhoria da atenção a essa faixa etária no Brasil. Entrevistando uma amostra de 537 idosos usuários de serviço público de saúde, os autores observaram que 65% dos idosos estudados eram edêntulos e 76% usavam prótese total superior e inferior o que reflete o fato de que o idoso está à mercê do serviço público e que, por isso, dele deveriam partir iniciativas de mudanças. O grau de instrução também teve impacto na saúde bucal, pois a maior parte dos idosos de Araçatuba é iletrada ou apresenta o ensino fundamental incompleto, o que sugere falta de informação e o não cuidado com a saúde bucal (MONTI et al., 2006).

O mesmo estudo supracitado mostrou que 77% da população estudada era portadora de próteses totais, e 7% alegaram que não necessitam usar mesmo sendo desdentados totais, e que aproximadamente 80% dos entrevistados não possuíam plano de saúde particular e dependiam do serviço público (MONTI et al., 2006).

Na temática acesso a serviços de saúde bucal, Matos et al (2001), observaram que 75,4% da amostra de idosos estudados eram usuários ocasionais de serviços odontológicos e que o uso regular diminuía com o aumento da idade. Escolaridade, restauração como tratamento preferido à extração, acreditar que ir ao cirurgião-dentista evita cárie e doença gengival, renda familiar maior que quatro salários mínimos e não perceber necessidade atual de tratamento odontológico, estavam diretamente associadas ao uso regular de serviços odontológicos. Destaco que apesar de garantias legais, como estudado em tópicos anteriores, e o crescimento de recursos e serviços frente a implementação de

políticas públicas voltadas para os idosos, as ações de saúde bucal ainda são incipientes para se transformar uma realidade epidemiológica (MELLO; ERDMANN; CAETANO, 2008)

Ramos e Lima (2003), observaram em seu estudo a dificuldade de acesso à consulta odontológica. Este tema foi uma das queixas levantadas por alguns entrevistados e seu estudo qualitativo abordando acesso e acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS. Como relato dos entrevistados a queixa mais prevalente foi a necessidade de permanecerem em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento.

A queixa de pessoas referente a falta dos Cirurgiões Dentistas foi destacada por Assis, Villa e Nascimento (2003), que observaram a temática acesso ao serviço de saúde bucal por idosos. Neste mesmo estudo, foi observado oferta de serviços focalizados e seletivos, tecnologicamente atrasados e dirigidos ao usuário de baixa renda. Em conclusão os autores observaram que há uma forma de segmentação dos usuários, o que confronta com a premissa da universalidade da assistência do SUS.

Barros e Bertoldi (2002), buscando analisar as desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos, com base na PNAD/98, mostraram que 19,0% dos brasileiros declararam nunca terem consultado um cirurgião-dentista, 69,0% dos atendimentos ocorreram em serviços particulares, com 47,0% destes envolvendo pagamento pelo cliente. Constataram que o principal motivo de não-atendimento pelo serviço público foi a falta de vaga (43,3%) pela demanda excessiva.

O serviço público de saúde bucal para o idoso precisa proporcionar um auxílio psicológico bem como adequado acesso ao serviço de saúde, e, neste contexto um dos programas de saúde da OMS é o programa de promoção da atenção primária de cuidados com saúde bucal (PETERSEN, ESTUPINAN-DAY, NDIAYE, 2005).

Olhando por uma vertente mais quantitativa me chamou a atenção o estudo de Lima-Costa et al (2003), pois os mesmos mostraram o grande número de estudos referentes ao acesso dos usuários ao serviço de saúde pública brasileiro e que o acesso aos serviços de saúde na visão dos idosos é muito escasso. Neste mesmo contexto Bós e Bós (2004), observaram que, no Brasil, 56,0% dos idosos utilizam a rede pública de serviços de saúde e que mulheres idosas têm 15,0% mais chances de usar a rede privada que os homens idosos, aumentando as chances com o aumento da idade, da escolaridade, da renda individual e familiar.

Além da falta e dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal no nível público, o idoso brasileiro sofre com a falta de programa de saúde específicos para esta faixa etária. Segundo Campostrini, Ferreira e Rocha (2007), este descaso também reflete a herança de uma prática odontológica iatrogênica-mutiladora e de valores culturais e comportamentais negativos, tanto dos pacientes quanto dos profissionais.

Encontrei na literatura a associação entre a odontogeriatria, a preocupação com a saúde bucal e o SUS. Segundo Saintrain e Lopes (2003), o SUS traz em suas premissas a equidade, a integralidade e a universalidade e estes conceitos são pontos-chaves para a inclusão das ações de saúde bucal voltadas para a pessoa idosa, visto que a inserção da saúde bucal na agenda para a saúde brasileira em relação à inclusão e à equidade neste contexto acabam gerando melhores condições, de saúde pois a saúde bucal está diretamente ligada a melhores índices de qualidade de vida.

É necessário que os profissionais da saúde tenham o compromisso para com suas atividades de atenção, assistência e uma visão ampliada da saúde, identificando formas operacionais relativas à equidade e acesso da população idosa à atenção à saúde bucal e para isso é necessário uma participação efetiva do governo, das famílias, dos profissionais e da sociedade em geral (SANTRAIN; LOPES, 2003).

Em um discurso epidemiológico a saúde bucal de idosos, no Brasil, pode ser classificada como bastante grave, pois reflete o descaso com que este grupo ainda é socialmente considerado. Neste contexto as extrações em série, a doença cárie bem como a doença periodontal têm tido como consequência o edentulismo que resulta num grande número de indivíduos usando próteses totais e/ou delas necessitando (JITOMIRSKI, 2000; SILVA; SOUZA; WADA, 2004).

Moreira et al (2005), estudaram o perfil da saúde bucal de idosos brasileiros. O referido estudo buscou informações nas bases de dados do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), MedLine, LILACS e BBO, além da biblioteca virtual SciELO. Desta maneira os autores focaram em dois temas: a epidemiologia da saúde bucal e o acesso aos serviços de saúde. Os autores observaram que a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade distante. Apesar dos avanços do SUS, principalmente, com a implantação de ESF, o acesso à atenção à saúde bucal necessita ser ampliado, visto que epidemiologicamente a população idosa brasileira possui uma saúde bucal que necessita de atenção e cuidado.

Em um estudo realizado na cidade de Rio Claro/SP foram avaliadas as condições dos dentes e necessidades de tratamento odontológico em idosos, utilizando como unidade de registro as coroas e raízes hígidas, cariadas, restauradas, com e sem cáries, coroas protéticas ou facetas e/ou implante e outras unidades de registro segundo critérios da OMS. Este estudo preconizou o índice CPO-D para verificar a experiência de cárie. Os autores observaram que o edentulismo foi de 74,25% e a média de dentes presentes de 3,19. O CPO-D foi de 31,09, sendo 92,64% de dentes perdidos e 48,5% de dentes obturados. Com esses resultados os autores sugeriram a elaboração de programas preventivos e educativos para idosos no sistema público de saúde (SILVA; SOUZA; WADA, 2004).

Já na cidade de Salinas das Margaridas/BA, estudo descritivo foi realizado por meio da aplicação de um instrumento universal para o levantamento e avaliação da saúde bucal geriátrica. Este instrumento é o GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), o qual observa o uso de próteses, a condição e necessidade das próteses, lesões de mucosa, condição periodontal, cárie, necessidade de tratamento e condição de urgência. Dos 357 idosos estudados, os autores observaram que apesar de 91,6% dos idosos necessitarem da utilização de prótese, somente 30,9% destes faziam uso da mesma, e que dentre as que eram usadas, apenas 27,6% encontravam-se em boas condições (FLORIANO; COSTA; MOTA, 2004).

Na cidade de Florianópolis/SC, que tem uma população de idosos com média de idade de 71,6 anos, estudo mostrou em relação ao estado geral de saúde que, 70,2% dos idosos consideraram sua saúde como boa ou ótima. Para 65,2% dos idosos, o estado dentário foi considerado bom ou ótimo, 66% deles afirmaram que lhes falta a maioria dos dentes, 75,1% relataram usar algum tipo de prótese dentária (parcial ou total). Estes mesmos idosos relataram possuir problemas bucais comprometendo a mastigação (19,8%), mas, 80,2% diziam já estar acostumados com a situação, pois adaptaram sua dieta por meio de alimentos menos consistentes (BENEDETTI; MELLO; GONÇALVES, 2007).

Na cidade de Goiânia/GO, um estudo realizado com idosos mentalmente capacitados e institucionalizados, teve como objetivo conhecer a condição de saúde bucal destes idosos. Após o levantamento das variáveis cárie, uso e necessidade de prótese, doença periodontal e alterações de tecido mole em 289 idosos acima de 60 anos, os autores observaram que as prevalências de cárie e edentulismo foram 100% e 69,20%, respectivamente. Observaram também que o CPO-D médio foi 30,17. Em relação ao uso de prótese quase a metade da amostra (49,48%) usava e 80,28% necessitavam de alguma prótese, e em relação ao tipo de prótese mais comum foi a total superior (45,33%) e 24,57% prótese total inferior. De acordo com o Índice Periodontal Comunitário (IPC), apenas 3,37% dos idosos apresentaram todos os sextantes sadios (REIS; MARCELO, 2006).

Também analisando idosos institucionalizados, estudo realizado na zona leste da cidade de São Paulo/SP com 293 indivíduos, estratificados segundo a faixa etária (65-74 anos) e sexo, observou doenças mais prevalentes nesta população. Os autores observaram que 96,3% dos idosos haviam perdido todos os dentes, e os dentados apenas 1,8% possuía condição periodontal sadia. Desta maneira os dados apresentados caracterizaram condições clínicas insatisfatórias e alta porcentagem de edentulismo (CARNEIRO et al, 2005).

Outro discurso que destaque estar presente na literatura é o discurso que traz a auto-percepção das pessoas frente a condição da saúde bucal. Acredito na importância de como o idoso percebe sua própria saúde bucal, pois a relação existente entre o que a pessoa percebe sobre sua saúde pôde dizer

quais os valores que estão por detrás desta percepção e desta forma permitir identificar interlocuções entre a autopercepção presentes a literatura e a construção de sentidos sobre saúde bucal.

Observei, também, que estudo realizado na região sul do Brasil, especificamente, na Região da Serra/RS, teve como objetivo compreender a autopercepção das condições de saúde bucal do grupo etário de 65-74 anos. A princípio o estudo revelou que quase a metade dos idosos estava desdentada e classificou sua saúde bucal como boa ou ótima. A dor esteve presente em quase todos os idosos estudados e permaneceu estatisticamente associada à classificação da saúde bucal e mastigação como boa. Fato interessante foi que a escolaridade manteve-se associada com a autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos interpessoais, onde alta escolaridade e boa saúde bucal estiveram associadas à bons relacionamentos. Desta maneira os autores concluíram que a dor e a necessidade de prótese total têm forte relação com as questões de autopercepção em saúde bucal (NUNES, 2005).

Acredito que a qualidade de vida também constitui um fator que está diretamente associado a saúde bucal. Neste contexto o estudo de Biazevic et al (2004), mostra, por meio do instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP) foi possível observar o impacto da condição bucal na qualidade de vida de idosos na cidade de Joaçaba/SC. Os autores observaram que não houve associação entre escolaridade de impacto negativo na qualidade de vida, bem como na autopercepção da condição da saúde bucal. Concluíram também que a necessidade de prótese total, tanto superior quanto inferior, mostrou relação positiva em relação ao impacto na qualidade de vida.

Todos os aspectos que eu analisei até o momento, relativos saúde bucal dos idosos, reforçam a idéia de que a preocupação com a saúde bucal das pessoas ainda está focada em uma vertente quantitativa da produção de conhecimento. Esta situação fica evidente quando me deparei com Bower e Scambler (2007), que mostraram que a pesquisa qualitativa entra na odontologia para tentar responder outras questões que não seriam satisfatoriamente respondidas com inquéritos e variáveis numéricas, a exemplo de questões envolvendo satisfação e preocupação com a saúde bucal.

Ao buscar referências para fundamentar esta pesquisa, observei que são poucos os estudos envolvendo investigações qualitativas com saúde bucal de pessoas idosas. Este fato é perceptível tanto na literatura internacional como nacional. Porém, estes poucos estudos são de extrema sensibilidade e possuem informações profundas no estudo de valores, significados, práticas e cuidado com a saúde bucal nas pessoas idosas.

Para exemplificar o que relatei anteriormente trago alguns estudos recentes presentes na literatura e faço destes um ponto de partida para o entendimento e construção de sentidos para a saúde bucal com os idosos.

Giddings et al (2008), em seu estudo qualitativo sobre cuidados com a saúde bucal mostraram que os idosos traçam uma inter-relação entre saúde bucal e saúde geral, porém a saúde bucal não ocupa um lugar prioritário dentro das práticas de cuidado com a saúde, e os idosos pesquisados não são informados pelos profissionais de saúde sobre a necessidade de manter a boca saudável.

O foco qualitativo nas pesquisas de cunho odontológicas com idosos vem contribuindo para o aprofundamento em questões como qualidade de vida. Hyland et al (2009), mostra que dois aspectos são fundamentais na qualidade de vida dos idosos: a mastigação, que envolve a alimentação, por muitas vezes faz com que os idosos tenham que selecionar os alimentos conforme possíveis dificuldades mastigatória frente ao uso de próteses não suportadas por implantes; e a limitação social, que muitas vezes é causada pelo edentulismo que dificulta as relações interpessoais pelo constrangimento.

Encerro este tópico sobre a saúde bucal da população idosa brasileira, refletindo sobre o discurso político de inclusão do cuidado com a saúde bucal de idosos. Este por sua vez foi objeto de estudo qualitativo de Mello, Erdmann e Caetano (2008), o qual utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados, mostrando que garantias legais, o compromisso profissional, o crescimento dos recursos e a expansão dos serviços de saúde são fundamentais e existem, porém a implementação de políticas públicas que incluam o idoso nas ações de saúde bucal é incipiente para assegurar comprometimento dos governos e transformar a realidade epidemiológica brasileira.

5. DIALOGANDO COM O DISCURSO CONSTRUCIONISTA SOCIAL

O mundo em que vivemos e onde vivenciamos diferentes experiências é repleto de fatos, pessoas, situações e relações que nos fazem criar condições para nos organizar e nos coordenar para que criemos condições de dar sentido ao mundo em que vivemos. Esta coordenação e organização têm como efeito nossa adaptação e a construções de sentidos para nossas vidas cotidianas.

Para Gergen (2007), as descrições que são feitas sobre o mundo são resultados de ações coordenadas entre os homens, e assim cria-se um contexto relacional onde os sentidos construídos ganham inteligibilidade.

Para a construção de sentidos sobre algo, inúmeros são os aspectos que podem ser levados em conta neste processo. O processo de construção de sentidos, pode ser proveniente de um conjunto de aspectos sociais, culturais, de práticas discursivas, de uso da linguagem e emoções que são legitimadas em ações sociais. Nesta postura, colocando-me como pesquisador, construtor e participante ativo deste processo, acredito que os sentidos podem ser construídos por meio da interlocução de vários sujeitos, saberes, linguagens, conhecimentos e discursos.

Quando faço uso do termo práticas discursivas corroboro com Spink (2004), pois estas são práticas utilizadas para entender a produção de sentidos no cotidiano por meio da maneira como as pessoas se posicionam em suas relações sociais. Dito de outra forma uma prática discursiva é a maneira com que nos posicionamos no mundo.

A linguagem é, para a perspectiva construcionista social, o meio pelo qual o mundo é construído e reconstruído em um processo dinâmico. Neste foco, a linguagem é considerada constituinte de uma prática social, de uma atividade compartilhada em dimensões performática. Assim a linguagem também é considerada uma ação que produz algo (MOREIRA JUNIOR, 2001, GERGEN, 2009).

Para Bakhtin (1981, 1999) a linguagem tem um papel central na formação de conceitos sobre o mundo e desta forma ela apresenta-se por meio de uma definição ampliada, pois reflete uma performance, um contexto e uma dialogia nos processos conversacionais. É o princípio dialógico existente na linguagem que permite a construção de sentidos para o mundo, e desta forma uma ênfase relacional marca esta maneira de compreender os sentidos.

O conceito de linguagem que embasa esta pesquisa é o de linguagem em uso, entendendo linguagem como uma prática social que pode levar a construção de relações, formas de vida e de realidade, pois quando as pessoas conversam e interagem entre si elas colocam idéias em enunciados⁵, e as palavras expressam emoções e constroem sentidos (SHOTTER, 1993; BAKHTIN,

⁵ Enunciados, pelo olhar do Construcionismo Social, são unidades mínimas de significação que se constroem e adquirem sentidos nos diálogos entre interlocutores que se expressam pela linguagem em uso, podendo ser entendidos como unidades passíveis de significação como palavras, sussurros e etc. Bakhtin, M. *The dialogic imagination: four essays*. Austin: University of Texas Press, 1981. 444p.

1981). Para Bakhtin (1999), a linguagem em uso e a dialogia são conceitos que estão presentes e são permanentes nas relações humanas.

Penso na linguagem como foco fundamental da perspectiva construcionista, tanto no sentido da linguagem retórica para narrar determinado processo (conteúdo), como na linguagem que aplicamos e fazemos uso em nossa vida cotidiana, por meio dos quais negociações e construções acontecem. Desta forma corroboro com Rasera (1999), destacando que linguagem e processos sociais, como negociação, comunicação, conflito e consenso, são resultado da coordenação conjunta da ação humana e desta forma os significados das palavras são decorrentes de seu uso social.

McNamee (2004), deixa claro a idéia de que a construção de sentidos e significados sobre algo é entendida como o resultado de ações conjuntas entre as pessoas.

De certa maneira, acredito que ao optar por estudar os sentidos da saúde bucal construídos com pessoas idosas, entendo que eu, na condição de pesquisador e cirurgião dentista, irei ajudar e participar de certa forma na construção deste sentido. Assim, motivado com o objeto desta investigação, direcionei a pesquisa para uma abordagem qualitativa, visto que me encontro também na condição de instrumento da pesquisa (FLICK, 2004; BURR, 2003; IÑIGUEZ, 2004).

Para Rocha e Deusdará (2005, p. 316):

É precisamente o entendimento de que o pesquisador, em um dado campo de análise, é co-construtor dos sentidos produzidos que se alteram o lugar em que ele se situa e sua postura de interlocutor em uma determinada situação de pesquisa..

Portanto, ressalto que não proponho adotar uma perspectiva cognitivista, valorizando as diferenças individuais de como as pessoas percebem o mundo real, mas sim uma perspectiva compreensivista para co-construir os sentidos para a saúde bucal.

Quando falo em mundo real direciono-me a uma realidade social, sendo que a concepção de realidade depende das comunicações entre as pessoas. Gergen (2009), mostra que existe na construção de sentidos uma negociação da realidade e esta negociação da realidade depende da comunicação com o outro. Em outras palavras este autor, construcionista, mostra que juntas as pessoas coordenam suas ações e determinam se determinado assunto é importante, é interessante, é útil e assim por diante, e desta maneira, desenvolvem uma ação sobre esta realidade negociada (GERGEN; GERGEN, 1986). Quando discutimos e conversamos sobre algo estamos negociando uma realidade que determinam emoções que vivenciamos. Neste contexto, estas emoções são essencialmente performances sociais, que este mesmo autor as nomeia de ações sociais (GERGEN; GERGEN, 1986, GERGEN, 2009).

É difícil construir um sentido sobre algo baseando-me apenas nos conteúdos dos discursos e deixar de observar as relações dialógicas e os contextos vividos para a construção dos mesmos. O quê

quero dizer é que, eu, pesquisador instrumento de interlocução, o idoso, possuidor de um discurso e os discursos teóricos, por meio de uma aproximação dialógica tentaremos construir sentidos para a saúde bucal. Para isso acredito nos processos sociais para a construção de um sentido sobre algo e identifico-me com o discurso trazido pelo Construcionismo Social.

Mas o que é o Construcionismo Social?

Entendo, com a ajuda de autores construcionistas, o Construcionismo Social como uma perspectiva para olharmos o mundo, e, construir conhecimento. Esta perspectiva traz consigo conhecimentos provenientes de um conjunto de disciplinas, como sociologia, história, psicologia, antropologia dentre outras (GERGEN, 1997).

O Construcionismo Social é uma maneira de produzir conhecimento, e enquadra o processo epistemológico como algo que as pessoas fazem juntas por meio de suas práticas sociais (BURR, 2003).

Autores como Rasera e Japur (2001), destacam, nesta linha de entendimento, que o Construcionismo Social pode ser entendido como uma atual vertente epistemológica que sustenta a prática da pesquisa qualitativa na produção de conhecimento e que tem uma visão não-empiricista do funcionamento da ciência, bem como de suas formas de investigação.

Autores como Gergen (2009) e Burr (2003), referem-se ao Construcionismo Social como discurso construcionista social, e destacam que o mesmo surgiu em um cenário de mudanças paradigmáticas entre modernismo e pós-modernismo com início na década de 60, e suas idéias emergiram de um processo dialógico (GERGEN, 2009). No discurso construcionista social o significado que o mundo tem é diferente de acordo com as relações que o constroem, e esta diferença está enraizada nas nossas relações sociais (GERGEN, 1997; GERGEN, 2009).

Penso que por meio das linguagens que refletem as relações que temos com outras pessoas e com o mundo a nossa volta é que vamos identificar o que é saúde bucal.

Para Gergen (2009), estas relações existem a partir do momento que nós conversamos, que nós ouvimos, que nós elaboramos perguntas e pontuamos alternativas.

O momento de pós-modernidade, onde situo esta pesquisa, faz do cidadão senhor de suas escolhas, com um infinito leque de possibilidades que lhe permite optar em um contexto social. Segundo Nascimento (2006), os indivíduos misturam-se e interagem uns com os outros, orientando-se, simbólica e subjetivamente, buscando a sobrevivência e adaptação em tempos de mudanças rápidas, confrontação de valores e paradigmas e transformações de sentidos de “ser” e de “estar” junto socialmente.

Neste contexto destaco que:

[...] o sujeito pós-moderno, contextualizado como não tendo uma identidade fixa, essencial ou permanente [...] é uma “celebração móvel”: formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam. (HALL, 2005, p 13).

Se a pessoa (da infância à idade adulta) em tempos pós-modernos tem que aprender a se situar no contexto atual para poder estabelecer relações, estudar, escolher profissão, trabalhar, comunicar-se, conviver com a diversidade, desenvolver vínculos, para sobreviver e participar do mundo, acreditamos que valores e crenças próprias (conjecturas pessoais) deverão igualmente participar da construção dessas ações e interações. Isso quer dizer que essas pessoas em crescimento e desenvolvimento com o mundo que lhes cerca, deverão assimilar, significar e simbolizar suas experiências com esse mundo, como sujeitos ativos, para equacionar a fórmula pessoal de resolução da formação de sua identidade diante de um mundo plural, diverso e impermanente, mesmo que provisoriamente. Significar o mundo para ser alguém e ocupar um lugar nele. (NASCIMENTO, 2006 p. 5)

Para McNamee (2004), as pesquisas orientadas pela perspectiva construcionista social abrem possibilidades para novas reflexões no campo científico e insere-se, portanto, no grupo de estudos ditos pós-modernos. Segundo esta mesma autora, no pós-modernismo o processo para a construção dos sentidos são focados na linguagem e na interação dialógica entre as pessoas (MCNAMEE; GERGEN, 1998). Desta maneira existe um entrelaçamento entre realidade e discurso que se mostra como realidades conversacionais construídas pelas pessoas e práticas discursivas construídas histórica, social e culturalmente. É a relação entre realidade e discurso que organizam e legitimam as práticas e ações sociais (MCNAMEE, 2004; GERGEN, 1997).

O que move o Construcionismo Social é a necessidade de atingir um conhecimento que relacione uma identidade pessoal dentro de um contexto de práticas culturais. Neste aspecto entendo, corroborando com Gergen (1997), que um conhecimento é construído a partir de relações que acontecem em um mundo social onde as construções são relativas aos contextos sociais da vida humana. Além disso, epistemologicamente, Spink (2004), pontua que a pesquisa científica é compreendida como um empreendimento coletivo, cultural, de contextos onde as pessoas, como sujeitos sociais constroem suas práticas que compreendem e os fazem lidar com situações e fenômenos a sua volta e desta maneira esta é uma prática construcionista de conhecer o mundo.

Confortando-me em Hosking e McNamee (2010), entendo que Construcionismo Social não deve necessariamente ser aceito como verdade, mas sim como uma maneira de construir um entendimento sobre o mundo, pessoas e fenômenos, e, o Construcionismo Social deve, também, ser entendido como um discurso das ciências humanas que pode oferecer uma orientação sobre processos relacionais, incluindo a pesquisa científica e a área da saúde.

Iñiguez (2004), defende que uma pesquisa para ser considerada construcionista deve possuir algumas características, mesmo acreditando que nenhum trabalho reúna todas. A primeira é que deve questionar as “verdades que aceitamos” e a forma pela qual nos ensinaram a olhar para nós mesmos. A segunda é que o conhecimento tem uma história e uma cultura específica e particular. A terceira é que o conhecimento sempre é resultado de uma construção coletiva. Por último, este conhecimento é inseparável da ação social que na visão de Gergen e Gergen (1986) é a emoção.

Retomando a busca pelo entendimento do Construcionismo Social, visto que destaquei anteriormente que a pesquisa construcionista social tem suas particularidades, entendo fundamentado em diversos autores que compartilham do mesmo conhecimento, que esta perspectiva abrange um conjunto de contribuições teóricas, no escopo das ciências humanas, que foca no processo de construção da realidade partindo de significações definidas social e historicamente (GERGEN; GERGEN, 1986, GERGEN, 1997; GRANDESSO, 2000; GUANAES; JAPUR, 2003; RASERA; JAPUR, 2007; SPINK, 2004).

Para Gergen (1997, p. 5) o Construcionismo Social parte do princípio de que:

[...] sem acreditar que os indivíduos podem refletir o mundo que os rodeia, é difícil ver quais valores derivam de decisões individuais nas áreas da moralidade, política, economia, vida em família e assim por diante. Se o conhecimento não parte de uma construção individual, então nesse domínio as escolhas individuais devem ser pouco confiáveis.

É tendo como ponto de partida a valorização dos discursos e conhecimentos das pessoas que se constrói um conhecimento coletivo. Para Gergen (1997), não é só a dimensão da linguagem nem uma ideologia bem delineada de uma única história, mas é um processo social que aponta nossas concepções sobre o que é verdade e o que é bom. Esses aspectos são fundamentados em pressupostos teóricos que embasam o Construcionismo Social. Observei que Gergen e Gergen (1986) e Gergen (1985, 1997), destacaram que estes pressupostos refletem algumas frentes de pensamento. Dentre estas tem-se: posicionamento frente ao fato de que o conhecimento concebido não é uma verdade absoluta; a compreensão do mundo acontece por meios (artefatos) construídos nas relações entre as pessoas e delimitados histórica, social e culturalmente; o significado da linguagem é atribuído segundo seu uso social e no seu funcionamento dentro das relações que são estabelecidas com outras pessoas e objetos; avaliar as formas existentes de discurso é avaliar os padrões de vida cultural, sendo que tais avaliações dão voz a outros discursos culturais; e finalmente a idéia de que as descrições do mundo são fundamentadas pelas diversidades dos processos sociais.

Para dar sequência ao processo de construção do conhecimento proposto na presente pesquisa, atentei-me ao fato de que, para trabalhar com a perspectiva adotada, segundo Gergen, (1997), devo ter em mente também que descrições e explicações para fatos do mundo não estão

presentes apenas nas palavras nem nas propensões genéticas de cada indivíduo e sim nas ações coordenadas das pessoas e nas práticas sociais historicamente situadas. Segundo mesmo autor as palavras apropriam-se de seus significados somente dentro de um contexto de relações que estão acontecendo, assim as falas significam algo sempre dentro de relações em andamento (*ongoing relationships*) (GERGEN, 2009).

A principal questão para se entender a busca por discursos hegemônicos nos discursos das pessoas, é saber como eles funcionam, em quais “rituais” são indispensáveis, quais ações são facilitadas e quais dificultadas, e quem é prejudicado ou favorecido por este discurso. Além disso, amostras das linguagens presentes nos discursos são consideradas padrões de relacionamento e são consequências dos modos de vida das pessoas (GERGEN, 1997).

Ao transitar pelo processo de construção do conhecimento objetivado nesta pesquisa, busquei confortar-me em autores que comungam da mesma perspectiva e assim trazer, a este cenário epistemológico, discursos teóricos para fundamentar a construção de um conhecimento embasado na perspectiva construcionista social, o qual guia toda a retórica desta produção.

Na ótica do construcionismo social uma teoria não é uma “tecnologia para prever”, ou seja, uma teoria não é um instrumento utilizado para prever acontecimentos e/ou práticas sociais. Dentro das Ciências Sociais, uma teoria é desenvolvida para que a ela seja atribuída uma aplicabilidade na elucidação de conhecimentos como processos úteis nas várias práticas sociais (GERGEN, 2009). Nesta ótica uma teoria não é um conhecimento, ela permite a construção de conhecimentos (MORIN, 2006), e desta maneira teorias não “representam” a verdade pois são construções sociais provenientes de negociação de sentidos em contextos particulares e constituem um conjunto de ferramentas analíticas críticas e conceituais (MCNAMEE, 2004).

Gergen (1997), propõe que para a construção de sentidos, com os discursos, são necessárias duas condições fundamentais: a identificação do pesquisador com um dispositivo teórico para percorrer e desenvolver uma análise de discurso; e a identificação com algum processo ligado ao campo de análise, o qual este autor chama de dispositivo analítico de interpretação.

Conversando com outros autores, por meio dos discursos encontrados na literatura sobre a perspectiva construcionista, observei que segundo Rasera e Japur (2005), o construcionismo situa-se como uma forma específica para o desenvolvimento de um novo arcabouço teórico baseado na concepção não empiricista do funcionamento da ciência e nas formas de produção de conhecimento.

Na condição de profissional da saúde e pesquisador da Saúde Coletiva identifico-me com o Construcionismo Social frente ao pressuposto de que as realidades são negociadas e construídas no ato de se comunicar. Nesta perspectiva dialógica observei que existem bases teóricas que possibilitam

o pensamento para construir significado. Estas bases teóricas, propostas por autores construcionistas, são fundamentais na estruturação de uma maneira de entender o processo de produção de significados e construção de sentidos. Neste ponto identifico-me com tal perspectiva visto que busco construir os sentidos para a saúde bucal. Além disso, na saúde coletiva Camargo-Borges (2007), destacou que a articulação entre o discurso construcionista e o discurso da APS pode contribuir para a construção de um modelo de atenção a saúde mais integral, condizente com a realidade social gerando interlocuções entre usuários e serviço.

Segundo Gergen (1997), em um contexto dialógico os sentidos e significados não se originam exclusivamente de uma mente individual (*private mind*), mas sim de uma história de relacionamento onde significados coordenam as ações humanas, e, além deste aspecto os sentidos existem a partir do momento que alguma ação conjunta acontece.

Gergen (1997), destaca também que os sentidos construídos referem-se às condições relacionais da sociedade em que vivemos, pois o processo de significação não é determinado em um momento imediato de relação entre as pessoas, mas pelo conjunto de relacionamentos que as pessoas participam e participaram em suas vidas.

Observei que McNamee (2006), propõe um convite a entender as explicações do mundo como construções sociais e mostra que a perspectiva construcionista social discursa que: “é por meio de nossa participação em práticas discursivas, social, histórica e culturalmente situadas, que produzimos conjuntamente, descrições da realidade (MCNAMEE, 2006, p. 19)”.

Destaco que as descrições do mundo referem-se às maneiras de construção de uma realidade e neste processo observei que:

A construção da realidade através da utilização de determinadas descrições e explicações se dá a partir das condições sócio-históricas concretas dos sistemas de significação. Assim, estudos sociológicos, antropológicos e históricos mostram como o que vem a ser entendido como, por exemplo, criança, beleza, maternidade, ou envelhecimento varia conforme o tempo e o lugar (MOREIRA JUNIOR, 2001, p. 48).

Desta maneira, ontologicamente, os sentidos do mundo são criados no que fazemos juntos e epistemologicamente o conhecimento emerge e constrói-se nas nossas relações com os outros e com o mundo. O importante não é apenas explicar a natureza do mundo e produzir uma descrição ontológica sobre ele, mas sim compreender como as pessoas coordenam suas ações e relacionamentos e assim constroem os sentidos para o mundo (MCNAMEE, 2006). Para Gergen (1997), os significados sobre o que as coisas são, emergem do contexto das relações e práticas discursivas.

Ao optar pela perspectiva construcionista social olho para a construção de sentidos enfocando o processo conversacional de cada passo percorrido durante a construção da investigação. Corroborando com McNamee (2004), que mostrou que na perspectiva construcionista social devemos pensar que sempre somos participantes de atividades em desenvolvimento e sempre fazemos parte de algum tipo de relação com as outras pessoas.

Finalizo este capítulo, apropriando-me do discurso trazido por McNamee (2004), mostrando que ao construirmos significados, alguns aspectos são centrais na perspectiva construcionista como: a importância do contexto social, histórico e cultural no uso de discursos presentes nos enunciados dos interlocutores; a importância da linguagem performática e responsiva durante as relações dialógicas; o foco na ação conjunta e não individual na construção de sentidos; e finalmente a importância da linguagem em uso no momento interativo como prática social.

6. PERCORRENDO A INVESTIGAÇÃO

6.1 A cidade de Ribeirão Preto

Desenvolvi a pesquisa no município de Ribeirão Preto, o qual foi fundado em 19 de Junho de 1856. Ribeirão Preto localiza-se na região nordeste do estado de São Paulo, a 320 Km da capital do estado e ocupa uma área de 652 Km² quadrados em sua extensão territorial, sendo incluídos mais 174 Km de extensão devido ao distrito de Bonfim Paulista. Ribeirão Preto encontra-se entre os 8 municípios do estado de São Paulo que contêm população superior a 500.000 habitantes (563.107 habitantes) com uma taxa de crescimento de 1,66 habitantes por ano. Em relação a distribuição da população, podemos afirmar que 52% são mulheres e 48% são homens, pessoas com menos de 15 anos correspondem 26,35% da população, pessoas com idade entre 15 a 44 anos correspondem 50,35% e pessoas com mais de 60 anos de idade correspondem 12,17% da população, sendo que estes indicadores refletem o perfil da população do município como ilustrado na Figura 3. Segundo último censo demográfico oficial realizado em 2000, o estado de São Paulo continha 645 municípios e uma população total de 37.032.403 habitantes dentre população rural e urbana (IBGE, 2009, RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Fonte: censo populacional estimada em 2009 - IBGE

Figura 3 - Pirâmide populacional do município de Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto/SP, 2009.

Ribeirão Preto tem uma localização privilegiada, próxima a importantes centros consumidores, e acesso fácil devido a boa infra-estrutura de transportes e comunicação intermunicipal. Dentre suas características possui uma baixa poluição atmosférica e um dos componentes da poluição é proveniente de gases e fuligens da queimada da cana-de-açúcar (RIBEIRÃO PRETO, 1998).

Observei que Ribeirão Preto possui bons indicadores sociais como saúde, educação e saneamento. Estes refletem-se nos indicadores do consolidado da região do NSF III onde a pesquisa foi realizada (ANEXO A). As condições de saneamento são relativamente boas, pois quando a comparo com as outras 7 cidades, com mais de 500.000 habitantes do estado de São Paulo, os indicadores que refletem o saneamento básico são positivamente mais elevados que as outras cidades. Digo também que Ribeirão Preto apresenta nível de abastecimento de água de 99,09% e o nível de atendimento da rede coletora de esgoto é de 98% e sua coleta de lixo é de 97,15% nas áreas urbanizadas. Além destes aspectos, Ribeirão Preto apresenta um elevado padrão de vida refletido em seus indicadores de renda, consumo e longevidade (IDHM-Longevidade 0,823; IDHM-Renda 0,832; IDHM- educação 0,918), e expectativa de vida de 74,4 anos de vida (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Em um contexto epidemiológico Ribeirão Preto tem o perfil semelhante ao perfil nacional com quatro causas de morte principais: doença do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. A região tem sido destacada em contexto nacional devido a sua alta incidência de AIDS (transmissão heterossexual e uso de drogas injetáveis). A dengue representa, dentre as doenças transmitidas por vetores, o maior risco de epidemias, o que por sua vez reflete o fundamental trabalho feito com a eliminação de criadouros do mosquito (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Em relação a saúde, ressalto que Ribeirão Preto possui uma ampla rede de serviços de saúde de natureza privada, filantrópica e pública em nível municipal e estadual. Este aspecto leva, até a população, serviços em nível de atenção primária, secundária e terciária e torna o município sede do Departamento Regional de Saúde XIII (DRSXIII) da Secretaria de Estado de Saúde, que abrange 25 municípios da região e desde Maio de 1998 está qualificado como Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Ribeirão Preto conta com 14 hospitais, sendo seis hospitais conveniados ao SUS e oito hospitais não conveniados. Do total de leitos hospitalares do município, 70,96% estão disponibilizados para o SUS e o atendimento público de saúde é composto por uma complexa infra-estrutura de atendimento em diversos níveis.

Ribeirão Preto conta com um Serviço de Atendimento Médico de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde (SAMU) com um atendimento eficaz e efetivo a todo tipo de urgência o que por sua vez contribui para a diminuição da mortalidade por essas causas e por sequelas delas decorrentes. Além deste serviço emergencial, a rede municipal de saúde é composta por: 7 Unidades Básicas e Distritais de saúde (UBDS), 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 8 Unidades de Saúde da família (USF), 5 Núcleos de Saúde da Família (NFS), um dos quais realizei a presente pesquisa, 1 Ambulatório Regional de Especialidades, 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, 2 centros de

Referencias de Moléstias Infecto Contagiosas, 1 Núcleo de Atendimento a Pessoa Deficiente (NADEF), 1 Centro de Referência em saúde do Trabalhador, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-ad) e três ambulatorios de saúde mental (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Especificamente para a realização desta pesquisa destaco que a mesma foi realizada em um Núcleo de Saúde da Família, o qual faz parte do distrito oeste (ANEXO B), que por sua vez compõe um dos 5 distritos que formam o mapa de atenção à saúde no município de Ribeirão Preto/SP.

6.2 A população do estudo

Compuseram a população do estudo idosos com 60 anos ou mais de idade, cadastrados no NSF III. Incluí, no estudo, idosos conscientes e orientados no tempo e espaço, funcionalmente independentes e com suas atividades da vida cotidiana preservadas. Estes idosos que compuseram a população são residentes da área de abrangência do referido núcleo, e que aceitaram participar de pesquisa por livre vontade. Na população de estudo, optei por incluir aqueles idosos que eram cadastrados no NSF III porém não faziam acompanhamento em saúde bucal no referido núcleo.

6.3 A comunidade cenário do estudo

Como relatado, na apresentação do presente trabalho, realizei a pesquisa com um grupo de idosos pertencentes a área de adscrição do Núcleo de Saúde da Família III na cidade de Ribeirão Preto. Desta população selecionei um grupo (amostra intencional), o qual será descrita em um subitem específico. Este grupo de pessoas colaboradoras do estudo constituem membros de uma comunidade.

Parto da idéia de que uma comunidade é um conjunto de pessoas que se organizam e coordenam suas ações sob o mesmo conjunto de normas, geralmente vivem no mesmo local, sob o mesmo governo ou compartilham do mesmo legado cultural e histórico. Estudantes que vivem no mesmo dormitório podem formar uma comunidade, assim como as pessoas que vivem no mesmo bairro, aldeia ou cidade (CAMPOS et al, 2007).

Segundo Campos et al (2007), ao trabalharmos com pessoas que vivem em comunidade, trabalhamos essencialmente com linguagem, compreensões e relações grupais, ou seja, trabalhamos em condições fundamentadas em vínculo entre indivíduo e a sociedade, bem como com emoções e

afetos próprios da subjetividade, as quais refletem atividades e identidades de indivíduos compartilhando valores semelhantes dentro da comunidade em que vivem (CAMPOS et al, 2007).

O conceito de comunidade vem de um contexto, onde, a integração de indivíduos e/ou grupos de indivíduos deve-se ao compartilhamento e transformação de atitudes legitimados em práticas psicossociais. Desta maneira, comunidade é entendida como um movimento de recriação permanente da existência social e coletiva associada à um fluído de experiências sociais vividas que refletem, por sua vez, uma realidade partilhada subjetivamente (CAMPOS et al, 2007).

Esta comunidade, a qual me refiro nesta pesquisa, é composta de pessoas moradoras de um mesmo bairro e cadastradas em um serviço público de saúde que representa a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. É uma comunidade de moradores de uma específica área do bairro Sumarezinho em Ribeirão Preto, e que são cadastrados no Núcleo de Saúde da Família III (ANEXO C). Por meio de um resgate histórico do referido bairro, observei que o mesmo se originou em uma área rural dos arredores do centro de Ribeirão Preto e foi, inicialmente, povoado por imigrantes europeus, dentre eles italianos, espanhóis e portugueses (CIONE, 1995). No referido bairro há um grande contingente de idosos descendentes (filhos e netos) deste imigrantes, o que por sua vez trouxeram consigo um pouco da cultura européia do início do século XX refletido em suas construções e hábitos de vida em comunidade, compartilhando de mesmas preocupações em relação a vida no bairro. Preocupações estas referentes a segurança, acesso ao núcleo de saúde, presença de praças dentre outros aspectos (CIONE, 1995). Esta é uma característica do referido bairro, e este fato se reflete na própria população adscrita do núcleo onde existia, até o momento da pesquisa, um grande número de idosos.

Este é um bairro sem muitas disparidades socioeconômicas e segundo consolidado das famílias cadastradas no NSF III pude identificar que a comunidade em questão era suprida, na sua grande maioria, por condições adequadas de saneamento básico e condições de moradia (Quadro 1)

Condições de vida urbana (% Sim)	N. de famílias	%
Abastecimento público de água	665	99,85%
Moradia em Tijolo	662	99,40%
Coleta pública de lixo	666	100%
Sistema de esgoto	666	100%

Quadro 1 - Informações relacionadas às condições de saneamento das famílias cadastradas no NSFIII. Consolidado de dados gerais do NSF III. Ribeirão Preto/SP, Novembro de 2008.

A grande parte da comunidade era constituída por pessoas acima de 15 anos de idade contendo uma grande representatividade de pessoas idosas (Tabela 1). Segundo o consolidado do NSF III existiam no momento da pesquisa 666 famílias cadastradas perfazendo um total de 2.274 pessoas. Estas pessoas compunham a comunidade dos moradores cadastrados no referido núcleo. O grau de escolaridade era relativamente alto entre pessoas acima de 15 anos de idade (98,12%), e nesta comunidade, 33,11% das pessoas possuíam algum plano de saúde privado, o que refletia uma grande maioria de usuários do SUS tendo o NSF III como uma das portas de entrada para a atenção em saúde (Quadro 2).

Informações das famílias cadastradas no NSF III	Famílias	%
Número total de famílias cadastradas	666	100%
Número total de pessoas	2.274	100%
Pessoas alfabetizadas (15anos >)	1.927	98,12%
Pessoas cobertas com plano de saúde	753	33,11%

Quadro 2 - Informações relacionadas às famílias cadastradas no NSFIII. Consolidado de dados gerais do NSF III. Ribeirão Preto/SP, Novembro de 2008.

Tabela 1 - Faixa etária da população adscrita no Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto/SP, Novembro de 2008.

Idade \ Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	4	30	16	38	70	74	332	131	140	215	1.050
Feminino	4	30	26	26	66	86	362	153	176	295	1.224
Total	8	60	42	64	136	160	694	284	316	510	2.274

Frente a todo o exposto sobre a comunidade em que realizei a coleta dos dados, destaco que compartilho da idéia de que comunidade não é um conceito plenamente elaborado e fechado. Corroboro com Campos et al (2007), compreendo que comunidade é um espaço de vivências de ação e reflexão e que uma comunidade é sensível ao contexto social em que se insere.

6.4 Os colaboradores

O foco no processo de construção da pesquisa, remeteu-me, dentre inúmeros aspectos, ao processo de definição de um número de idosos à serem entrevistados para colaborar com a pesquisa

(amostra). Deste modo, acredito na importância em trabalhar adequadamente a amostra, o qual chamo de grupo de colaboradores do estudo, e entendo que, ao trabalhar com a construção de sentidos, devo observar que, segundo Campos et al (2007), um grupo reflete sua importância frente ao conhecimento de ações conjuntas e organizadas aplicadas frente a saúde e outras situações.

Embasado neste contexto selecionei uma amostra intencional (não probabilística), visto que por meio de determinados critérios de exclusão, inclusão e eliminação foi possível obter um grupo de pessoas que supriram todos os aspectos necessários para que eu, como pesquisador, atingisse os objetivos propostos nesta investigação. Assim, pensando em uma população previamente estudada (BULGARELLI, 2006) criei os seguintes critérios de seleção que me permitiam percorrer um caminho coordenado para atingir um número de pessoas para serem entrevistadas. Descrevo à seguir os critérios de seleção dos sujeitos deste estudo e ilustrei quantitativamente com tabelas e quadros.

A. Critérios de Inclusão:

- Idosos entrevistados na pesquisa de Mestrado realizada no ano de 2006.
- Idosos nascidos entre os anos de 1934 e 1943 (Faixa etária 65 - 74)
- Idosos pertencentes a área de adscrição do NSF III
- Idosos que não faziam acompanhamento regular em saúde bucal no NSFIII
- Idosos ativos, autônomos e independentes

B. Critérios de Exclusão:

- Idosos que faziam acompanhamento regular em saúde bucal no NSFIII
- Óbitos entre os anos de 2006 e 2008
- Idosos que mudaram de endereço

C. Critérios de Eliminação:

- Idosos que não consentiram em participar da pesquisa por livre vontade
- Idosos que não foram encontrados na terceira visita agendada
- Idosos que não permitiram a publicitação⁶ das entrevistas
- Idosos incapacitados mentalmente/ sugestivos de demência (Mini Exame do Estado Mental/MEEM)
- Idosos acamados

Seguindo os referidos critérios, parti inicialmente de um universo amostral de 261 idosos, os quais haviam participado de minha pesquisa de mestrado realizada no ano de 2006. Todos estes idosos haviam respondido a um inquérito populacional sobre queixas em saúde bucal (BULGARELLI,

⁶ Substantivo referente ao ato de publicitar, tornar público, fazer publicidade ou propaganda de; anunciar, revelar ao público. Dicionário Universal da Língua Portuguesa. 2010. Disponível em <<http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx>>

2006). Destes idosos selecionei aqueles que haviam nascido entre os anos de 1934 e 1943 (Faixa etária 65 - 74), pois assim obteria uma média de idosos com 70 anos de idade e desta maneira estaria de acordo com pesquisas e levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2004e). Selecionando idosos com este critério obtive um universo de 153 idosos (Tabela 2).

No NSF III, dos 153 idosos apenas 56 haviam sido entrevistados no Mestrado, eram pertencentes a faixa etária em questão e continuaram pertencentes a este núcleo, pois devido à mudança para reorganização da área de abrangência dos núcleos de saúde da família do distrito oeste da Cidade de Ribeirão Preto (Tabela 2). Os outros idosos passaram a pertencer a área de adscrição de outro núcleo.

Do total de 56 idosos restantes, 30 idosos faziam acompanhamento frequente para cuidados com a saúde bucal no núcleo, 2 haviam mudado de endereço e 3 haviam falecido, e desta maneira, foram excluídos da pesquisa (Tabela 3).

Assim, com 21 idosos programados para possíveis entrevistas, durante a coleta de dados segui os critérios de eliminação. Destes 21 idosos, 3 não consentiram em participar da pesquisa, 1 não foi encontrado na terceira visita pré-agendada, 1 estava com sugestão de demência e 2 idosos encontravam-se acamados por motivos crônicos no período de coleta de dados (Tabela 4).

Tabela 2 - Descrição da população para obtenção de amostra intencional não-probabilística. Primeira etapa do recorte populacional da população idosa atendendo aos critérios inclusão. População adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2008.

Critérios de inclusão	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idosos entrevistados no Mestrado	261	51,2	249	48,8	510	100,0
Faixa etária 65 a 74 anos	153	58,6	108	41,4	261	100,0
Pertencentes ao território do NSF III	56	36,6	97	63,4	153	100,0

Tabela 3 - Descrição da população para obtenção de amostra intencional não-probabilística. Segunda etapa do recorte populacional para faixa-etária entre 65-74 anos, atendendo aos critérios de exclusão. População adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2008.

Critérios de exclusão	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Atendimento de saúde bucal no Núcleo	30	53,57	26	46,43	56	100,0
Óbitos no período 2006-2008	3	11,54	23	88,46	26	100,0
Idosos que mudaram de endereço	2	8,7	21	91,3	23	100,0

Tabela 4 - Descrição quantitativa da amostra intencional não-probabilística, segundo critérios de eliminação. População adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2008.

Critérios de eliminação da amostra	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idosos que não consentiram	3	14,3	18	85,7	21	100,0
Idosos não encontrados (até 3ª visita)	1	4,8	20	95,2	21	100,0
Idosos que não autorizaram a divulgação das entrevistas	0	0,0	0	0,0	21	100,0
Idosos com sugestão de Demência*	1	4,8	20	95,2	21	100,0
Idosos acamados	2	9,53	19	90,47	21	100,0

*aplicação do MEEM no ato da entrevista

Seguindo rigorosamente os critérios elaborados entrevistei um total de 14 idosos. Este foi o número de co-autores sujeitos desta pesquisa, visto que foram eliminados da pesquisa 7 idosos de um total de 21 de acordo com os dados mostrados na tabela a seguir (Tabela 5)

Tabela 5 - Idosos eliminados da amostra segundo motivos de eliminação proveniente da amostra contida na população adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2008.

Motivo eliminação	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	n
Não quiseram participar	3	42,9	4	57,1	7
Não encontrados (3ª visita)	1	14,3	6	85,7	7
Demenciados (Sugestão)	1	14,3	6	85,7	7
Acamados	2	28,6	5	71,4	7

6.5 Delineando o Estudo

O presente estudo foi desenvolvido com idosos cadastrados no NSF III, vinculado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP). Trata-se de um estudo de abordagem metodológica qualitativa compreensivista, desenvolvido em uma perspectiva construcionista social, realizado por meio de entrevistas domiciliares semi-estruturadas.

Utilizei uma abordagem qualitativa, visto que segundo Minayo (1992; 1994), a mesma proporciona a compreensão das experiências vivenciadas, apreendidas a partir do olhar do pesquisador, traduzindo-se na captação de fragmentos do mundo/vida ou parte de uma realidade do homem, construída e vivenciada por ele.

Para Guimarães, Martins e Guimarães (2004) a pesquisa qualitativa permite que o pesquisador procure descobrir tendências e processos a partir de observações e de análises abertas para tentar explicar o “como” e o “porquê” das coisas. É no momento de compreender os processos das relações, em outras palavras, entender o “como” das coisas, é que me situo dentro da pesquisa qualitativa. Retomando estes mesmos autores, a realidade é construída partindo-se de referências próprias dos sujeitos da pesquisa e cabe ao pesquisador decifrar e entender o significado da ação humana. De maneira epistemológica as pesquisas qualitativas não buscam padrões formais e conclusões definitivas, mas sim a incerteza que faz parte da construção do conhecimento (GUIMARÃES, MARTINS; GUIMARÃES, 2004). Em uma perspectiva construcionista social esta incerteza reflete o processo contínuo e relacional dos sentidos construídos e reconstruídos na vida (GERGEN, 2009).

Ao delinear esta pesquisa, posiciono-a em uma abordagem compreensivista, pois parto do princípio de que compreender é buscar o entendimento de determinada realidade pela interpretação de sentidos presentes nas relações subjetivas entre fenômenos. Segundo Turato (2004), a abordagem compreensivista, nas ciências humanas, permite a captação das relações entre os sentidos e os fenômenos focando em “conhecer como” estas relações são construídas.

Partindo dos conceitos supracitados, tenho em mente que esta é uma pesquisa que se enquadra na Psicologia Social. Porém, dentro do vasto campo teórico da psicologia social, onde esta pesquisa se enquadra? De que psicologia social eu estou falando? Para responder estas perguntas retomo Gergen e Gergen (1986), que situa a psicologia social dentro de três perspectivas teóricas: o paradigma behaviorista; o paradigma cognitivista e o paradigma das relações. Entendo, dentro da proposta construcionista, que é de relações existentes entre as pessoas que se constroem ações coordenadas que permeiam os sentidos da vida (GERGEN, 1985; GERGEN; GERGEN, 1986). Portanto situo esta pesquisa no paradigma das relações destacada pela Psicologia Social.

Olhando por uma ótica mais profunda, ousou situar esta pesquisa dentro da Psicologia Discursiva, que tem como pressuposto os conhecimentos teórico do início da década de 90 fundamentados em autores britânicos que permeiam e direcionam a perspectiva presente no desenvolvimento desta pesquisa (POTTER; WHETEREL, 1987, 1995). Para a psicologia discursiva os fenômenos são estudados por meio da análise de discursos relevantes, que na presente pesquisa são expressos em conversas direcionadas sobre o tema em questão dando ênfase nos processos comunicativos e construtivos presentes nas interações. Desta maneira os participantes dos discursos estudados se utilizam de repertórios contidos em seus discursos para construir uma realidade (FLICK, 2004). Um aspecto importante que observo é que a realidade social para perspectiva da psicologia discursiva, é construída por meio de relações conversacionais e discursivas (FLICK, 2004). É também

neste contexto que identifico a perspectiva construcionista social na presente pesquisa, visto que este mesmo autor, Flick (2004), se posiciona dizendo que a psicologia discursiva dá ênfase aos processos comunicativos e construtivos nas interações.

Durante o processo de delineamento desta pesquisa entendi que seu princípio epistemológico foi compreender o curso das realidades históricas e sociais em relação à saúde bucal por meio das conversas com os idosos que trazem consigo discursos passíveis de diferentes interpretações.

Neste contexto epistemológico, Turato (2004) mostra que a construção de um conhecimento é baseada acerca de propriedades inerentes a essência do estudo no conhecimento de “como” as realidades são. Segundo Guimarães, Martins e Guimarães (2004), cabe ao pesquisador decifrar o processo e construir o significado de uma ação humana, e assim não existem padrões formais ou conclusões definitivas e a incerteza faz parte da epistemologia na pesquisa qualitativa.

Ao ler Souza e Matos (2004) observei que em uma pesquisa qualitativa a preocupação com o processo é mais relevante que a preocupação com o produto final e desta forma o pesquisador precisa verificar como o resultado da pesquisa se manifesta nas atividades e interações cotidianas. Nesse pressuposto, Gergen (1997), destaca que em sua postura construcionista social compartilha da mesma ideologia. Desta maneira, na presente pesquisa minha interpretação foi sendo construída frente aos discursos com os quais dialoguei e assim construí as realidades frente aos sentidos da saúde bucal.

De certa forma, para finalizar a conformação do delineamento da pesquisa, gostaria de esclarecer que optei por aplicar entrevistas semi-estruturadas pois tenho um ponto norteador que foi a questão da pesquisa, que fundamentou os objetivos trabalhados, além disso uma entrevista semi-estruturada, possibilitou conversar com os idosos de maneira interativa e responsiva. Gosto de citar um autor que refere a entrevista semi-estruturada como um meio do entrevistador auxiliar o entrevistado em divagações e retornar ao guia a entrevista nos momentos de digressão do entrevistado (FLICK, 2004). Outro aspecto relevante é o fato de que essas decisões devem ser tomadas por parte do pesquisador no próprio momento da entrevista e esse fato exige do pesquisador um alto grau de sensibilidade para o progresso da entrevista (FLICK, 2004).

Observei que Souza e Matos (2004), em consonância com tais conhecimentos, ressaltaram que entrevista é uma técnica onde há interação direta entre as pessoas, e que na entrevista semi-estruturada as questões norteadoras e suas sequências não são rígidas, porém as áreas de interesse a serem exploradas são, antecipadamente, especificadas e assim o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema apresentado sem respostas pré-estabelecidas. O momento da entrevista, segundo Spink (2007), reflete o tempo curto de interação dialógica, onde a ação refletida na conversa estabelece uma produção dinâmica de sentidos.

Penso que, no tempo curto dos encontros com os idosos, conseguimos vivenciar um clima de confiança, empatia, responsividade e autenticidade, onde a coleta de informação necessária foi contemplada.

6.6 Operacionalização e coleta dos dados

No momento conceitual, defini o grupo de idosos, o objetivo e a metodologia. Utilizo a nomenclatura “operacionalização” para referir ao momento metodológico da pesquisa onde, definido o método sigo em um processo de trabalho de campo para a coleta dos dados para posterior momento empírico, composto pela apresentação dos dados, análise e interpretação dos resultados (TEIXEIRA, 2007).

O momento operacional da pesquisa teve seu início a partir do momento em que o projeto foi efetivamente construído. Parti então para a busca dos dados, visto que foi definido que a pesquisa seria realizada com idosos cadastrados no Núcleo de Saúde da Família III, com os mesmos idosos que haviam sido estudados na pesquisa de mestrado realizada em 2006 (BULGARELLI, 2006).

No mês de Julho de 2008 apresentei o projeto de pesquisa no referido núcleo para que a equipe composta pelos funcionários, coordenadores e alunos pudessem participar na construção do mesmo, visto que a apresentação tinha o objetivo de identificar o pesquisador e o projeto, esclarecer dúvidas e ouvir opiniões acerca do mesmo. Esta apresentação do projeto foi de fundamental importância, visto que era necessária a aprovação e aceitação, por parte da equipe, para a realização do mesmo. A aprovação foi imediata e assim obtive a permissão para o acesso aos cadernos de campo dos agentes comunitários, bem como as pastas/arquivos com informações relativas as famílias e, no caso, informações relativas aos idosos.

No mês de Setembro do mesmo ano, agendei, de acordo com disponibilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visitas ao núcleo para que eu pudesse analisar os cadernos de campo dos agentes comunitários, pastas/arquivos das famílias cadastradas e desta maneira atualizar as informações referentes a todos os idosos que haviam sido entrevistados no mestrado, bem como, dentre estes, selecionar aqueles que haviam nascido entre os anos de 1934 e 1943 (faixa etária entre 65-74 anos). Assim, sem interromper e/ou atrapalhar a dinâmica do funcionamento do núcleo tive acesso, nos dias agendados, à toda a informação referente aos idosos. Também observei quais idosos não haviam passado por nenhum tipo de atendimento em saúde bucal, seja este atendimento uma participação em algum grupo específico em saúde bucal, e/ou um atendimento individual com o

cirurgião dentista do núcleo. Consegui, a partir deste momento, obter, segundo estes critérios de exclusão, a população de idosos entrevistados no mestrado e que não haviam tido nenhuma aproximação e acompanhamento com ações e informações sobre saúde bucal no núcleo.

É importante observar que eu já conhecia o referido núcleo, visto que, minha pesquisa de mestrado havia proporcionado uma interação com a população bem como com o próprio núcleo de saúde, ou seja, interação com funcionários, coordenadores e alunos. O acesso ao serviço em questão para contextualização frente aos idosos a serem estudados, foi uma etapa tranquila pois correu frente um processo de negociação, como enfatiza Flick (2004), onde havia o interesse da minha parte como do próprio serviço.

Com intuito de atualizar as informações pertinentes a população adscrita e atualizar as informações do NSF III, visto que estas informações haviam sido observadas no ano de 2006, visitei a Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto, no dia 10 de outubro de 2008 e, desta maneira, obtive os consolidados de todos os núcleos de saúde da família vinculados ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP_USP). Com os consolidados em mãos confirmei que o NSF III possuía uma alta representatividade de indivíduos com mais de 60 anos de idade. O consolidado mostrou que em Outubro de 2008, o total da população do núcleo era de 2274 pessoas sendo dentre estes 510 (22,42%) pessoas idosas (Tabela 1 e ANEXO A).

No ano de 2007 o referido núcleo havia passado por um processo de ajuste de sua população adscrita. Em cumprimento as premissas referentes a filosofia da APS a população adscrita passou por uma mudança em relação ao número e a posição espacial geográfica. Este fato fez-me criar um critério de exclusão de certos sujeitos, pois o objetivo era estudar os sentidos da saúde bucal com idosos cadastrados no núcleo de saúde e que haviam sido estudados na pesquisa de Mestrado realizada no ano de 2006. Desta maneira todos os idosos que deixaram de pertencer à população adscrita do Núcleo III foram excluídas da pesquisa. A quantidade de idosos (64-74 anos de idade) estudados na pesquisa de Mestrado e que não haviam tido nenhum acompanhamento e/ou informação sobre cuidado em saúde bucal no referido núcleo, constituíram a referência populacional para que eu pudesse definir, juntamente com os critérios de seleção, um grupo de idosos (amostra não probabilística e intencional) o qual foi destacado no item 6.4 do presente trabalho.

Neste momento da realização da pesquisa, parti para a construção do roteiro de entrevista (APÊNDICE A). O mesmo passou por um pré-teste de linguagem e adequação de abordagem, sendo aplicado em idosos do mesmo bairro local da pesquisa, porém as entrevistas referentes ao pré-teste não foram incluídas na pesquisa, visto que já tinha em mãos quais as pessoas que iriam ser

entrevistadas para a pesquisa. Desta maneira, tive a liberdade de adaptar o roteiro de acordo com as 5 entrevistas que compuseram o pré-teste.

Após identificação dos idosos que seriam entrevistados, e com o roteiro estruturado e testado, planejei o trabalho de campo para ir em busca das entrevistas. Eu possuía todas as informações referentes aos idosos selecionados para a pesquisa, o que permitiu uma fácil abordagem e acesso aos mesmos. A maioria dos idosos foi contatada inicialmente por telefone, sendo que um idoso não possuía linha telefônica e foi contatado, inicialmente, com uma visita presencial. Aqueles idosos que não foram encontrados na terceira tentativa de visita, foram eliminados da pesquisa, bem como aqueles idosos acamados e que não consentiram em me receber para uma visita. A primeira entrevista ocorreu no dia 18 de novembro de 2008.

Antes do início da entrevista eu sempre aplicava o Mini Exame do Estado Mental, pois aqueles idosos que tivessem suspeita de Demência eram eliminados da pesquisa (SEABRA et al, 1989) (ANEXO D).

Eu, na condição de pesquisador, realizei todas as entrevistas nas residências dos idosos, ou seja, foram realizadas fora de um ambiente controlado permitindo uma maior naturalidade do entrevistado, sempre após uma abordagem inicial com apresentação do pesquisador e do motivo da visita. As entrevistas foram gravadas com gravador de voz digital marca *Panasonic* modelo *RR-US395*, sendo armazenadas em meio digital do Software *Voice Editing Version 1.0 Premium*. Este armazenamento em meio digital facilitou na etapa de transcrição das entrevistas.

Os idosos eram questionados sobre a livre aceitação em participar da pesquisa como entrevistado, e eu pedia sempre a permissão para gravar a entrevista, explicando o motivo e a necessidade da gravação. Após toda esta abordagem inicial questionava sobre a necessidade de assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), visto que todos os idosos entrevistados sabiam ao menos ler e escrever, o que não fez com que pedisse para um responsável assinar outro termo específico. É válido ressaltar que durante a entrevista não me posicionava em nenhum momento como Cirurgião Dentista e não revelei a natureza primordial da entrevista. Posicionava-me como entrevistador do Núcleo de Saúde da Família e que o assunto da entrevista seria saúde na terceira idade. Durante as visitas fazia anotações de campo com um instrumento padronizado (APÊNDICE C) o quê me permitiu estimular a memória para que pudesse fazer uma observação sistematizada e completa durante o processo de análises das entrevistas. Vale ressaltar que eu transcrevi todas as entrevistas sempre seguindo normas padronizadas de transcrição (PRETI, 1993) (ANEXO E)

Seguindo um planejamento de visitas e agendamento de entrevistas a última entrevista foi realizada no dia 15 de Dezembro de 2008.

A fase metodológica permitiu posicionar-me inicialmente com estranhamento (coleta de dados), depois no processo de análise dos dados me posicionei como profissional da saúde e posteriormente como Cirurgião Dentista, sendo esta minha perspectiva para olhar para a relação sujeito-objeto da pesquisa.

6.7 Acondicionamento dos dados

As entrevistas foram todas transcritas, e os arquivos de áudio foram todos salvos em formato Mp3 para que pudessem ser acessíveis em computadores e/ou aparelhos digitais de reprodução áudio visual. Isto facilitou no primeiro contato com os sons da entrevista. Quando me refiro aos sons da entrevista, me refiro a tudo o que acontecia ao redor da entrevista e que ao ouvir, no momento de análise, me ambientou e me transportou ao exato momento da entrevista. Este “transporte” ao momento da entrevista foi de fundamental importância para compreensão da observação feita por escrito seguindo o roteiro para observação (APÊNDICES C e D). Destaco que o total em tempo gravado e de transcrições foi de 7 horas e 26 minutos, com média de tempo das entrevistas de 33 minutos e 57 segundos (Quadro 3).

Idosos	Tempo da entrevista em minutos
I.1	32,43
I.2	26,23
I.3	29,04
I.4	27,13
I.5	38,45
I.6	27,53
I.7	26,37
I.8	36,46
I.9	29,54
I.10	31,06
I.11	21,07
I.12	39,45
I.13	33,00
I.14	38,31

Quadro 3 - Tempo de realização das entrevistas. População de idosos adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2009.

Os textos, originários das transcrições, foram todos salvos em arquivos digitais bem como impressos e acondicionados em pastas catalogadas com identificação numérica do entrevistado, contendo endereço, telefone, e data e duração da entrevista. Os textos originários das observações escritas no diário de campo também foram todos digitalizados, e permitiram construir narrativas sobre os contextos das entrevistas. Escrevi estas observações de próprio punho durante a coleta dos dados, e posteriormente a construção da narrativa, todas foram acondicionadas em pastas digitais de arquivos do programa Word do software Microsoft Office. Para fins desta pesquisa selecionei uma entrevista acompanhada de sua narrativa micro-contextual para compor o elenco de documentos em apêndices (APÊNDICES E e F).

6.8 Análise do Discurso e os Repertórios Interpretativos

Os dados de origem qualitativa são constituídos de uma grande quantidade de informações e abstrações que necessitam de uma correta sistematização e um adequado processo de análise e interpretação, visto que contém informações históricas e linguagens sociais, presentes em conhecimentos implícitos. Desta maneira, segundo Tesch (1991) e Malterud (1993), ao se trabalhar com pesquisa qualitativa devemos sempre estar envolvidos em um processo de descontextualização e posterior recontextualização.

Assim, para a análise de dados qualitativos, é necessário uma imersão do pesquisador nos valores e contextos dos entrevistados pois assim ocorre uma identificação e uma recontextualização para a construção de sentidos atribuídos na relação sujeito-objeto da pesquisa (MALTERUD, 2001). Ainda segundo mesmo autor, um processo de reflexividade presente em uma pesquisa qualitativa, mostra que o pesquisador não está distante do objeto de estudo. O conhecimento do pesquisador, bem como sua posição frente ao objeto de estudo, vão afetar diretamente na escolha do processo de investigação, no ângulo (olhar) da investigação e estes aspectos vão direcionar a aplicação de um método de análise que o pesquisador julgar mais apropriado frente aos objetivos e limites para a realização de uma pesquisa qualitativa (MALTERUD, 2001). Segundo Nagel (1986), o conhecimento e o posicionamento do pesquisador influencia diretamente em um conhecimento construído com uma pesquisa qualitativa.

Optei pela pesquisa qualitativa para a realização desta investigação, pois, frente aos objetivos propostos, e embasada no construcionismo social como norteador de uma conduta teórica e epistemológica, busquei construir relações e conexões entre eventos e conceitos provenientes dos

discursos trazidos pelos idosos e os discursos trazidos pela APS. Desta maneira busquei dentre as possibilidades de análise aquela que mais se identifica com a relação sujeito-objeto abordada nesta pesquisa. Assim, trabalhei nesta pesquisa a Análise de Discurso focando no processo de análise a noção de Repertório Interpretativo propostas por Potter e Wetherell (1987) e elucidada por Spink (2004).

Antes de partir para a descrição do processo da Análise do Discurso o qual percorri, acredito na importância em salientar que o conceito de discurso o qual compartilho embasa-se nos dizeres de sociólogos e pensadores que fundamentam o discurso como sendo uma prática, uma ação do sujeito sobre o mundo. Desta maneira, um discurso é contextualizado como um acontecimento, pois leva a uma interpretação e constrói uma ação. Segundo Fernandes (2005), um discurso proporciona uma ação sobre o mundo, marcando uma posição selecionando sentidos ou excluindo-os no processo interlocutório.

Penso ser importante salientar os dizeres de Foucault (2005), quando afirma que discurso é um conjunto de enunciados e na medida em que se apóia na mesma formação discursiva ele é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência. Segundo este mesmo autor, ao abordar a temática em questão devemos ter em mente que:

Analisar o discurso é fazer com que desapareçam e reapareçam as contradições, é mostrar o jogo que nele elas desempenham; é manifestar como ele pode exprimi-las, dar-lhes corpo, ou emprestar-lhes uma aparência" (FOUCAULT, 2005, p. 171).

Entendo, então, que discurso é, de certa maneira, uma prática social. Portanto, discurso é uma construção social, não individual, e que só pode ser analisado considerando seu contexto histórico-social, suas condições de produção, e segundo Carneiro e Carneiro (2007) o discurso reflete uma visão de mundo determinada pela relação dos seus atores na sociedade em que vivem.

Aprofundando-me um pouco mais na temática e apoiando-me nas premissas do Construcionismo Social, acredito ser adequado para esta pesquisa a seguinte idéia de discurso:

[...] um discurso é um conjunto de práticas lingüísticas que mantêm e promovem certas relações sociais. A análise consiste em estudar como essas práticas atuam no presente, mantendo e promovendo essas relações: é trazer à luz o poder da linguagem como uma prática constituinte e reguladora (IÑIGUEZ, 2004, p. 125).

Outro aspecto importante a ser observado é que um discurso está sempre relacionado com a linguagem. Sob a ótica da Análise do Discurso, a linguagem não é um simples instrumento de comunicação ou de transmissão de informação e sim um lugar de conflitos e confrontos visto que ocorre em um processo de interação social. É por isso que a análise de um discurso não pode estar segregada da observação de condições sociais que o produziram, pois são essas condições que criam a evidência do sentido (CARNEIRO; CARNEIRO, 2007). Segundo Moreira (2009) é importante

ressaltar o potencial de ação e construção da linguagem, uma vez que as pessoas utilizam o discurso para acusar, se defender, pedir desculpas, para se apresentar, para valorizar determinada atitude e etc. Isso engloba a compreensão de um discurso como um texto, como uma prática discursiva e como exemplo de uma prática social e desta maneira devemos sempre observar a organização retórica do discurso e entendê-lo como forma de ação.

Para Rocha e Deusdará (2005), uma abordagem discursiva de análise não deve negligenciar a relação entre texto e seu entorno, e deve estabelecer o modo como uma enunciação é capaz de relacionar uma organização textual e um momento social determinado.

Além desse aspecto, em um contexto construcionista social a linguagem é entendida como linguagem em uso e uma prática social construtora da realidade, ou seja, quando as pessoas conversam colocam idéias em palavras e constroem sentidos, práticas sociais e formas de vida (MCNAMEE, 2004).

Segundo Willing (2001) a análise do discurso pode nos dizer alguma coisa sobre construções discursivas sobre uma realidade social, por isso a análise do discurso não é apenas uma metodologia mas sim uma maneira teórica de entender a natureza de um discurso e/ou um fenômeno.

O produto de uma atividade discursiva é o texto, no caso, proveniente das transcrições das entrevistas. Os textos são os objetos empíricos de análise do discurso, são as construções sobre as quais se debruça o analista para buscar as marcas que guiam a investigação científica. (CARNEIRO; CARNEIRO, 2007; ORLANDI, 1988).

Dentro do conceito de que a Análise do Discurso é entendida como uma retórica para análise da presente pesquisa, sei, também, que não existe apenas uma linha de Análise de Discurso. Segundo Caregnato e Mutti (2006), existem muitos estilos diferentes com enfoques variados baseados em diversas tradições teóricas. Segundo esses mesmos autores, a Análise de Discurso não é só uma metodologia e sim uma disciplina de interpretação fundamentada em epistemologias distintas dentre elas a linguística, o materialismo simbólico e a psicanálise. O processo de análise de um discurso tem a finalidade de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção textuais orais ou escritas, e articula o linguístico, o social e o histórico (MUTTI, 2003).

Partindo da idéia de que a Análise do Discurso trabalha com o sentido construído das relações existentes entre sujeitos e entre sujeitos e objetos, compartilho da idéia, destacada por Caregnato e Mutti (2006), de que o corpus da Análise do Discurso é constituído pela ideologia, pela história e pela linguagem. Nesta linha de raciocínio, a ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito no discurso, ou seja o seu sistema de idéias, a história representa o contexto histórico em que o discurso

está inserido e a linguagem é a materialidade do texto que gera pistas do sentido que o sujeito pode atribuir ao objeto (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Análise do Discurso é uma prática focada em analisar construções ideológicas presentes em um texto. Tem como base de pesquisa o discurso seja ele narrativo, político, vulgar, pedagógico, poético, humorístico, jornalístico, religioso ou publicitário e sua proposta básica é considerar como primordial a relação da linguagem com a exterioridade, ou seja, as chamadas condições de produção do discurso: o falante, o ouvinte, o contexto da comunicação e o contexto histórico-social.

Tendo a intenção de construir, juntamente com o discurso trazido pelos idosos e o discurso trazido pela APS, um sentido para a saúde bucal, acredito que, como elucidado por Caregnato e Mutti (2006), preciso sair do enunciado (texto) e chegar ao que é possível enunciar da interpretação, e ter em mente que o sentido produzido sempre terá relação com um contexto sócio-histórico. Segundo mesmos autores, partindo do princípio de que a Análise do Discurso trabalha com sentido, e, sendo um discurso marcado pelo contexto histórico e social não irei buscar nada de novo, mas sim irei buscar uma interpretação sem a pretensão de dizer se está certo ou errado, visto que a dicotomia certo-errado não está em julgamento. Segundo Orlandi (1996), não há sentido sem interpretação, pois a linguagem tem uma relação necessária com os sentidos e com os gestos de interpretação cotidianos e, por sua vez, a interpretação é passível de equívocos, porque os sentidos não são evidentes, não estão soltos, há sempre condições para que os sentidos signifiquem uma coisa e não outra.

Ao trabalhar com um discurso, tenho em mente que a minha interpretação sempre está presente, e, entender este discurso me permite construir sentidos percorrendo um processo de significação entendendo como ele produz sentido da relação dialógica entre pesquisador e o objeto da pesquisa, no caso a relação entre meu discurso sobre saúde bucal e o sentido da saúde bucal construído com os idosos no contexto da APS.

Em um contexto pós-modernista, o crescente interesse em focar a Análise de Discurso como papel fundamental na construção de perspectivas teóricas e críticas, chamam a atenção para a relevância do significado, e, de descrições fornecidas por indivíduos relativos aos seus comportamentos. Com isso, existe uma diversidade de posturas e posicionamentos teóricos frente à análise de um discurso que por sua vez são sustentados por pressupostos epistemológicos distintos. Porém, estas diferentes posições, o qual na literatura encontro sobre a nomenclatura de “correntes”, da análise de discurso sempre acreditam que a linguagem e o discurso não são meios neutros de reflexão e de descrição do mundo, neste contexto afirmam que ele, o discurso, é peça central na construção da vida social. (COYLE, 2007; GILL, 2003; NOGUEIRA, 2002; 2008; POTER, WETHERELL 1987; 1995).

Como esta é uma pesquisa de cunho construcionista social, procurei dentro do processo de análise do discurso, conceitos que pudessem me guiar nesta perspectiva teórica e metodológica. A Análise do Discurso na perspectiva da Psicologia Discursiva está diretamente associada com análises conversacionais, e tem como interesse a construção de significados em interações locais de contextos vividos no dia-a-dia, e desta forma estuda práticas discursivas. Em outras palavras, a Análise do Discurso fundamentada na Psicologia Discursiva estuda o quê as pessoas constroem com suas linguagens e enfatiza a qualidade performática dos discursos (WILLING, 2001).

A psicologia discursiva, que trago como cenário da análise da presente pesquisa, fundamenta-se na idéia de que a construção de sentidos é proveniente de ações discursivas mais do que processos cognitivos. O que as pessoas falam em suas conversas do dia-a-dia nos diz algo sobre o que elas estão fazendo por meio de suas palavras, por exemplo, se desculpando, se justificando, se fazendo entender, persuadindo e estes aspectos vão além de estruturas meramente cognitivas que as palavras representam. Além disso, o foco da psicologia discursiva é a análise de um discurso fundamentada em como os participantes se utilizam dos recursos discursivos e com qual objetivo e efeito. Para isso Burr (2003), enquadra os repertórios interpretativos como ferramentas analíticas para uma análise do discurso na perspectiva da psicologia discursiva. Se utilizando de outras palavras Willing (2001) mostra que devemos, ao trabalhar uma análise de discurso, prestar atenção especial nas ações que são orientadas pelas falas das pessoas portadoras de um discurso.

Desta maneira, busquei então autores que se aproximam epistemologicamente com o presente estudo e observei que segundo Potter e Wetherell (1987), não existem passos definidos para a realização da Análise do Discurso, porém existem algumas fases primordiais que devem ser desenvolvidas para que o processo de análise se torne concreto. Destaco alguns passos nos quais me fundamentei como: Gravação de áudio e transcrição, para registrar a fala literalmente com todas suas características, visto que esta é uma etapa construtiva e necessita de um sistema ortográfico convencional; Leituras sequenciais e criteriosas, com o intuito de buscar detalhes, contradições e idéias para um “mergulho” do pesquisador no universo do discurso; Seleção do material e Codificação, que é uma fase analítica preliminar que visa a preparação e a identificação de temas de interesse de forma abrangente para que posteriormente seja realizado um estudo mais intensivo; Análise propriamente dita, que se refere a busca por um padrão nos dados e posteriormente a criação de hipóteses sobre os discursos para que sejam estudadas. Na análise do discurso a formulação de hipóteses sobre objetivos e consequências são aspectos centrais e muitas vezes estão implícitas nas questões do entrevistador que geram respostas sim e não (COYLE, 2007). Destaco que a análise propriamente dita ocorreu durante o desenrolar de todo o processo de análise e será descrita a seguir em um tópico específico;

Apresentação da Análise, que se caracteriza pela escrita que vai transformar a discussão da análise em um texto inteligível que refletirá o conhecimento produzido. A apresentação da análise deve mostrar a natureza e os contextos dos discursos dentro do processo de construção social dos sentidos para a saúde bucal.

Desta maneira o texto da análise deve refletir as perguntas da pesquisa com ênfase na análise propriamente dita destacando os repertórios interpretativos e discutindo as estratégias para interpretação dentro do contexto da pesquisa.

Observo e acredito ser coerente a perspectiva de que, segundo Moreira (2009), frente aos diversos procedimentos e estágios que podem ser utilizados para organizar um processo de análise, e existe a liberdade de realizá-los em diferentes níveis, dependendo do interesse e da identificação do pesquisador sobre qual a opção à ser escolhida, pois a tarefa do pesquisador é considerar, durante a análise, a forma como as coisas são ditas e a maneira como a linguagem é empregada no discurso. Neste contexto, Iñiguez (2004), reitera que interesses particulares dos pesquisadores, quando utilizam da Análise de Discurso em suas pesquisas, norteiam as opções de investigação que por sua vez podem privilegiar atos da fala, a retórica e os repertórios interpretativos.

Frente a todos os autores, teorias e conceitos sobre diversos procedimentos e estágios para organizar um processo de análise, optei, dentro do processo da análise de discurso desta investigação, trabalhar com repertórios interpretativos. De acordo com Potter e Wetherell, (1987, p.149) repertórios interpretativos são:

[...] elementos essenciais que os falantes utilizam para construir versões das ações, processos cognitivos e outros fenômenos. Qualquer repertório determinado está constituído por uma gama restrita de termos usados de uma forma estilística e com uma gramática específica. Normalmente esses termos produzem uma ou mais metáforas-chave, e a presença de um repertório muitas vezes está assinalada por certos tons ou figuras do discurso.

Para estes mesmos autores, repertórios interpretativos são formas de compreensão dos esquemas linguísticos que os indivíduos utilizam na construção das descrições dos acontecimentos. Os repertórios interpretativos são, portanto, os “blocos de construção” que os indivíduos utilizam para construir versões das ações, dos processos cognitivos e de outros fenômenos, sempre socialmente situados. Desta forma os RIs abrangem um conjunto de construções linguísticas como conceitos, figuras de linguagem, descrições de acontecimentos ou de algo que criam possibilidades de produções discursivas (POTTER, 1996, POTTER; WETHERELL, 1987).

Identifiquei também que, segundo Potter e Wetherell (1995), em continuidade aos seus estudos nesta temática, os repertórios interpretativos são ferramentas, que não estão localizadas nos indivíduos, mas que estes usam, conforme os recursos sociais e culturais disponíveis, para os seus

próprios fins e ainda segundo Burr (2003), os indivíduos são “utilizadores de discurso”, ou seja, os indivíduos usam e manipulam a linguagem e o discurso para suas necessidades.

Cabe dizer também que os repertórios interpretativos são construídos como entidades intrinsecamente conectadas a grupos sociais, e que os sujeitos não são caracterizados por um único tipo de discurso. Os repertórios interpretativos focam-se na linguagem em uso e na maneira que as descrições são construídas acordando com suas funções.

Embasado em conceitos trazidos por Potter e Wetherell (1987), destaco que os sentidos não são produzidos no interior dos indivíduos, mas sim na interpretação de relações produzidas com ênfase na linguagem.

6.9 A análise propriamente dita

Como minha proposta foi desenvolver uma pesquisa com um “olhar” construcionista social, o processo para realização da mesma foi desenvolvido, segundo as propostas de análise do discurso fundamentada na psicologia discursiva com análise de repertórios interpretativos, em algumas etapas as quais chamarei de momentos, as quais foram fundamentadas nos autores Rasesa e Japur (2007), Spink (2004), bem como em Potter e Wetherell (1987). Estes momentos, referentes ao processo de análise propriamente dita, foram contínuos ao longo de todo o processo, e para uma leitura inteligível eu os descrevo de forma sequencial.

- Construção do corpus de análise, que por sua vez foi constituído: dos textos referentes às transcrições das entrevistas, com normas de transcrição baseadas em Preti (1993), registrando toda a participação verbal dos entrevistados. Para a construção do corpus, foram acrescentadas a cada texto de cada entrevista os textos provenientes de minha observação durante a entrevista as quais foram anotadas de próprio punho em um diário contendo notas de campo. Segundo Flick (2004), estas notas de campo são obtidas durante as entrevistas e devem conter os elementos essenciais das respostas dos entrevistados e as informações sobre o andamento da entrevista. Posso dizer então que este procedimento possibilitou minha participação ativa desde o início do processo de construção de sentidos sobre saúde bucal com idosos.
- Primeiro contato com toda a produção da pesquisa. Neste momento, entrei em contato com o corpus de maneira inicial onde realizei leituras iniciais flutuantes, e sequencialmente exaustivas, curiosas e reflexivas, buscando entrar no universo dos entrevistados e no contexto das entrevistas, e desta maneira aproximei-me dos temas dos discursos e contextualizei-me

frente ao momento da entrevista e a responsividade do entrevistado. Este foi um momento importante e contínuo da análise visto que leitura e compreensão dos textos constituem um processo ativo da produção onde o pesquisador está tão envolvido na construção de um sentido quanto a pessoa entrevistada (FLICK, 2004).

- Identificação dos Repertórios Interpretativos. Estes foram construídos e nomeados após leitura aprofundada e minuciosa e do reconhecimento e agrupamento de imagens, adjetivos, expressões e figuras de linguagem (metáforas) presentes nos discursos dos entrevistados. Os repertórios interpretativos são sistemas de termos utilizados pelas pessoas em seus discursos para caracterizar e analisar ações, eventos e outros fenômenos (POTER; WHETHELL, 1987). Este “sistema de termos”, os quais busquei nos textos para identificar os repertórios interpretativos, focaram-se nas identificações dos entrevistados com a função e o valor da saúde bucal, as atitudes de cuidado à necessidade de ter a boca saudável e outros aspectos envolvendo a saúde bucal presentes em seus discursos. Primeiramente identifiquei RIs que tinham a função de estabelecer relações dialógicas entre saúde bucal e: APS; envelhecimento da cavidade bucal; cuidado em saúde; e histórias vividas associadas a saúde bucal. Em uma segunda etapa deste processo, identifiquei RIs que, embasados nas relações acima, permitiram o entendimento de sentidos para a saúde bucal construídos com os idosos.
- Construção da estrutura de análise. Neste momento, de imersão, familiaridade com os repertórios interpretativos e recontextualização da minha visão sobre o quê é saúde bucal (visto que me descontextualizei de um posicionamento prévio sobre o sentido da saúde bucal), pude direcionar e construir uma estrutura para análise que norteou outros diversos sentidos para a saúde bucal (Figura 4).

Figura 4 - Ilustração da construção de sentidos com idosos sobre a saúde bucal por meio de Repertórios Interpretativos. Ribeirão Preto, 2010.

○ Apresentação da Análise

Neste processo, selecionei recortes específicos os quais escolhi por relevância e evidência de sentidos, tentando entender o modo como os idosos construíam os sentidos sobre saúde bucal em seus contextos históricos, sociais e culturais. Os sentidos foram então explicitados nas discussões dos recortes dos trechos das entrevistas, com o discurso Construcionista Social, e com os discursos trazidos pela APS e pelo envelhecimento.

Neste momento da pesquisa, houve uma articulação do meu discurso, como Cirurgião Dentista envolvido com a saúde coletiva, que foi construir pontes que interligassem os discursos trazidos pela APS e pelos idosos. Esta articulação permeou todo o percurso da pesquisa e desta maneira trouxe à pesquisa uma inteligibilidade ao conhecimento produzido que foi expressa no momento da apresentação escrita desse conhecimento. Assim, propus uma aproximação dialógica entre o Construcionismo Social, a APS e os idosos, buscando entender e construir sentidos para a saúde bucal. Nesta proposta de aproximação de diversos discursos, o discurso Construcionista Social, as práticas discursivas e o contexto histórico-social da saúde bucal sustentaram o quadro interpretativo utilizado.

6.10 Aspectos éticos da pesquisa

Entendo a ética como a parte do processo para construir um conhecimento que nos mostra como devemos viver e agir no mundo social em que estamos inseridos. Quando deparei-me com o aspecto ético da presente pesquisa, fundamentei-me na idéia de que é necessário que o trabalho técnico, assistencial ou intelectual seja presidido por valores humanitários, de solidariedade e de reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde (MESTRINER et al, 2009). Segui com este estudo tendo plena consciência de que não estaria causando nenhum dano aos entrevistados e que a abordagem e as entrevistas deveriam ser conduzidas de maneira a não agredir de nenhuma maneira a integridade dos idosos.

Este estudo enquadra-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo, e, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, relativa a pesquisa em seres humanos, foi necessária a aprovação do protocolo de pesquisa por uma Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Institucional.

A presente pesquisa teve seu projeto de pesquisa submetido a Comissão de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sendo o mesmo aprovado para realização no Núcleo de Saúde da Família como mostram os Anexos F e G.

Cabe observar que a liberdade dos idosos foi um aspecto imperativo para realização da pesquisa e que acatei todos os pedidos de recusa de participação pois, entendo que todos têm o direito de participar livremente de uma pesquisa, bem como têm a liberdade de receber ou não pessoas que não são do próprio convívio social em suas casas. Assim, o consentimento em participar livremente da pesquisa foi estabelecido com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como constante no Apêndice B.

7. CONSTRUINDO SENTIDOS INTEGRANDO DISCURSOS

Não é fácil falar de Saúde Bucal tendo como instrumento dialógico o Construcionismo Social.

Ao observar que a aproximação destes discursos encontra-se na construção de sentidos para a saúde bucal isso se tornou um pouco mais claro e concreto, pois os pontos de partida para esta aproximação pode acontecer por meio de conversas do nosso dia-a-dia dentro de diferentes contextos em que as mesmas ocorrem. Esta aproximação torna-se palpável na medida em que os conteúdos dos discursos se articulam por meio de negociações entre ações, condutas e práticas de cuidado em saúde emergentes durante a construção de sentidos para a vida.

Deste modo, entendendo que a aproximação entre diversos discursos produz os sentidos para a vida, resgato Spink (2004), que mostra que um dos aspectos do construcionismo social é investigar a forma com que as pessoas constroem as linguagens que vão dar sentido as situações e aos fenômenos em suas vidas. Portanto, trabalhar a forma de construção de sentidos é trabalhar as relações que se refletem na linguagem e nas práticas discursivas que acontecem no dia-a-dia como narrativas, conversas, justificativas e argumentações dentre outras. A compreensão destas relações acontece por meio da identificação e interpretação de repertórios utilizados nestas práticas discursivas.

Assim, nesta pesquisa, os sentidos surgiram das negociações feitas sobre as realidades e verdades que juntos queríamos construir e que afloraram durante diversos processos conversacionais, no tempo curto das entrevistas e observações. Desta maneira, eu, portador de um discurso sobre saúde bucal, na função de interlocutor dos saberes presentes nos discursos trazidos pelas teorias e pelos idosos, desempenhei uma tarefa que exigiu desconstrução e reconstrução de saberes para que ocorresse uma integração das idéias negociadas nos processos conversacionais. Esses processos foram repletos de emoções, lembranças, valores, técnicas, ações, práticas e recursos de linguagens que permitiram a análise dos resultados e a construção dos sentidos.

Quando penso em processos conversacionais penso na dialogia existente entre APS, SUS, saúde, profissionais e usuários. Foco-me na APS pois observei na literatura que é neste contexto que existe o espaço para que o usuário seja acolhido e converse com o sistema de saúde frente ao princípio da participação comunitária na construção de sua saúde e no controle social para construção de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006c).

Para a apresentação e discussão dos resultados utilizei repertórios interpretativos para desenvolver um esquema de análise por meio de um processo temático e interpretativo, ancorando-me no fato de que sou o interlocutor de discursos que fizeram com que o processo conversacional conduzisse a pesquisa para o alcance dos resultados.

Fiz-me então as seguintes perguntas: a partir de que momento iniciar a análise e interpretar os resultados? No momento em que estivesse com as transcrições das entrevistas em mãos? No

momento em que os diários de campo estivessem organizados? Enfim, quando? Estas respostas foram esclarecidas no momento em que o foco na relação existente entre os discursos tornou-se imperativo para construção desta pesquisa. Desta maneira, o processo de análise iniciou-se bem antes das entrevistas serem realizadas.

Penso que, segundo McNamee (2004), os sentidos são construídos nas relações que vivenciamos a todo o momento em nossas vidas. Este fato não foi diferente com esta pesquisa, ou seja, o processo de análise iniciou-se no momento em que me identifiquei com certos discursos trazidos com a Odontologia, com a saúde bucal coletiva, com os idosos e com o Construcionismo Social. Portanto, acredito na integração possível entre estes discursos.

Partindo dessa premissa acredito que esta relação de aproximação, integração e interlocução entre os conceitos que regem cada um dos discursos em questão, permitiram a construção de determinados sentidos. Além disso, vi que, especificamente, a relação das pessoas idosas com suas experiências vividas em acontecimentos envolvendo saúde bucal, a relação micro-contextual entre entrevistador-entrevistado, a relação idoso-família, a relação saúde-doença, a relação APS-saúde bucal, são relações repletas de contextos que permearam os sentidos para a saúde bucal que construí juntamente com os idosos para esta pesquisa. Este processo de ação conjunta, vem ao encontro de Guanaes (2006, p. 36) destacando que: “[...] a construção de sentidos depende tanto da interação entre as pessoas como do contexto específico em que ocorre [...]”.

Com este ponto de vista, e fundamentado nos discursos teóricos e na metodologia escolhida, apresento-lhes os resultados simultaneamente com a discussão discorrendo inicialmente sobre os contextos das entrevistas e dos idosos, visto que estes micro-contextos juntamente com o contexto histórico da saúde bucal e do SUS foram fundamentais para a construção dos sentidos para a saúde bucal.

O discurso construcionista social sugere que o entendimento de uma construção coletiva de sentidos para algo inicia-se pela articulação de relações coordenadas (ordenadas), que permitem a negociação e estabelecem um consenso sobre algo por meio de sucesso de um processo comunicativo (GERGEN, 1997, MCNAMEE, 2004).

Apresentei e discuti os resultados em tópicos focados em três aspectos: a contextualização das participações; as relações existentes e os sentidos construídos. O tópico que proponho para discutir as relações constitui-se de sentidos construídos por meios de relações, elucidadas nos discursos dos idosos, por meio de assuntos pré-estabelecidos no quadro teórico e propostos no objetivo da pesquisa, como: a relação da APS, do envelhecimento da cavidade bucal, do passado e do cuidado na

construção de sentidos para a saúde bucal. Já no tópico sobre os sentidos proponho uma aproximação das relações analisadas com a construção de diversos sentidos para a saúde bucal.

Assim, olhando para os colaboradores e suas participações, mostrando a natureza e o contexto dos discursos destes idosos, bem como apresentando e discutindo trechos relevantes das entrevistas contendo os Repertórios Interpretativos identificados fui capaz de guiar a construção dos sentidos para a saúde bucal o qual me propus, acreditando na aproximação, interlocução e articulação com outros discursos e com as relações emergentes com esta pesquisa.

7.1 Quem eram estes idosos e como aconteceram as entrevistas?

Os colaboradores que permitiram a construção deste conhecimento eram idosos que compuseram um grupo de pessoas segundo critérios estipulados pela pesquisa. O fato de selecionar este grupo de idosos permitiu trabalhar com pessoas que contemplavam semelhantes maneiras de levar a vida, pois na maioria eram aposentados, moravam com os cônjuges e/ou filhos e netos e tinham dentre suas história de vida aspectos culturais, convivências familiares, bem como escolaridade e origem rural semelhantes (Quadro 4).

Observei que estes eram os “avós independentes” da família, pois muitos deles tinham autonomia para o cuidado e educação dos netos enquanto seus filhos iam trabalhar e deixavam “as crianças” sob suas responsabilidades. Responsabilidade, este era um sentido que se enquadrava perfeitamente no dia-a-dia destes idosos que desempenhavam papéis em suas famílias e na comunidade em que viviam, pois muitos eram membros de pastorais da Igreja local, outros eram diretores de sindicatos, outros (mesmo aposentados) desempenhavam papéis profissionais em suas diferentes maneiras de trabalhar e possuir outra fonte de renda e assim por diante.

Idosos	Sexo	Idade	Escolaridade	Convívio	Aposentadoria	Origem
I.1	Feminino	65	Até 8 anos	Família	Sim	Rural
I.2	Feminino	70	Até 4 anos	Família	Não	Rural
I.3	Masculino	71	Até 4 anos	Família	Sim	Rural
I.4	Feminino	73	Até 4 anos	Família	Não	Rural
I.5	Masculino	71	Até 4 anos	Família	Sim	Rural
I.6	Feminino	69	Até 4 anos	Marido	Sim	Rural
I.7	Feminino	68	Até 4 anos	Marido	Não	Rural
I.8	Masculino	71	Até 4 anos	Esposa	Sim	Rural
I.9	Feminino	70	Até 4 anos	Marido	Não	Rural
I.10	Masculino	71	Ate 4 anos	Esposa	Sim	Rural
I.11	Feminino	67	Ate 4 anos	Marido	Não	Urbana
I.12	Feminino	66	Ate 4 anos	Família	Sim	Rural
I.13	Feminino	74	Ate 4 anos	Marido	Sim	Urbana
I.14	Feminino	67	Ate 4 anos	Família	Não	Urbana

Quadro 4 - Perfil dos idosos entrevistados. População de idosos adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2009.

Como descrito nas narrativas, que construí com as observações de campo (APÊNCIE E), estes sujeitos eram os “mais velhos” da família. Velhos, não no sentido pejorativo, mas sim no sentido de serem mais respeitados e serem mais sábios e muitas vezes provedores financeiros da família. Idoso no papel de provedor financeiro da família é uma função que encontrei na literatura e que é muitas vezes uma realidade percebida e vivida na sociedade brasileira (BULGARELLI; MANÇO, 2004).

Outro aspecto importante foi a origem rural (Quadro 4). Este contexto de origem rural, refletiu experiências ricas como modo de encarar os cuidados com a saúde bucal, sendo de fundamental importância para a construção dos sentidos para a saúde bucal. A origem rural, pareceu ser uma justificativa para a deficiência de informação sobre práticas de cuidado com a saúde bucal. Esta deficiência de informação, vivenciada na infância e adolescência destes idosos, representava uma condição da época que fazia com que as pessoas construíssem diversas maneiras de cuidados paliativos em situações de ferimentos e dores de origem bucal. Vale lembrar que muitos destes idosos, principalmente as mulheres, casavam-se muito cedo, ainda adolescentes, e constituíam suas famílias sem a informação necessária sobre cuidados com a saúde bucal, dito de outra forma, havia uma coordenação de ações, existentes na época, que criavam condições para o acontecimento de casamentos precoces e construção de famílias com deficiência de informação para cuidados com a saúde.

Neste momento, é fundamental compreender que na perspectiva construcionista social entende-se que para uma determinada cultura e uma determinada época de história, atenção especial deve ser dada a seu sistema de linguagem, comunicação e contexto comumente vivenciados, e desta maneira, viver em sociedade é compartilhar de sistemas de significados construídos coletivamente com diversos interlocutores (GERGEN, 1997).

Em outro contexto, a aposentadoria mostrou-se uma informação importante, pois renda gera consumo. Produtos de higiene bucal podem ser consumidos a partir do momento em que se associa informação com cuidado a saúde bucal e possibilidade de consumir tais produtos. Muitos idosos entrevistados faziam uso de enxaguatórios bucais e este é um indicador, neste escopo, que mostra cuidados com a saúde bucal indo além da higienização de prótese e ou escovação dos dentes. Destaco que 100% dos homens eram aposentados e apenas 30% das mulheres possuíam alguma renda (Tabela 6), mostrando que na realidade dos entrevistados, poucas eram as mulheres, nesta faixa etária, que desempenharam papéis fora do ambiente familiar e doméstico. Dito de outra forma, elas eram as maiores responsáveis pela educação dos filhos e desta maneira são, na atualidade, as maiores responsáveis pelo cuidado com os netos, considerando que muitas eram cuidadoras dos mesmos, como citei anteriormente. O cuidado com a saúde bucal dos netos também foi um aspecto que permitiu a construção dos sentidos para a saúde bucal na atualidade.

Tabela 6 - Descrição do perfil dos idosos entrevistados segundo sexo. Amostra contida na população adscrita no NSF III, Ribeirão Preto/SP, 2009.

Variável	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Escolaridade	< 4	4	100	9	90	14	100
	5 a 8	0	0	1	10	14	100
	9 a 11	0	0	0	0	14	100
	> 11	0	0	0	0	14	100
Origem	Rural	4	100	3	30	14	100
	Urbana	0	0	7	70	14	100
Convívio	Só	0	0	0	0	14	100
	Família	2	20	5	50	14	100
	Cônjuge	2	20	5	50	14	100
Aposentadoria	Sim	4	100	3	30	14	100
	Não	0	0	7	70	14	100

Os idosos entrevistados compunham um grupo de pessoas com média de idade de 69,6 anos, sendo a idade mais repetida na amostra a idade de 71 anos (moda). Aprofundando-me um pouco mais, olhando quantitativamente, a mediana estatística foi de 70 anos. Estes foram dados interessantes das pessoas entrevistadas, pois trabalhei com um grupo de pessoas semelhantes e que por sua vez vivenciaram suas fases da vida nas mesmas décadas e nos mesmos contextos sociais, históricos e políticos.

Quanto à escolaridade, destaco um fato interessante, apenas um idoso possuía grau de escolaridade mais elevado (até 8 anos) e todos os outros idosos possuíam o mesmo grau de escolaridade (até 4 anos), este fato permitiu que eu situasse estes idosos em um momento da história brasileira onde o acesso à educação era mais difícil e deste modo os idosos nesta faixa etária e nos contextos específicos desta pesquisa não possuíram acesso a educação formal, até mesmo pelo fato de serem na sua grande maioria alfabetizados em escolas rurais onde o estudo era restrito aos anos iniciais de educação.

Após contextualizar os idosos colaboradores da pesquisa, descrevo de uma maneira geral os contextos das conversas, pois tomei nota no diário de campo de observação não participante. Posteriormente a cada entrevista/conversa realizada, escrevia uma narrativa micro-contextualizando o acontecimento de cada uma delas (APÊNDICE E). Estas narrativas foram muito importantes pois possibilitaram, de certa forma, compreender quem eram estes idosos no ambiente familiar.

Primeiramente, esclareço que as entrevistas ocorreram de maneira muito tranquila e prazerosa. As conversas foram responsivas e pude direcionar, sem grandes dificuldades, o contexto necessário para construir os sentidos para a saúde bucal. Todos os idosos mostraram-se participativos e interativos para com as entrevistas, considerando que as conversas/entrevistas aconteceram de maneira aberta, tranquila, alegre, e no local e da maneira com que lhes convinham. Para Gergen (1997) e McNamee (2004), a liberdade de escolha, não só de participação mas também de negociação dos micro-contexto das conversas criam processos conversacionais para negociação e construção das realidades. Desta maneira pude perceber que a negociação das entrevistas também se constituiu em um aspecto fundamental que compôs o processo de análise dos dados desta pesquisa.

O processo de coleta de dados foi bem planejado e adequadamente realizado de maneira que possíveis “intempéries” foram trabalhadas de maneira que o processo conversacional foi repleto de riquezas de linguagens e estimularam-me à continuar entrevistando e seguindo o caminho de construção da pesquisa. Ao entrevistar os idosos, pude perceber que a maioria, facilmente, conversou sobre aspectos que envolviam a saúde bucal. Talvez pelo fato de que não me posicionei como cirurgião dentista. Isto fez com que o elo de interatividade meu com o idoso, no momento da entrevista,

pudesse construir pontos de vistas sobre a saúde bucal sem que o idoso pudesse se sentir coagido a responder as minhas perguntas com medo de responder algo que o “cirurgião dentista”, possivelmente, diria que está errado.

Assim o imperativo, nos contextos destas entrevistas, foi a liberdade conversacional nos limites do assunto pautado para a entrevista de maneira que estórias e repertórios ricos em sentidos foram captados com as entrevistas. Neste contexto de construção de sentidos destaco que para Gergen (2009), os sentidos são construídos na coordenação de um enunciado com a resposta à ele.

Desconstruindo o saber e o entendimento sobre saúde bucal que trago comigo e corroborando com Spink (2004) que mostra que é possível escutar e entender sem preconceitos os saberes, as linguagens, os entendimentos e as práticas de cuidado do outro, pude construir os sentidos para a saúde bucal adentrando outro universo com discursos trazidos pelos idosos.

7.2 AS RELAÇÕES IDENTIFICADAS

Dentro do processo dinâmico de construção de um conhecimento sobre saúde bucal, o qual proponho por meio da aproximação de diversos saberes e discursos, a perspectiva construcionista social sugere certos contextos norteadores que segundo Gergen (1997) derivam de relações coordenadas que produzem o nascimento de uma linguagem que adquire capacidade para proporcionar inteligibilidade às pessoas em seus contextos.

Entendo também que neste processo, segundo Rocha e Deusdará (2005), em pesquisas qualitativas, com enfoque na análise discursiva, a construção da questão da pesquisa não deve buscar meramente uma realidade subjetiva, mas sim estar em consonância com o objetivo pretendido e com as relações das pessoas colaboradoras com o algo estudado.

Além disso, outro aspecto, a favor desta construção de sentidos, está diretamente associado à visão ampliada da saúde que possibilitou a aproximação entre cultura, linguagem e saúde. Neste contexto destaco Lefèvre (1999) que entende a saúde da seguinte maneira: “Saúde faz parte daquele conjunto de termos paradoxais que, de um lado, são usados na fala de todos os dias e, de outro, são de muito difícil definição como entidades concretamente existentes”.

Para Gergen (1997; 2009), a grande questão construcionista é olhar para o processo de dar sentido a algo juntamente com outros (meaning with others). Este processo conjunto de construção de sentidos deriva do olhar para o discurso do outro, aprender e negociar com o outro, obter sucesso em

uma comunicação com o outro e também tentar entender o outro. Este é um processo onde compartilha-se saberes.

Penso que o fato de compartilhar saberes está diretamente associado ao fato de olharmos para a linguagem que se estrutura em uma conversa dialógica. Esta linguagem em uso, a que me refiro, é aquela proveniente do contexto e da maneira como a interação social entre diversas pessoas é guiada e é coordenada para a construção de algo (BAKHTIN, 1999). Para este processo é fundamental a comunicação refletida na utilização de linguagens. Assim, este pensamento vem ao encontro de Lefèvre (1999), que destaca que diversos termos, expressões e metáforas, podem ajudar a compreender aspectos relevantes dos sentidos para o processo saúde doença em nossas vidas.

Durante toda caminhada para análise dos dados, entendi que o fundamental para a uma análise do discurso é se deixar levar pela essência do discurso sempre sendo norteado pela questão da pesquisa, pois mesmo uma pesquisa condicionada por perguntas previamente formuladas, como neste caso, me vi várias vezes tentando a investigar diferentes fenômenos nos discursos, visto que os mesmos (discursos) eram riquíssimos em formas de linguagens, metáforas e falas que expressavam diversas relações sociais não só envolvendo a saúde bucal.

Focando nas possíveis relações entre pessoas idosas e saúde bucal, ações coordenadas permitiram uma retórica para conversar com os idosos sobre saúde bucal e entender as diversas relações existentes possibilitando-me identificar e entender diversos Repertórios Interpretativos. Esclareço que os RIs, os quais foram me sensibilizando durante a construção da análise, foram nomeados de acordo com temas que conversavam entre si permitindo a construção dos sentidos para a saúde bucal. Assim, esses RIs mostraram ao longo da análise o caminho que me levou a construir os sentidos com a análise dos discursos dos idosos.

Desta maneira nomeie os seguintes RIs: *Deficiência de informação e assistência odontológica na infância*; *Cuidando da saúde bucal: uma prática social*; *APS na construção dos sentidos para a saúde bucal*; *Envelhecimento da cavidade bucal: consequência e resignação*. Ao analisá-los, busquei entendê-los segundo Spink (2004) e Iñiguez (2004), por meio de práticas discursivas entendendo e identificando suas existências, permanências e diversidades.

Estas quatro construções interpretativas foram fundamentais para o entendimento e a compreensão de certas relações que envolviam a construção dos sentidos para saúde bucal presentes no discurso dos idosos. Para melhor compreensão apresentei estes Repertórios Interpretativos separadamente a medida que me convidavam a estabelecer um foco para análise.

7.2.1 Deficiência de informação e assistência odontológica na infância

O primeiro espaço para análise surgiu no momento em que os idosos mostraram suas histórias de vida. Nestas ricas histórias pude entender que muitas situações permitiram agrupar várias falas de maneira que a deficiência de informação e assistência odontológica na infância constituíram o ponto de partida para que a preocupação com a saúde bucal para estes idosos começasse a ocupar espaço na fase adulta. Desta maneira, a relação que existe entre as histórias de infâncias sem cuidado materno e/ou familiar e a atual condição da cavidade bucal é uma relação de consequência devido a desinformação sobre saúde bucal em diversos aspectos. Assim destaco alguns trechos que me sensibilizaram e me permitiram identificar tal relação (Trechos 1 e 2).

Alexandre: *então esse episódio que a senhora falou... né... tava mastigando e a ponte saiu.. o que você sentiu em relação a isso aí? senhora até deu uma risadinha né... mas o que você pensa em relação a isso?*

Colaborador: ***eu penso que se eu tive sido... me falado desde criança éh::: tivesse conhecimento... de escovar dente... de usar fio dental... de limpeza da boca como que tem hoje.. talvez não tivesse perdido os dentes.. e ter que fazer ponte... ter dente estragado... porque meus pais não me ensinaram... mesmo quando era mocinha... não me incomodava... porque hoje tudo é muito mais esclarecido... desde pequenininho já começa a ensinar as crianças... na minha época nada disso me aconteceu... eu acho que se tivesse nascido agora não passaria por esse vexame de ter perdido a prótis no meio do povo...***

Trecho 1

Alexandre: *hoje em dia::... a senhora fala pra ela (bisneta) fazer as coisas que a senhora acha que é certo em relação o boca?*

Colaborador: *é isso mesmo...ah::... dô um oriento pra ela... por que eu num tive... ah::: sei lá... na hora não me vem muita coisa pra falar... então tem que escovar muito bem os dentes se não dá bichinho... eu até já falei pro meu outro neto quando ele era menorzinho... ele falava assim... ah::: vô... hoje não vou escovar o dente...porque criança tem isso... eu falava não... você precisa escovar os dentes senão da bichinho forma burquinho no dente tal.. e coisa...acaba com o dentinho e dói... já passei por isso meu filho...*

Alexandre: *isso é uma coisa que a senhora quando era criança não teve?*

Colaborador: ***é::... orientação que se diz... não tive... se tivesse... hoje eu estava com meus dentes todos... por isso tenho protis...***

Trecho 2

Estas falas, que refletem contextos atuais de experiências desagradáveis vividas com próteses dentárias, são contextualizadas como consequência da deficiência de assistência odontológica na infância. Ou seja, esta consequência, que permanece em suas vidas, se justifica pela ausência de cuidado em fases anteriores da vida destes idosos. Observei no Trecho 2, que o idoso, em seu discurso, destaca que como não teve orientação sobre cuidados com a saúde bucal na infância, seja esta informação de qualquer origem, afirmou que teria saúde bucal. A saúde bucal neste caso reflete-

se na possível permanência de todos os dentes. Isso deixa claro a idéia que na atualidade este idoso é informado sobre a prevenção e cuidados com a saúde bucal. Neste contexto, observei que não existe uma relação de culpa aos pais, mas sim ao macro-contexto de suas histórias de vida (infância e adolescência) onde não se falava de cuidado com a saúde bucal.

O contexto de deficiência de informação e não preocupação com a saúde da boca reflete o sentido da saúde bucal para saúde pública brasileira na época em que estes idosos eram crianças, em meados das décadas de 40 e 50, onde a saúde bucal ficava a margem da preocupação com saúde. Nesta época, a saúde pública preocupava-se com doenças de ordem geral focando-se no contexto sanitário campanhista como a prevenção de doenças emergentes no Brasil (NARVAI; FRAZÃO, 2008). A falta de assistência e cuidados odontológicos na infância destes idosos era consequente ao modelo curativista e discriminador que havia no Brasil nestas décadas.

Entendi, por meio dos vocabulários identificados, que existe uma relação direta entre informação, cuidado (prática) e consequência, pois esta relação aflorou no momento em que o idoso relatou que caso tivesse tido informação anterior teria cuidado dos dentes e teria, consequentemente, evitado um vexame. Entendi este “vexame” com sendo um momento de sua história de vida que o deixou em situação social desconfortável, considerando que a saúde bucal também é fator determinante de relações sociais, e o fato de ficar sem dente na presença de outros reduzem as pessoas a sentirem-se excluídas socialmente. Esta relação entre saúde bucal e exclusão social está presente na nossa sociedade (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A relação entre informação e cuidado também esteve presente em outros momentos como a seguir:

Alexandre: então por exemplo... quando a senhora era criança... dentro da casa da senhora não tinha escova de dente... e nem sabia que existia o dentista...
*Colaborador: nem sabia que existia escova de dente... nunca tivemos naquela época uma escova de dente.... se pensava em lavá os pé e tomá banho... **não pensava no dente... por que o dente é uma coisa que quando era criança ia perder mesmo... nasce outro... e depois se aparecia uma cári, cári né?... lá no dentista da cidade ou tratava ou arrancava o dente.. era isso que fazia na época...***

Trecho 3

Na fala contida no Trecho 3, destacado acima, o cuidado com os dentes na infância não era incluído nem mesmo nos cuidados mínimos de higiene que esse entrevistado tinha na época. Dito de outra forma, entendi que a saúde bucal não tinha sentido no contexto de higiene pessoal. Este entrevistado, de origem rural e baixa escolaridade, quando mostrou que não se pensava no dente, entendo que esta era uma generalização onde a expressão “se pensava” foi uma maneira, em sua linguagem, de incluir toda uma geração de crianças e familiares da época.

Outro contexto interessante é o fato de existir na época uma relação de despreocupação com os dentes decíduos. Era uma situação real a não importância a dentição decídua, considerando que, a mesma seria substituída por dentes permanentes.

Esta despreocupação, relacionada com a falta de informação destas pessoas neste período de suas vidas, permitia a construção de uma prática social que segundo McNamee (2006) e Gergen e Gergen (1996), pode ser vivenciada por meio de conversas, experiências e informações que eram negociadas entre as pessoas que construíam este processo. Esta prática social é refletida na ausência de cuidado e despreocupação com o dente decíduo devido a presença dos futuros dentes permanentes.

Burr (2003), mostra que as pessoas ao negociarem formas de conhecer o mundo, negociam também formas de agir sobre ele. Este pensamento vem ao encontro do sentido (RI) identificado até este momento, visto que negociações feitas com situações passadas de informação e cuidado com a saúde bucal, criaram condições para a construção de maneiras de agir, mostrando sentidos, pensamentos e atitudes presentes na vida destes idosos.

Em outros trechos destaquei:

Alexandre: *quando a senhora era criança... assim... como que era? as pessoas falavam que tinha que cuidar dos dentes... ou não?*

Colaborador: *não.. o pessoal era muito simples né... **não tinha aquela preocupação com a saúde da boca... vixi... agora hoje em dia as mães já levam deusde pequeno no dentista... cuida melhor... fala que tem que escová... escova deusde pequenininho... de primeiro as mães nem ligava pra isso... e tinha aquilo de tinha uma dorzinha no dente ia lá... nem... nem.... quando vê já tinha tirado o dente...eh::: não era só isso... dava dor de dente as mães fazia aquele emplasto de fubá quente e punha assim... na gente... ((entrevistado coloca a mão no rosto simulando o local))***

Alexandre: *a é? e punha pro lado de fora?*

Colaborador: *é... a gente sofria muito quando era criança de dor de dente...*

Trecho 4

Alexandre: *como é que era aquela época que a senhora era mais nova?*

Colaborador: *ah... a gente num ligava muito não::: **minha mãe não dava de cima da gente pra gente escová os dente... num ligava pra escová::: comia num limpava... vô tê falá que num ligava pra escová dente não... acho que é por isso que estragô muito meus dente... não tinha uma orientação::: não não não... igual hoje em dia que os pais dá de cima dos filhos... leva nos dentistas... (pai fala) voce precisa começar ir no dentista você precisa cuidá dos dente... vamo no dentista... antigamente não era isso não... mas eu vejo que eu tô na média do pessoal que eu vejo da minha idade... tô bem...***

Trecho 5

As expressões destacadas nos trechos acima me convidaram a pensar mais uma vez na falta de preocupação que existia com a saúde bucal (Trecho 4 e 5). Quando o entrevistado verbalizou que

de primeiro as mães nem ligavam pra isso, e se utiliza da metáfora “não dava em cima da gente”, entendendo que na época em que o entrevistado era criança sua mãe não se preocupava com a saúde da boca e consequentemente não passava esta cultura de cuidado com a saúde bucal para os filhos. No Trecho 4 fica evidente a comparação que o entrevistado, expressando certo entusiasmo e euforia o qual pude perceber na linguagem “vixi”, fez entre duas condições: a falta de informação vivenciada na sua infância; e o cuidado percebido na atualidade. Este cuidado atual reflete o acesso, a informação e a assistência a saúde bucal que se mostra real e presente no seu dia-a-dia. Esta comparação estabelece uma relação social de acesso à estes aspectos seja no acesso pela proximidade com o serviço ou pelo acesso a informação e educação em saúde (BASTOS, PERES; RAMIRES, 2003; STARFIELD, 1998).

Esta era a realidade neste processo onde os discursos eram provenientes de realidades da vida diária dos mesmos, e neste contexto Berger e Luckmann (2002), destacaram que a realidade, que cerca os membros de uma sociedade, comunidade, ou grupo social, é que direciona condutas subjetivas dotadas de sentidos construídos socialmente que originam pensamentos e ações.

Destaco ainda outro trecho (Trecho 6) onde, conversando sobre histórias envolvendo saúde bucal, a falta de informação apareceu no discurso, trazido por este idoso, como uma condição de “ignorância” que levaram as práticas que desencadearam experiências dolorosas e traumatizantes que acabaram marcando de maneira negativa o sentido da saúde bucal. Este fato foi refletido na tentativa de cuidar de um dente cariado com métodos que se tinha acesso na época e no contexto em que ocorreu a história relatada.

*Colaborador: e outra vez também eu tinha dois dentes cariados eu sentia tanta dor... tanta dor... **olha a ignorância das pessoas na época...** ai uma mulher falou assim pega um algodãozinho põe um pouquinho de soda cáustica no dente que mata o verme e o dente para de doer depois fiquei quase louca.*

Alexandre: NOSSA e não queimou tudo?

*Colaborador: nossa... **o dente precisou tirar que ele (o dente) e a cárie parece que aumentou parece que queimou... sei lá... e eu coloquei... e aí piorou** NOSSA fui neste dentista... aí o pai me levou tal né... aí chegou lá e eu desesperada de dor... faz muito anos... eu era criança eu acho que eu tinha o quê... tinha uns doze anos... minha mãe ainda fazia sabão sabe?*

Alexandre: sabão de cinza... sei...

Trecho 6

Neste caso, de acordo com o trecho destacado acima, a falta de assistência na época levava a utilização de recursos disponíveis, no contexto em que o idoso vivia, para sanar a dor, na tentativa de curar a “doença” presente no dente. Esta experiência relatada permitiu a identificação de aspectos que me fizeram entender a “ignorância” não como condição de ignorar determinado fenômeno, mas sim na condição de falta de informação sobre o fenômeno. É nítido, neste RI, a consequência causada pela

falta de informação, ou seja o entrevistado fez uso de uma prática popular, e desconhecendo as possíveis reações do referido produto utilizado, fez uso do mesmo e teve como resultado de sua ação a mutilação dentária. A mutilação dentária, como elucidada o Narvai e Frazão (2008), é uma realidade brasileira e observei estar presente no passado destes idosos entrevistados, sendo que esta situação foi uma das possíveis responsáveis pela construção do sentido da saúde bucal em suas vidas.

No contexto do sentido para a saúde bucal como deficiência de informação e de assistência odontológica na infância, corroboro com Beauvoir (1990), que vem ao encontro deste estudo mostrando que o passado, o presente e o futuro estão intimamente relacionados ao longo de toda a existência dos seres humanos, e, as associações e relações que fazemos ao longo de nossa vida refletem-se na relação que o passado tem com o presente e com a maneira peculiar que cada um envelhece.

7.2.2 Cuidando da saúde bucal: uma prática social

Ao desenvolver esta pesquisa, posicionei-me como instrumento, construtor, interlocutor e espectador. Quando falo espectador quero dizer que antes de construir os sentidos fui sensibilizado pelos discursos dos idosos. Esta sensibilização, a que me refiro, é o fato de que, no momento de realização das análises dos discursos, me deixei levar pelo que as falas, a linguagem, os enunciados e os contextos traziam referente à questão da pesquisa. Este fato permitiu entender o sentido do cuidado com a saúde bucal como sendo uma prática social.

O cuidar em saúde bucal é uma ação que entendo como uma prática social, pois:

[...] prática social seja entendida como a ação que se desenvolve em resposta a um interesse e/ou necessidade da pessoa e da sociedade, exercida por seus praticantes sobre o objeto do seu fazer, da qual estabelecem relações, aplicam o seu saber como forma de transformar uma realidade concreta. Esses praticantes, ao participar desse processo de transformação, transformam-se também (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008, p. 906).

É nesta perspectiva que entendi o cuidado em saúde bucal como uma prática que por ser social é tão diversificada entre as pessoas. No desenrolar da análise, um aspecto que se mostrou evidente foi a relação entre saúde bucal e cuidado. Cuidado, não só no sentido da assistência mas também na condição de prática social.

Ao partir daí, observei que a longitudinalidade do cuidado em saúde é um fator que perpassou por vários trechos agrupados em um RI o qual nomeei de cuidando da saúde bucal como uma prática social. Este conceito de longitudinalidade vem ao encontro das premissas da APS elucidadas por

Starfield (1998). Pude entender por meio dos discursos trazidos pelos idosos entrevistados que o cuidar durante as fases da vida é reflexo proveniente do cuidado que se teve e se vivenciou lá na infância (Trecho 7). Por exemplo:

Alexandre: *então vamos pensar assim... se você tivesse que falar pra netinha da sua amiga o quê que é saúde bucal.. ou se tivesse que falar pra sua netinha...*
 Colaborador: *eu ia falar pra ela que a **saúde da boca é muito importante pra qualquer idade... mas principalmente pra idade adulta..** então tem que cuidá do dente agora desde quando é criança... **tem que aprender a cuidá da boca... do dentinho agora... pra::: quando for adulto não ter problema de cárie e não ter dor de cabeça com dente...** de dente feio.. manchado... perde dente e ter que usar ponte.... pra depois de ficar velho... ficar com os dentes todos na boca... e dente bom... e eu ia fala pra criança pra ela poder cuida agora pra ir no dentista pra ele poder... eu não ia saber explicar pra netinha como o dentista ia saber... explicar nessa idade... então seria assim... procurar um dentista que cuida de criança direitinho... hoje tem dentista que cuida só de criancinha bem pequenininha...*

Trecho 7

A saúde bucal na velhice pareceu estar relacionada com o fato de não ter maiores problemas com os dentes durante a velhice. Este fato está explícito na metáfora “não ter dor de cabeça com dente” (Trecho 7). Desta maneira entendi que a relação entre cuidado ao longo da vida e saúde bucal na velhice é parte do discurso que estabelece a longitudinalidade como sentido para saúde bucal. Portanto, para este idoso o sentido da saúde bucal na atualidade, construído por meio de diversidades, é cuidar da boca desde a infância.

Para Beres (1999), nos tornamos velhos trazendo um conjunto de situações, vividas desde nossa infância, refletidas em diversos sentimentos, e, a maneira que elaboramos e trabalhamos estes sentimentos é o grande diferencial para extrairmos conhecimentos que geram práticas e atitudes frente a vida.

Acredito que esta é uma relação dialógica constante e mostra-se presente nos sentidos transformados pelas ações humanas.

Nesta linha de raciocínio destaco:

Alexandre: *as crianças de hoje a senhora acha que não sofrem tanto assim?*
 Colaborador: *não não... porque já vai cedo pro dentista... antigamente as mães falava... ah:::... o dente vai muda mesmo... **mas agora... antes de cá mesmo as mãe já cuida...** as crianças tem tudo o dentinho bonitinho... arrumadinho né...*
 Alexandre: *os netinhos da senhora... a senhora percebe que eles cuidam direitinho?*
 Colaborador: *cuida... **a (neta) Emília até usou aparelho pra ficar bonitinha...** os dentes eram meio saliente... a outra (neta) do segundo casamento (casamento da nora) também tá usando aparelho.*
 Alexandre: *quer dizer que hoje é bem diferente daquela época?*
 Colaborador: *muito... muito..*

Trecho 8

Como destaquei no Trecho 8, acredito ser relevante mostrar a idéia de diversidade entre os sentidos. Esta diversidade pareceu-me palpável no momento em que o idoso destaca que a saúde da boca é importante para toda a idade, porém é mais importante para o adulto. Isto mostra que aquele sentido de irrelevância à condição de dentes decíduos devido a uma reposição por dentes permanentes, sentido este que era uma realidade para este idoso na sua infância, hoje se mostra o oposto. É possível perceber que este idoso deixa claro em seu discurso que é necessário cuidar desde a infância para ter saúde bucal na velhice. A preocupação com o cuidado na infância é fato a partir do momento que este idoso traça uma comparação entre sua experiência de vida e o acesso e a busca pelo cuidado que é vivido na atualidade pelos netos. Observei que a despreocupação que era uma realidade para este idoso na sua infância, referente ao sentido de irrelevância ao dente decíduo, reconstruiu-se de outra maneira sendo que o sentido da saúde bucal na atualidade é o cuidado desde a infância.

No trecho 2, que destaquei novamente focando outra fala, a noção de preocupação precoce com o cuidado dos dentes, simbolizado na imagem da neta que usa aparelho ortodôntico e na imagem da sua filha (a mãe) que realiza cuidados preventivos em relação ao dente decíduo, é identificada claramente quanto o referido idoso mostra-se informado na questão cuidado em saúde bucal na atualidade. Estas falas são importantes pois me convidaram a entender uma situação de cuidado entre diferentes gerações, que por sua vez permeia todo o cuidado como prática social. Em outras palavras, o cuidado, na construção dos sentidos para a saúde bucal, constrói-se pela dialogia entre diferentes gerações, considerando que as experiências vivenciadas pelos idosos conversam com a prevenção, a informação e a promoção de saúde na infância de hoje, simbolizada nos netos e bisnetos. Esses aspectos estão presentes nos trechos a seguir.

Alexandre: hoje em dia:::... a senhora fala pra ela (neta) fazer as coisas que a senhora acha que é certo em relação o boca?

*Colaborador: é isso mesmo... da:::... dô um oriento pra ela... por que eu num tive... ah::: sei lá... na hora não me vem muita coisa pra falar... então tem que escovar muito bem os dentes se não dá bichinho... eu até já falei pro meu outro neto quando ele era menorzinho... ele falava assim... ah::: vô... hoje não vou escovar o dente...porque criança tem isso... eu falava não... você precisa escovar os dentes senão da bichinho forma buraquinho no dente tal.. e coisa...acaba com o dentinho e dói... **já passei por isso meu filho...***

Alexandre: isso é uma coisa que a senhora quando era criança não teve?

Colaborador: é:::... orientação que se diz... não tive... se tivesse... hoje eu estava com meus dentes todos... por isso tenho protis...

Trecho 2 (citado novamente)

Especificamente, neste trecho, onde uma idosa, portadora de próteses totais e dona da casa que tem autonomia e autoridade para cuidar dos netos e participar ativamente da educação dos mesmos mostra em seu discurso que sabe da importância em cuidar dos dentes desde criança e por isso estimula este cuidado precoce e preventivo nos netos. A metáfora “já passei por isso meu filho” mostra, implicitamente, no discurso a idéia de que a experiência vivida com problemas dentários e o atual uso de próteses são imperativos e para que o portador deste discurso viva a saúde bucal com outro sentido na atualidade, o sentido do cuidado, da prevenção de doenças e da promoção de saúde.

Neste mesmo contexto outra idosa mostrou-se admirada com a precocidade do cuidado e da informação passada as crianças sobre o cuidado com a saúde bucal (Trecho 9).

Alexandre: então ah... ah... mães não tinham estes costumes de ensinar?

*Colaborador: não... não... que nem agora não... **eu fico boba... minha neta ensina os filho dela escova o dente escova a língua né... tudo isso... eu me admiro pra isso...** então eh::: eu fico admirada disso aqui das criança dizê o mãe eu vim da sua barriga... eu num me conformo porque a geração minha foi diferente...*

Trecho 9

A emoção, a admiração e o espanto, ao conversar sobre este assunto, mostrou a disparidade com o que ela vivenciou em relação ao cuidado com sua saúde bucal. Esta admiração reflete uma crítica positiva em relação ao que esta idosa pensa na atualidade sobre a necessidade precoce de falar e cuidar da saúde bucal. Em outros trechos da mesma entrevista, ficou claro a preocupação com a saúde bucal dos bisnetos.

A preocupação com a saúde bucal das crianças está presente no RI, analisado, que expressou a existência de conversa dialógica entre bisavó e bisneto sobre os cuidados necessários para manter a saúde bucal (Trecho 10). A informação sobre os cuidados com a saúde bucal, que estão presentes no discurso do idoso, como o cuidado em relação a escovação, os bochechos com flúor e o auto-exame, é passada ao bisneto sendo que esta ação, representada pela informação ao bisneto é uma consequência de ações vividas pelo idoso ao longo de sua vida que fazem com que o mesmo não deixe seu bisneto passar pelo que ele passou.

Alexandre: agora por exemplo dona fulana... os bisnetos da senhora... se algum bisneto da senhora chegasse pra senhora e falasse assim o bisa... o quê que é saúde da boca? fala pra mim bisa o que é saúde da boca? o que você falaria pra ele?

*Colaborador: **eu já té falo... falo pra ele que saúde da boca é escová os dente bem escovado... guaguejá na boca e biservá se não tem nehuma ferida na boca** alguma outra coisa... era isso... tem que cuidá mesmo... desde pequinininho... é de criança que aprende...eu acho **que as coisas que eu passei com a boca... o fato de ter dentadura hoje... isso eu não quero pros meus neto...** da moda do outro cuidá da boca hoje não faiz como eu*

fazia de tigamente... que nem... que fiz isso tigamente porque os pais era muito atrasado...

Trecho 10

Continuando o entendimento da relação entre cuidado e saúde bucal, identifiquei expressões e adjetivos nas falas que me fizeram pensar que o autocuidado com a saúde bucal também esteve presente na vida destes idosos. O sentido para a saúde bucal como aspecto a ser cuidado, pode ser reconstruído a partir da importância dada a saúde bucal das crianças e também do fato de evitar que outras pessoas percam seus dentes precocemente. Estas ações fazem com que os idosos demonstrem que cuidar da saúde bucal é importante em suas atuais fases da vida, como destaquei no Trecho 11.

Alexandre: agora fala pra mim o que vier na cabeça do senhor sobre saúde da boca... saúde da boca é o quê para o senhor?

*Colaborador: a saúde da boca é por onde se come né... é tudo... né... então mastiga... vai pra dentro do estômago... se você não cuidar disso aqui (entrevistado aponta com os dedos para a boca)... tem que cuida né... mas a boca é principal né... **o que eu não cuidei antigamente quero cuidar hoje... escovo quatro vez por dia...** (...) (esposa entra na sala)*

Trecho 11

A importância atual direcionada ao cuidado é o reflexo consciente do fato de não ter cuidado em fases anteriores de sua vida, ocasionando, conseqüentemente, o uso de próteses totais. Esta relação de consequência será destacada em repertórios interpretativos discutidos posteriormente. A consequência gera uma justificativa para a escovação diária de dentes e próteses além do fato de que em seu discurso, inserido no micro-contexto da entrevista, a alimentação também justifica o cuidado com a saúde da boca.

O cuidado também mostrou-se importante quando a informação sobre doenças, que não faziam parte do crivo de conhecimento de alguns idosos, entra no cenário de suas famílias e ou comunidade. Este fato é destacado no trecho abaixo (Trecho 12):

Alexandre: e na tua infância como é que era? como e qu/ o que o pessoal fala pensava da boca?

*Colaborador: não falava nada... antigamente... muitos anos atrás não se falava nada... não tinha tanta coisa como tem agora né... não se ouvia falar assim ... assim de câncer de boca... **hoje eu me preocupo e cuido da saúde da minha boca... existe até câncer de boca...** eu não sei porque está assim hoje... tanta doença...*

Trecho 12

A informação e o acesso, ao conhecimento sobre saúde bucal, são aspectos recentes na história da saúde pública brasileira (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2008; NARVAI; FRAZÃO, 2008). O surgimento e o diagnóstico de doenças que acometem a cavidade bucal refletem

um processo dinâmico relacionado aos contextos da relação saúde-doença (LAPREGA, 2000). A informação e o acesso são constituintes de um processo indissociável de promoção de saúde (STARFIELD, 1998).

Em consonância com o exposto, a comparação entre situações vividas na infância e na atualidade fizeram com que este idoso identificasse o surgimento de “novas” doenças como o câncer de boca. Digo novas doenças de acordo com o contexto da conversa e pela idéia de que não era falado, em nível coletivo, sobre câncer de boca quando este idoso era criança e jovem. Desde então, saúde bucal passou a ter um sentido mais elaborado de maneira que o “possível câncer de boca” fez com que a saúde bucal não fosse considerada apenas cuidado com dentes e próteses, mas sim o cuidado com “novas” situações que o idoso vai se deparando ao longo da vida.

Estas novas situações vão estabelecendo relações e processos conversacionais que, segundo Gergen e Geren (1996) e McNamee (2004) vão construindo diversos sentidos para a vida.

O cuidado na atualidade destes idosos, o qual foi expresso no momento em que as entrevistas foram realizadas, deixaram claro que a busca pelo cuidado também esteve refletida na busca pela assistência a saúde bucal simbolizada na figura do dentista. A busca pelo cuidado parece estar congruente com a assistência prestada pelo dentista, que no macro-contexto destes idosos se refletiu pela universalidade do acesso a saúde e pela acessibilidade ao cuidado, pois segundo Bulgarelli (2006), todos estes idosos faziam parte de uma comunidade que por sua vez era adscrita em um Núcleo de Saúde da Família. O trecho a seguir mostra a importância do acesso ao cuidado (Trecho 13).

Alexandre: *Então vamos conversar?*

Colaborador: *vamo coversá... e já vou te falar que eu fui no Núcleo e depois no posto da rua tal tratar de dente e não faz muito tempo não... semana passada...*

Alexandre: *ah... que bom... por que a gente quer entender é:.... discutir lá com a equipe... e entender melhor o quê que é isso... então eu estou aqui hoje pra bater um papo com o senhor sobre saúde mas como o senhor já começou a falar de dentista... vamos fala de saúde da boca?*

Colaborador: *pra mim... da boca tem bastante coisa né... tem que cuidar bem.. vamo supô dos dentes.. da gengive... que é coisa que eu cuida né... inclusive eu fui aqui no posto com o Dr. Fulano... mas tava tudo bem né... tudo normal... mas aí me restaurô o dente... hoje não tô sentindo nada de diferente... –PARA...-- ((interferência da cachorrinha da casa que pula no colo do entrevistador))*

Trecho 13

Ao olhar mais cautelosamente para as frases e expressões contidas no trecho deste discurso e olhando para o fato de que o idoso já iniciou a conversa justificando-se e dizendo que havia ido ao dentista em um passado próximo, entendo que a visita ao dentista é uma realidade que subentende o cuidado e a preocupação com a saúde da boca (Trecho 13). Em outras palavras, saúde bucal é cuidar

e este cuidado também é refletido no acesso ao dentista. Neste trecho eu deixo a conversa acontecer desta maneira e assim continuamos a conversar sobre saúde da boca e em seguida mais uma vez a visita ao dentista teve sua relevância na associação entre saúde bucal e cuidado. Neste caso em um contexto específico de problemas gengivais o idoso mostrou-se preocupado e responsável em relação a busca de atenção a saúde e assistência odontológica.

Quando penso em atenção a saúde bucal e assistência odontológica tenho em mente que são processos distintos pois segundo Narvai (1992), estes contêm sentidos distintos onde assistência refere-se a um conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos e atenção é um conjunto de ações de alcance coletivo objetivando manter a saúde bucal podendo ser coordenada externamente ao setor saúde como educação e saneamento básico. Estes fatores vêm ao encontro do referido RI analisado neste tópico.

Enfim, pude observar e entender que o cuidado como prática social remete ao fato de que muitos saberes, conhecimentos, práticas e atitudes são re-significados e reconstruídos ao longo do tempo e, assim, inter-relacionados na construção de ações em resposta aos interesses sociais frente as necessidades dos idosos.

7.2.3 Atenção Primária à Saúde construindo sentidos para saúde bucal

Um dos aspectos mais relevantes da construção dos sentidos para a saúde bucal com os idosos entrevistados foi a aproximação com a APS que possibilitou a identificação do presente RI. Quando digo aproximação, refiro-me a ação da APS nas vidas cotidianas destes idosos por meio de uma conversa dialógica que existe entre o discurso da práxis da APS referente aos seus conceitos e premissas, e os discursos trazidos pelos idosos expressos nas suas entrevistas. Quando olho para estes idosos e vejo que todos eles vivenciavam no seu dia-a-dia o cuidado provido pela APS, pude de certa maneira, identificar alguns conceitos da APS que se relacionaram diretamente com o direcionamento de práticas e cuidados para a construção dos sentidos para a saúde bucal.

A aproximação entre APS e construção de sentidos para a saúde bucal é refletida no conceito de coletividade, ou seja, a APS e a construção de sentidos compartilham suas ações olhando para o coletivo e não o indivíduo. Esse contexto me permite retomar Gergen (1997), pois segundo este autor, são as relações que tornam possíveis a construção de significados e sentidos sobre algo, e, não é o indivíduo que inicia um processo de comunicação, mas sim as relações existentes nos mais variados contextos, onde incluo a presente pesquisa.

Vale ressaltar que estes idosos não eram portadores de discursos pré-elaborados sobre saúde bucal, considerando que o cuidado na seleção do grupo de participantes/colaboradores excluiu aqueles idosos que eram acompanhados e que participavam de grupos de educação em saúde bucal organizados pelo cirurgião dentista no NSF em questão. Para este perfil de idosos, pude observar o espaço que a saúde bucal ocupava em suas vidas com a participação da APS, porém, sem a assistência específica da odontologia.

Desta maneira a saúde bucal, que foi foco neste estudo, foi embasada em conceitos e premissas da APS que segundo Laprega (2000), Santrain e Lopes (2003), baseam-se em uma visão ampliada de saúde.

A análise dos dados me convidou a entender que a APS permitiu uma mudança no pensamento destes idosos frente ao cuidado e a assistência à saúde visto que diversos aspectos de suas vidas eram rodeados por situações em que a APS proporcionava a promoção de saúde. A relação entre APS e promoção de saúde é a base para a construção de sentidos para a saúde bucal neste contexto específico de participação da saúde pública brasileira, especificamente o SUS, na vida destes cidadãos. Esta relação de participação do SUS na construção de sentidos para a saúde bucal é perceptível no Trecho 14, discutido a seguir.

Alexandre: nossa oito? que beleza hein... se a senhora tivesse que explicar para um netinho da senhora... pegasse um neto da senhora... e tivesse que falar pra ele o quê que é saúde da boca... o quê a senhoraalaria pra ele?

*Colaborador: saúde bucal é cuidar né... por que hoje tem a mãe também né... a mãe que orienta né... tudo eles tem o dente bonito... dente bom... eu falaria que saúde da boca... éh::: tem que cuida né.. tem que escova os dente né... **no dia que fui tomá vacina no Núcleo aqui perto eu vi o dentista falando pra mãe da criança que tinha que fazê o filho escova o dentinho...** - -fui tomá vacina da gripe sabe... é bom...- -*

Trecho 14

No texto acima (Trecho 14), a integralidade da atenção aflorou na realidade deste idoso no momento em que nossa conversa entrou em uma dinâmica sobre o cuidado. Mais uma vez o cuidado esteve presente na construção de sentidos para a saúde bucal, e, como diz Spink (2007), em um tempo curto de interação e dialogia.

O cuidado com a saúde geral é explícita na busca pela prevenção de doenças como a gripe (Trecho 14). A ação coletiva de prevenção por meio de campanhas de vacinação propostas pelo SUS, fez com que este idoso fosse indiretamente informado sobre a importância da mãe no cuidado com a saúde bucal da criança. Esta informação ocorreu em um espaço promotor de saúde que é o SUS. No meu ponto de vista esta é uma maneira de entender a integralidade da atenção, assistência e do cuidado, considerando que uma unidade pública de saúde voltada a APS propõe a construção

multidisciplinar da saúde. Esta construção é real e desta forma as pessoas que têm acesso a esta perspectiva de assistência, proposta pelo APS, passam por um processo conversacional entre diferentes circunstâncias promotoras de saúde.

Ao encontro da presente pesquisa, Mendes (2006) mostra que a aplicação da integralidade é o reconhecimento de que APS envolve ações de promoção, prevenção e reabilitação, de maneira integrada, onde as intervenções englobam as pessoas e suas inter-relações com seus ambientes natural e social.

Em uma abordagem integral do indivíduo e da família na construção da saúde, onde incluo a saúde bucal, corroboro com Giovanella et al (2002), que pontua que redes básicas de saúde com adscrição populacional, estratégias de acolhimento e trabalho multidisciplinar, são critérios para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais da saúde e a comunidade.

No momento em que identifiquei a fala *“no dia que fui tomá vacina no Núcleo aqui perto eu vi o dentista falando pra mãe da criança que tinha que fazê o filho escova o dentinho”* (Trecho 14), repleta de ações e sentidos, acredito que a relação entre acesso a assistência e integralidade da atenção é fundamental para os sentidos da saúde bucal na vida destas pessoas, visto que, a aproximação entre o fato de cuidar da gripe perto de casa e acesso a informação sobre saúde bucal por meio da observação das diversas ações do NSF, representa uma integralidade de saberes quando o assunto é promover saúde.

Neste contexto a integralidade é compreendida como atributo das práticas em saúde que proporcionam o cuidado holístico e integral por meio da interlocução de diferentes práticas como as médicas, de enfermagem e odontológicas (MATTOS, 2004; STARFIELD, 1998; TREZZA, SANTOS; LEITE, 2008).

Seguindo esta linha de pensamento, identifiquei outros momentos da entrevista que, além de me convidarem a pensar na integralidade e multidisciplinaridade na construção de sentidos para a saúde bucal, trouxeram também outro conceito que está relacionado com uma das diretrizes organizativas do SUS que é a referência e contra-referência entre os serviços. Este conceito apareceu no discurso deste idoso como pude observar no Trecho 15 a seguir.

Alexandre: *eu percebo que o senhor é uma pessoa preocupada... assim... o senhor cuida da boca... o senhor vai atrás...*

Colaborador: *eu cuido sim... qualquer coisinha eu vô no dentista... eu tratava particular... de primeiro eu tinha uma dentista... aqui perto da igreja... dra Fulana... num sei se você conhece... lá na (Rua) Tal.*

Alexandre: *ali na (Rua) Tal tem muito dentista né?*

Colaborador: *tem mesmo... muito... mas como tava te falando... depois como tenho diabete... aí... **eu tratava com a liga da diabete no posto aqui em cima** ((gesto com a mão apontando a direção do posto)) então falaram do*

*dentista também e me mandaram pra ele... **por que todas pessoas que tem diabetes eles mandam pro dentista do posto central...** pra cuida dos dente e da boca e da gengivi... aí então desde aquela época fui primeiro na liga do núcleo e agora tô cuidando aqui no posto.*

Trecho 15

Neste trecho da fala que compõe o discurso do idoso, durante o desenrolar de nossa conversa fui construindo, no tempo curto desta interação, uma possibilidade para que este idoso falasse sobre acesso ao dentista.

A possibilidade de conversar reflete a construção de uma realidade por meio de processos conversacionais que por sua vez geram práticas e ações sociais (GERGEN, 1997, MCNAMEE, 2004).

Foi nesta possibilidade, de falar sobre acesso ao cuidado em saúde, que a associação entre cuidado com a diabetes e o cuidado com a saúde bucal emergiu no discurso. Esta relação surgiu no momento em que o encaminhamento de usuários diabéticos para a assistência odontológica foi vivenciado com usuários do SUS na específica unidade de saúde. Acredito que a relação entre a assistência odontológica e o cuidado com a diabetes possibilitou a conversa entre estas práticas, permitindo a construção de valores para a saúde bucal que estão refletidos nas atitudes dos idosos em procurarem o dentista para cuidar da saúde dos dentes e gengiva, tendo como elo de ligação a APS.

Acredito que referência à outros serviços, que são premissas da integralidade do cuidado e da atenção, foram responsáveis por construir sentidos para a saúde bucal no momento em que a sensibilização e preocupação com a saúde bucal tornou-se real por meio de outras preocupações em saúde como no caso da diabetes. A referência e a contra-referência são diretamente responsáveis pela longitudinalidade e pelo acolhimento do usuário, visto que ao trabalhar com diferentes contextos e níveis de atendimento, a APS tornou-se fundamental como instrumento de organização de um sistema de saúde que tem como premissas a integralidade e a universalidade (BRASIL, 1988, 1998; STARFIELD, 1998).

Quando os discursos conduziram para entrar em contato com o conceito de acolhimento percebi que esta prática, premissas da APS, esteve identificável com o vocabulário destacado no trecho a seguir.

Alexandre: é::: bom assim quando cuida da boca... não é?

*Colaborador: é::: que nem... **agora o dentista que eu fui aqui no posto (Unidade de Saúde) me fala as coisa...** fala que no máximo agora... principalmente quanto mais (pessoa) velha vai ficando... os anos vai passando... então vai murchando (a gengiva)... entende... ela (dentadura) não vai ficando bem assentadinha... no máximo é cinco seis anos mesmo... vai murchando a::: maxilar que fala? o maxilar e a gengiva... é a gengiva... isso mesmo... justo... (entrevistada aponta com o dedo da mão o local referido)*

Trecho 16

Este trecho da entrevista (Trecho 16), realizada com um idoso autônomo, independente e ativo, e, contextualizada em um momento em que estávamos conversando sobre características do envelhecimento da cavidade bucal, me sensibilizou e pude identificar, no RI em questão, expressões e falas que mostraram a associação entre a importância do dentista de uma unidade de saúde (dentista trabalhador do SUS) e o acesso a informação sobre a saúde bucal. Entendi esta associação por meio da interpretação que faço de que o idoso se sentiu acolhido pelo profissional da saúde bucal a partir do momento em que existiu uma conversa entre eles (profissional-usuário) sobre saúde bucal. Estas conversas proporcionam negociações sobre a temática conversada e assim novas relações e sentidos sobre algo são construídas (GERGEN, 1997).

A fala “*agora o dentista que eu fui aqui no posto (Unidade de Saúde) me fala as coisa*” (Trecho 16) teve a função, dentro deste discurso, de pontuar a existência de comunicação entre o usuário e o dentista, de modo que esta comunicação foi instituída como sentimento de ser acolhido a partir do momento em que é informado sobre saúde bucal.

Quando penso em acolhimento, penso em humanização de atendimento e tudo isso remete a estratégia de saúde da família. Entendo que a construção dos sentidos para a saúde bucal com estes idosos, não seria conduzida desta maneira caso não houvesse a implantação da referida estratégia no local onde a pesquisa foi desenvolvida.

A adscrição populacional proporciona, além de aspectos de vigilância em saúde, um contexto de identificação com a realidade da população em questão (BRASIL, 1990, 1998, 2001). Esta identificação cria vínculos do serviço com a comunidade e vice-versa. O vínculo é muito importante pois por meio dele o sistema de saúde caminha dentro das prerrogativas do SUS e confere práticas conversacionais que promovem o conhecimento das necessidades da população assistida (TEIXEIRA, 2003). Estas práticas conversacionais são realizadas por processo dinâmico de relacionamento interpessoal entre funcionários e/ou entre funcionários e usuários especificamente por visitas domiciliares provenientes da perspectiva da estratégia de saúde da família (BRASIL, 2001; PINTO, 2008). Desta maneira destaco:

Alexandre: e me fala uma coisa... como é que o senhor ficou sabendo que tinha que cuidar da boca?

Colaborador: ah:: quando a agente fica dentro de casa assiste televisão né... e tem o pessoal (agentes comunitários de saúde) que vem aqui em casa... aqui do núcleo aqui... vem e explica pra gente... até a (neta) fulana faz isso comigo... minha neta..

Trecho 17

Alexandre: o que é saúde bucal pro senhor?

Colaborador: ah:: saúde bucal o que eu te digo? em termos do que é bom eu acho que é muito importante o cuidado... cuidá em casa... eles (agentes

comunitárias de saúde) vem aqui em casa... eles orientam a gente direitinho é muito bom... e sempre estar indo procurar também né... e fazê exames também porque precisa... saúde bucal é uma higiene... uma higiene né... a pessoa tem que fazer como se fosse qualquer outra coisa... tomá banho fazê o que for...porque com o corpo a boca ainda é muito mais importante mais sério ...

Trecho 18

Os trechos acima destacados foram de fundamental importância para que eu pudesse entender a relação da saúde bucal com as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (Trechos 17 e 18). As visitas domiciliares são práticas fundamentais que norteiam a estratégia de saúde da família de maneira que funções de vigilância em saúde como o diagnóstico populacional, a identificação de riscos em saúde, bem como o vínculo, a capacidade de escuta e o acolhimento, estejam relacionados com a construção de sentidos para a saúde da boca (BRASIL, 1998, 2001, STARFIELD, 1998).

A construção de sentidos para a saúde bucal deve-se ao fato de que os idosos se cuidam tendo como orientação as informações provenientes da estratégia de saúde da família, e segundo Koyashiky, Alves-Souza e Garanhani (2008), os ACS são sujeitos sociais fundamentais nesta orientação e educação para a saúde.

No trecho 17 quando o idoso propõe “tem o pessoal que vem aqui em casa... e explica pra gente”, identifiquei nesta proposta uma fala que mostra o ACS como acolhedor no sentido de pessoa que tem o cuidado humanizado de explicar e conversar sobre determinados cuidados com a saúde. Esta humanização do atendimento é fundamental dentro da estratégia de saúde da família para que vínculos sejam criados com a comunidade (BRASIL, 1990, BRASIL, 1998). Assim, corroborando com Camargo-Borges (2007), estes vínculos entre serviço e usuário negociam, dentro da realidade da comunidade, propostas de cuidado com a saúde de maneira que a promoção da saúde é o eixo condutor desta dialogia.

É interessante a presença dos ACS na vida destes idosos, pois os mesmos influenciam diretamente na construção de sentidos para a saúde bucal. Os ACS, nessa condição de promotores de saúde, criam um vínculo e uma relação de confiança que geram condições para que a educação em saúde seja o elo entre APS e sentidos para a saúde bucal.

Neste contexto destaco o estudo de Koyashiky, Alves-Souza e Garanhani (2008), pois tais autores, mostrando por meio da análise do discurso de ACS, enfatizaram que estes profissionais entendem a saúde bucal como algo muito importante e que podem, pensar e agir para transformar a realidade da saúde das pessoas. Segundo mesmos autores o ACS é um dos profissionais responsáveis por tornar real a idéia de que saúde bucal significa educar e promover mudanças de hábitos de saúde por meio da promoção da saúde e:

Para pensar e agir é preciso ter certeza. E tal certeza está na luta diária, na qual se acredita ser possível que uma pequena mudança feita com qualidade e dirigida a um objetivo em comum seja capaz de operar grandes mudanças tanto quantitativamente como qualitativamente (KOYASHIKY, ALVES-SOUZA, GARANHANI, 2008, p. 1354).

Quando permiti que o idoso mostrasse a origem de seu conhecimento sobre o cuidado com a saúde bucal identifiquei um conjunto de expressões e falas que, caracterizando o RI construído, tiveram a função dentro do discurso em questão, de justificar a relevância da Estratégia de Saúde da Família e mais amplamente a APS como promotoras de conhecimento em saúde bucal (Trecho 18). Este conhecimento muitas vezes é foco de condições que fazem com que os idosos atentem-se ao autocuidado em casa. Na fala: “..*cuidá em casa... eles (agentes comunitários de saúde) vem aqui em casa... eles orientam a gente direitinho é muito bom*”, identificada no Trecho 18, os vocabulários me levaram a entender que esta é uma relação de cuidado muito estreita e importante para estes idosos, deixando claro a aceitação da visita dos ACS para que os idosos se sintam cuidados, assistidos e responsáveis por suas saúdes bucais. Esta responsabilidade deve-se a relação de valorização da informação para o autocuidado em casa.

Neste sentido, o cuidar em saúde extrapola os muros do Núcleo de Saúde da Família e passa a ser vivenciado dentro das residências de cada idoso e este fato os transformaram em autocuidadores de suas saúde bucal. Este discurso levou ao entendimento de que o cuidar em casa (autocuidado) foi possível a partir do momento em que a importância da saúde bucal entra em suas casas por meio da ESF. Esta relação de informação para autocuidado fez-me pensar em empoderamento, que segundo Teixeira (2005), pode ser entendido como a condição da comunidade em aplicar o conhecimento adquirido sobre cuidados em saúde bucal em suas vidas com o intuito de prevenir doenças e promover saúde.

Finalizo esta etapa da análise, referente a relação da APS na construção de sentidos sobre a saúde bucal dos idosos, destacando um trecho das fala de um idoso que se mostrava preocupado com sua saúde bucal. Tal fato foi refletido na comparação dos tratamentos odontológicos anteriores com o atual tratamento dispensado em um serviço público de saúde (Trecho 19).

Alexandre: *eh::: mais se você for ver hoje em dia tá tudo muito diferente né...?*
 Colaborador: *só que agora eu acho que estes tratamentos de hoje... antigamente não... eu tratei três canal... com um japonês particular aqui perto... um hora e meia duas hora ficava na cadera e ficava pronto... já com... acho que quatro cinco ano e eu não sabia o que é passá um dia sem dor cê mastiga dói... fica aquele latejando era direto... mas hoje tem uma coisa... **hoje em dia cê vai no dentista do postinho ele te ensina até escová o dente...** aquilo que cê tem que fazê...*

Trecho 19

O trecho destacado acima contém um elenco de expressões, figuras de linguagem e palavras muito interessantes, que mostram a imagem de entusiasmo e espanto ao verbalizar uma nova função do cirurgião dentista: a função de educador em saúde. Os vocabulários utilizados, e o momento da entrevista que deixa claro a idéia de que o tratamento anterior teve como consequência certa experiência dolorosa, me convidaram a entender a diversidade do cuidado. Anteriormente tratava-se o dente e o mesmo continuava doendo e na atualidade o cirurgião dentista realiza o tratamento dentário e ensina maneiras de cuidar da saúde bucal. O vocabulário “até” passou a idéia de algo a mais, e este algo a mais surte um efeito de espanto. Desta maneira, a educação em saúde bucal, vivenciada no processo conversacional entre usuário e profissional do sistema público de saúde, foi fundamental para a mudança de pensamento em relação à saúde bucal.

De certa maneira entendi que a função do repertório interpretativo (RI) em questão foi transmitir a idéia de que educação em saúde bucal faz parte de contextos que permitem a construção de sentidos para a saúde bucal. Falar de saúde bucal neste sentido é contextualizar o dentista como agente educador em saúde tendo como cenário desta educação o espaço conversacional criado pela APS.

7.2.4 Envelhecimento da cavidade bucal: consequência e resignação

A questão do envelhecimento da cavidade bucal, entendida e interpretada com o auxílio de expressões e falas contidas nos discursos dos idosos, é muito rica e repleta de emoções que expressam relações de conformismo e cuidado para o futuro. Esta relação é pautada no contexto atual de uma saúde bucal vivenciada como uma consequência do passado vivido sem cuidados com a mesma. O cuidado, que trabalhei anteriormente, conduziu ao entendimento de que esta relação de resignação e aceitação de condições mostraram-se naturais do envelhecimento. Com os discursos destes idosos, pude entender que algumas situações que ocorreram na cavidade bucal com o passar do tempo, foram consideradas, por alguns idosos, como normais, e esta idéia de “aceitar como normal” tais situações refletiu uma relação de resignação na construção do sentido para a saúde bucal.

Tendo como fio condutor a temática do envelhecimento da cavidade bucal pude identificar o RI, envelhecimento e resignação, que me convidou a interpretação da saúde bucal por meio de imagens e vocabulários que nos seus micro e macro contextos disseram algo sobre o sentido da saúde bucal. Desta maneira inicio esta etapa da discussão destacando o seguinte trecho de uma entrevista:

Alexandre: *cuidar da saúde... da saúde como um todo... eh::: bom vamos então falar de saúde da boca?*

Colaborador: **bom:::... *quê que eu posso falar da saúde da boca...tenho dentadura né***

Alexandre: *as duas?*

Colaborador: *éh::: em cima e em baixo... éh::: as duas... e graças a Deus não sinto nada... não tenho nada... nem dente mais eu tenho... faz mais ou menos cinco anos que tirei o resto dos dentes... e agora não sinto mais dor nenhuma...*

Trecho 20

Neste trecho 20, identifiquei uma fala que teve a finalidade de justificar o desinteresse/despreocupação em relação a saúde bucal, pelo uso da dentadura. O fato de ter dentadura sugeriu uma relação de distanciamento deste idoso com sua saúde bucal e vejo esta relação como uma atitude de resignação. Destaco, também, que a emoção do entrevistado neste momento da entrevista refletia uma condição de aceitação da situação atual da cavidade bucal. De certa forma este momento traduz a idéia de que ter dentadura significa ser indiferente em relação a saúde bucal, pois a utilização de um recurso protético artificial representa a despreocupação com a saúde bucal. Neste mesmo trecho foi possível observar um cenário de associação da saúde bucal com a ausência de dentes e satisfação.

Também identifiquei esta concepção de conformismo e resignação em outras falas como as que seguem no trecho a seguir (Trecho 21). Quando o idoso diz que depois é só acostumar com a dentadura, isso sugere que esta é a realidade para este idoso. A realidade expressa na necessidade de adaptação aos acontecimentos do envelhecimento tornou-se legitimada, no discurso, neste momento em que emergiu na fala a necessidade de acostumar com uma dentadura, pois ao conversarmos sobre uso de prótese, este aspecto emergiu, como condição de consequência do envelhecimento.

A generalização, no sentido de inclusão em um grupo da mesma geração, é condição também presente pois com a fala “*eu falo a gente que já tá numa certa idade...*” (Trecho 21), o idoso mostrou que ele é portador de uma discurso composto por uma linguagem que tem a função de mostrar que o grupo de pessoas com idade avançada possivelmente sofrerão algumas consequências com a saúde da boca refletida no envelhecimento da cavidade bucal. Quando o idoso diz “*eu falo*”, quer dizer que ele é portador de um conhecimento sobre saúde bucal e envelhecimento por possuir uma relação estreita com tais assuntos, pois o mesmo é um idoso e passou por experiências em relação a saúde bucal e que hoje geram consequências para sua saúde como o uso de dentadura.

Estes aspectos são convergentes com Moreira Junior (2001), pois segundo este autor a hegemonia, neste contexto, é de que não sendo possível evitar e transpor as consequências a velhice,

os sentidos construídos estão associados ao controle destas, ditas, consequências, por meio de alternativas e receitas para a busca de um envelhecimento mais saudável frente as limitações.

Entendo que uma alternativa para um envelhecimento saudável em condições limitantes seja, por exemplo, a resignação com o uso de uma dentadura.

Alexandre: e me fala uma coisa... a senhora tem alguma prótese? assim... é tudo dente da senhora?

*Colaborador: tem poucos meus... é:.... como que chama aquilo? é:.... come põe os dente... tira...meu mesmo tem pouco... mas eu falei... agora eles começa também a estragar...**eu falo a gente que já ta numa idade... aí começa a arrancar tudo... e depois é só acostumá com dentadura...***

Alexandre: a senhora falou assim que começa a estragar... voc/ voc/... a senhora acha que é por causa da idade?

*Colaborador: é:.... é:.... porque se já viu né... **conforme a idade vai estragando e amolecendo mesmo...***

Trecho 21

No mesmo trecho (Trecho 21) um outro aspecto foi importante ao observar a relação entre o envelhecimento da cavidade bucal e os sentidos para a saúde bucal. O dente é uma imagem que esteve presente no discurso deste idoso, principalmente, ao destacar que com o envelhecimento os dentes tornam-se estragados e com certa mobilidade.

A mobilidade dental acontece devido a perda de inserção periodontal, que suporta o dente dentro e fixo no alvéolo ósseo, e fisiologicamente a perda de inserção não é uma consequência do envelhecimento. Em discurso oposto ao discurso teórico este idoso mostra sua realidade e sua crença de que o envelhecimento faz os dentes ficarem com mobilidade e com um destino certo: a extração e o uso de próteses. Portanto este repertório, mostrando a resignação, teve a função de descrever um acontecimento que facilitou a aceitação de uma consequência tida como verdade para este idoso que é a deterioração e a perda dentária devido ao envelhecimento.

De maneira semelhante a presente pesquisa, Ribeiro e Raserá (2008), mostraram que a resignação parece ser vista como um agente facilitador do processo de adaptação de recursos protéticos e parece criar condições para que pessoas idosas sejam capazes de refletir a respeito das adversidades do envelhecimento e superá-las pacificamente.

A relação entre o sentido da saúde bucal e o sentido do envelhecimento é congruente em certos momentos da vida das pessoas idosas. Assim, Moreira Junior (2001), destacou que em espaços conversacionais o envelhecimento, na sociedade brasileira, pode ser construído com processo de perdas, mutilações, luta contra doenças e convívio com situações de vulnerabilidade, sendo que este é muitas vezes um processo natural e inevitável.

Aspectos relacionados ao envelhecimento e perda de dentes também estiveram passíveis de identificação em outras entrevistas em momentos diferentes de abordagem da temática.

Alexandre: *o quê é este nervo que a senhora falou?*

Colaborador: *nervo é o que fica na gengiva que vai embaixo da dentadura... na gengiva... tira os dentes depois fica este nervo aqui em baixo ((aponta com o dedo para o rebordo alveolar inferior))... depois que eu tirei os dentes cabei ficô mais satisfeita.*

Alexandre: *a senhora me falou que caiu tudo sozinho... a senhora acha que isso foi por causa da idade? Quando vai ficando velho o dente vai caindo?*

Colaborador: ***eu acho que é... sabe porque? o dente vai ficando mole sozinho... e depois cai... é da idade né... perda do dente é da idade.***

Trecho 22

Alexandre: *o cuidado que a senhora tem com a boca da senhora hoje então é diferente?*

Colaborador: *uhn::... mas com dentadura acho que não precisa cuidar da saúde da boca né... é só limpar a dentadura né... **o dente ficou mole quando vi não tinha mais jeito né... eu acho que é da idade isso de dente amolecer... teve que tirar mesmo...** meu pai e minha mãe nunca foram no dentista... caía tudo.. ficava mole... eles não tinham dente quebrado... nem eu não tinha dente quebrado... é isso... o dente não chegava a ficar quebrado... só mole.... dente amolece da idade.*

Trecho 23

Destaquei, estes trechos, pois a diversidade é um aspecto interessante ao abordar aspectos do envelhecimento da cavidade bucal. Em diversos momentos o fato dos dentes tornarem-se amolecidos, dentro do alvéolo, são vistos na realidade destes idosos como consequência da velhice. Quando abordo a diversidade quero dizer que identifiquei características, no Trecho 22, que compuseram o RI analisado, no momento da entrevista em que eu questionei diretamente esta temática. Já no trecho 23 pude identificar outra característica que também mostrou a mobilidade dental como consequência do envelhecimento porém em um momento diverso emergindo quando questionei a diferença entre os cuidados realizados antigamente com os cuidados na atualidade. Mais uma vez entendi que estes idosos acreditam no fato de que se tornar velho implica algumas mudanças fisiológicas como a perda do dente após a mobilidade do mesmo.

Para Moreira Junior (2001), os sentidos sobre o envelhecimento são construídos por meio da articulação e negociação de aspectos presentes nos múltiplos relacionamentos sociais cotidianos e nos relacionamentos ao longo do tempo frente aos acontecimentos biológicos vividos.

Além disso, o envelhecimento proporciona construções que remetem a transformações corporais e muitas vezes estes sentidos estão articulados à ideologia e aos estereótipos tradicionais da velhice, e corroborando com este autor associei esta construção à resignação em relação a perda dentária (MOREIRA JUNIOR, 2001).

A fala: “sabe porquê? o dente vai ficando mole sozinho... e depois cai... é da idade né... perda do dente é da idade” (Trecho 22), mostrou aspectos importantes para interpretação visto que as consequências do envelhecimento são questionadas pelo próprio idoso e desta maneira este repertório, dentro deste discurso, tem a função de justificar uma realidade visitada por este idoso que é a perda dentária pelo envelhecimento. Outro aspecto interessante é o fato de que o RI analisado, sugeriu uma imagem de sequência lógica de acontecimentos “fisiológicos” onde ficamos velhos, os dentes amolecem e depois caem. Portanto entendi que existe uma relação de conformismo e uma associação direta entre perda dentária e conformismo tendo o envelhecimento como justificativa.

Em outra entrevista, num outro momento, como parte que destaquei no trecho 23, esta lógica de realidades do envelhecimento também esteve presente em: “o dente ficou mole... quando vi não tinha mais jeito né?... eu acho que é da idade isso de dente amolecer... teve que tirar mesmo...”. Desta forma, a imagem da “consequência aceitável” emergiu no momento em que este idoso se questionou, se justificou e ao mesmo tempo também me questiona (né?) e mais uma vez justificou-se acreditando que envelhecimento faz o dente ficar “mole” dentro do alvéolo e em seguida ocorre a perda do mesmo. Esta relação de conformismo e aceitação de que ficar velho está associado à perda dentária parece ser uma imagem hegemônica nestes discursos e este aspecto construiu nestes idosos uma retórica para acontecimentos sequenciais que tem como última consequência a extração dentária.

Segundo Ribeiro e Rasera (2008), os idosos muitas vezes colocam-se discursivamente como pessoas que aceitam as dificuldades com resignação e este sentido reflete um modo de se posicionar na vida.

A idéia de prevenção, possivelmente, surgiu a partir do momento em que o idoso mostrou uma comparação entre tratamentos realizados anteriormente em sua boca e tratamentos que o mesmo vivenciou recentemente com acesso a assistência em uma universidade próxima de sua residência. O Trecho 24 contém a fala em que o idoso se justificou frente a falta de opção para a prevenção da perda dentária, pois para este idoso este acontecimento foi entendido como uma realidade do processo envelhecimento.

As imagens dos tratamentos que permearam o RI analisado, mostraram a idéia de cuidado como assistência odontológica. Para este idoso a presença do tratamento odontológico é sinônimo de cuidado, ou seja, cuidar da saúde bucal indo ao dentista é prevenir a perda dentária. Para este mesmo idoso (Trecho 24), os desgastes dos dentes devido ao atrito e cisalhamento com o dente antagonista e com alimentos durante a vida, faz com que as estruturas do dente se tornem desgastada porém não são motivos de perdas dentárias.

Alexandre: *mas é brincalhona (referente a cachorrinha do entrevistado)... ((risos))... me fala uma coisa... conforme foi passando a idade do senhor... conforme foi ficando mais velho... o senhor notou alguma coisa de diferente?*

Colaborador: *sabe o que acontece... cê vê já to com setenta e três anos... então na minha época de mais novo... deh::: deh:::.... jovem... não era igual hoje... o quê que acontecia primeiro?... doía um dente... o que o dentista fazia? extraía ele... não tinha um tratamento ingual tem hoje... cê entende... qualque coisa.. ah::: já vamo tira esse dente... então eu tava contâno... hoje meus dente é o meus mesmo né... **então devido a época gastou os dentes... devido a idade... mas ta fartando uns dentes... vô faz o que? ai eu fui tratar lá na faculdade... me fizeram duas protis me restaurô uns dente... e ficô bom... aí quê que aconteceu agora? a pouco tempo sortô uma restauração... aí no (Posto de Saúde da rua próxima da residência do idoso) postinho novamente eles trataram de novo... tive retorno... fui lá e tal... fiz tudo que eu tinha que fazer... agora eu acho que é isso... não sei... isso que eu penso de saúde bucal... porque tem que cuidar né... porque se não cuidar... uhn::: ((entrevistado leva a mão à boca e faz expressão de dor)) antigamente eu vou te falar a verdade... nem escova nos dente não se usava... quando eu era muleção até uma certa idade...***

Trecho 24

Ao concluir outra entrevista (Trecho 25), o envelhecimento da cavidade bucal tornou-se perceptível no momento em que o idoso, portador de próteses totais durante alguns anos, mostrou um aspecto interessante da relação saúde bucal e envelhecimento, refletindo na imagem da gengiva como órgão que vai reduzindo seu tamanho e deixando de sustentar o dente. Esta imagem é uma situação tida como realidade para este idoso, e este fato faz com que o idoso tenha que aceitar esta situação.

Alexandre: *Depois disso que nós conversamos então pra senhora saúde da boca é:::...*

Colaborador: *penso que saúde da boca é uma coisa muito importante... por que é o primeiro visual da pessoa... mas os dentes assim postiços é muito ingrato pras pessoas... **por que com a idade da gente a gingivi vai engolindo... vai sumindo né... e fica difícil os dentes ficá na boca... a gente que tem que controla muito bem... tem que aceitá....***

Alexandre: *a senhora diz controlar a prótese ou melhor como a senhora disse o dente postiço?*

Colaborador: *éh:::.... éh:::.... muito difícil... só depois que a gente perde os dentes que a gente dá valor o próprio dente da gente... **por isso que tem que cuidar muito pra não perder os dentes...** eu faz anos que eu tenho as duas... eu acho que faz mais ou menos uns trinta anos... eu acho que sim...*

Trecho 25

Como citei, anteriormente, a aceitação é como uma maneira de dizer que com a velhice perde-se o controle sobre a saúde bucal. Esta perda de controle em que o idoso expressou metaforicamente na idéia de ser necessário controlar muito bem, parece estar associada à idéia de cuidado. Entre outras palavras interpretei como uma relação de associação direta entre cuidado e controle. O cuidado com a saúde bucal mostra-se como uma ferramenta para controlar as possíveis consequências do

envelhecimento da cavidade bucal, considerando a fala “por isso que tem que cuidar muito pra não perder os dentes...” (Trecho 25) que teve a função dentro deste contexto de idealizar a prevenção como cuidado que esteve associado ao controle da perda dentária.

Em consonância com tais pensamentos, destaco que segundo Harris e Christen (1995), para uma velhice com adequada qualidade de vida a presença de uma dentição saudável é fundamental, assim prevenir tal aspecto tornou-se relevante durante o processo de envelhecimento e estes conceitos devem ser trabalhados com a associação da geriatria e da odontologia preventiva e social.

Um aspecto muito importante que pude perceber em algumas entrevistas foram as diversas emoções presentes e contextualizadas nos discursos de alguns idosos. A sátira, que proporcionava emoções que desencadeavam risos de alegria em alguns momentos da entrevista, esteve presente neste RI, onde identifiquei, no trecho abaixo, algumas expressões e falas relacionadas.

Alexandre: *em cima não acontece isso será?*

Colaborador: *não:: é mais ah:: mais é embaixo... embaixo que tem mais dificuldade... principalmente quando a gente coloca (dentadura) é mais difícil de acostumar... em cima é num instantim... **eu acho que é por que a gengiva vai ficando muito rasinha... já em cima não... mas isso é coisa da velhice ((risos)) a gente que não cuidô mais pa tras agora sofre...***

Alexandre: *hoje em dia será que não tem algum jeito?*

Colaborador: *é... hoje em dia tem que ser ah:: como que fala::... implante né... tem a mãe de uma nora minha que ela pois a:: ela tinha as duas mas a debaixo ela não acostumo... precisou fazer implante...*

Alexandre: *ai fez e ficou boa...*

Colaborador: *isso ela fez e ficou ótima... nossa ela não usou mais aquele... aquele produto que põe... Corega... mas nossa... teve que fazer implante mesmo...*

Trecho 26

Esta relação onde a consequência da velhice deu lugar ao riso tornou-se o assunto mais leve de ser encarado por este idoso. O RI teve a função de mostrar que o envelhecimento também é perceptível com as alterações fisiológicas da gengiva e que olhar para o envelhecimento com alegria torna o enfrentamento do sofrimento com a saúde bucal mais leve. Mais uma vez entendi que a aceitação e o conformismo como difícil adaptação de certas condições como o uso de próteses, são justificáveis pela falta de cuidado anteriormente a perda dentária. A necessidade de cuidado esteve implícita entre as palavras “*não cuidô mais pa tras agora sofre*” que mostram uma comparação entre passado e presente, falta de cuidado no passado e como consequência o sofrimento atual (Trecho 26).

As palavras, como diz Gergen (1997), são expressões de emoção a partir do momento em que são verbalizadas com alegria (risos) no desenrolar da entrevista. Segundo este mesmo autor construcionista, expressões de emoção geram reações dentro de um discurso, e para esta pesquisa percebi que a reação foi tornar o sofrimento mais leve e possível de ser negociado com os sentidos

para a saúde bucal. Nos discursos as emoções constituem a vida social destes idosos e desta maneira criam ações performáticas para lidar com estes sentimentos (GERGEN, 1997, 2009).

Em outro contexto, o mau hálito esteve presente em algumas falas e desta maneira identifiquei enunciados e expressões que tiveram a função de pontuar o mau hálito como consequência do envelhecimento. Trago esta queixa pois o mau hálito ilustrou situações que identificaram características do envelhecimento para certos idosos e segundo Bulgarelli et al (2009), o mau hálito é uma destas características. Neste contexto destaco:

Alexandre: éh::: com o tempo assim... a pessoa vai envelhecendo né... a senhora acha que acontece alguma coisa na boca? O quê que acontece com a saúde da boca das pessoas? o quê que você pode me falá disso?

*Colaborador: eu acho assim... as pessoas que não cuida da boca hoje em dia... te certo que até que tem o::: o::: tem dente tratado as veis... **sempre um pouquinho de mau hálito o velho tem...** mas pessoa que tem dente estragado... não tem dente... aquele mau hálito né... porque tem pessoas que as vezes chega perto assim... já percebe assim.. **a gente até afasta um pouquinho que sai aquele mau hálito... então eu acho que isso aí (mau hálito) é triste... mas fazê o que?***

Trecho 27

Quando um idoso generalizou dizendo que sempre um pouco de mau hálito existe na pessoa mais velha, acredito que ele se posiciona dentro de um grupo de idosos que tem mau hálito e a associação entre mau hálito e idoso constrói uma relação real e verdadeira pois o mesmo vivencia esta experiência no seu dia-a-dia. No mesmo momento da entrevista este idoso mostrou também uma ação performática de distanciamento de outro sujeito durante uma relação interpessoal (conversa) e ao mesmo tempo sinalizou que esta é uma situação desagradável para o idoso (Trecho 27). Quando faço o uso do termo ação performática ancoro-me no discurso construcionista social, que segundo Gergen (1997), evidencia a construção de ações, práticas e sentidos dentro de nossos posicionamentos durante as conversas que temos no nosso dia-a-dia.

A pergunta contida no final do Trecho 27: “a gente até afasta um pouquinho que sai aquele mau hálito... então eu acho que isso aí (mau hálito) é triste... mas fazê o que?” me convidou a entender a relação de resignação existente entre condições do envelhecimento da cavidade bucal expressa na aceitação do mau hálito.

Para concluir o pensamento sobre a relação entre envelhecimento, manifestado na cavidade bucal, e a construção de sentidos para a saúde bucal com estes idosos, compreendi que estes idosos ativos e independentes ainda se preocupam com o cuidado no tempo presente para manter a saúde bucal no futuro. Pois se preocupam apesar de passar por processos difíceis e sofridos com a falta de cuidado durante fases anteriores de suas vidas, refletidas nas suas histórias de um passado humilde e

rural, e devido a falta de informação e acesso ao dentista. A idéia de prevenção também esteve presente nestes discursos como ilustrado no trecho a seguir.

Alexandre: então só pra eu entender uma coisa... a senhora falou de cuidado... então em poucas palavras o que vier na cabeça da senhora me fala o que é saúde da boca pra senhora?

*Colaborador: saúde da boca é escova os dente... e a gente sempre gueguejá com o cepacol... é o que eu penso né porque tenho dentadura... **agora quem tem os dente dele mesmo é melhor né...** tem o céu da boca que ficá bem limpinho a língua... porque a língua quando cê num num escova fica branca... que nem eu... tomo este remédio pra diabete se eu não lava a língua vai formá uma mundice né... **a gente precisa cuidá da gente agora pra te vida boa mais pra frente ainda... atura mais né... apesar de velho ainda cuida para o futuro.***

Trecho 28

Com as falas acima destacadas, que tiveram a função de esclarecer a importância do cuidado em saúde bucal e conferir a idéia de que a presença dos dentes é melhor que o uso de dentadura. O Trecho 28 me convidou a entender que estes idosos apesar de não possuíres mais seus dentes naturais, preocupam-se, na atualidade, com outros cuidados, pois percebem que outros órgãos como língua, palato duro e mole também são importantes e necessitam ser higienizados e cuidados.

Estes idosos mesmo vivendo em uma fase da vida que para muitos é entendida como fase de declínio, mostraram-se ativos e preocupados em cuidados preventivos longitudinais, pois o idoso pensa em cuidado para prolongar a saúde bucal e “atura mais” em uma vida saudável.

Em consonância com esta pesquisa destaco que segundo autores construcionistas como Ribeiro e Rases (2008), é importante salientar que muitos idosos por meio de repertórios interpretativos tentam passar ao outro a idéia de que se cuidam e se valorizam, e, por isso procuram prevenir problemas futuros relacionados à saúde, utilizando recursos que lhes são oferecidos.

Inseridos em seus macro-contextos e co-construindo os sentidos para a saúde bucal, os participantes, parecem se articular em trono de discursos produzidos historicamente e discursos ainda circulantes em nossa sociedade produzindo aspectos, estigmas e resignação em relação a saúde bucal e ao processo de envelhecimento. Porém, mesmo vivenciando situações consequentes do passado, estes idosos tornaram-se cuidadores e preocupados com o futuro.

7.3. OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS

*“Não entendo. Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender.
Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras.
Sinto que sou muito mais completa quando não entendo. Não entender, do modo como falo, é um dom.
Não entender, mas não como um simples de espírito. O bom é ser inteligente e não entender.
É uma benção estranha, como ter loucura sem ser doida.
É um desinteresse manso, é uma doçura de burrice.
Só que de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco.
Não demais: mas pelo menos entender que não entendo”*

Clarisse Lispector

O quê estudei e analisei até este momento envolveu escolhas, posicionamentos, interpretações e olhares dentro de uma retórica que possibilitou uma organização de pensamento emergindo essências que culminaram com a construção de sentidos para a saúde bucal. Desta forma, destaco Spink (2004, p. 81) que diz:

Tendo em vista que as descrições envolvem escolha e reorganização retórica, elas carregam a possibilidade de expor o posicionamento do emissor da fala e de dar visibilidade às consequências interacionais daí decorrentes. As análises de conversa e de discurso têm mostrado que os participantes empregam descrições categoriais de maneira reflexiva em conformidade com o contexto interacional.

O processo de construção científica de sentidos sobre algo é muito vasto e possuidor de uma riqueza de detalhes relativa às estórias e histórias de diversos sujeitos, aos momentos das conversas, aos contextos de vida destes sujeitos, ao pesquisador como instrumento da pesquisa, e à própria construção histórica e social do “algo” que se quer estudar e construir um sentido para. O sentido para “algo” torna-se possível de ser construído por meio de conversas do dia-a-dia que refletem as relações que nós, sujeitos de um mundo social, vivemos com outros sujeitos, com objetos e com fenômenos, enfim com nossas verdades. Desta forma, tenho esse pensamento como outro pressuposto desta pesquisa.

Para a pesquisa científica, fundamentada na perspectiva construcionista, tanto o objeto como o sujeito são construções sócio-históricas, e além disso a relação sujeito-objeto de pesquisa é entendida por meio do modo como a realidade é acessada. Portanto é necessário a re-significação da relação sujeito-objeto que por sua vez deixa de ser vista como uma relação de dualidade e passa a ser vista como um espaço entre dois entes que produzem e negociam algo nesta relação (SPINK, 2004; MACNAMEE, 2004).

Entendo que os sentidos podem ser construídos por meio da maneira que acessamos e entendemos as relações existentes entre os diversos discursos dos sujeitos e dos pesquisadores. Estes discursos existem nas verdades que permeiam tais relações.

Para Spink (2004), ações como conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo necessitam de estratégias para que produzindo algo se tornem úteis em nossas relações sociais. Estas estratégias são categorias. A relação entre estas categorias são práticas discursivas, e desta maneira a pesquisa científica construcionista é uma prática discursiva. Dito de outra forma, nós seres sociais, falamos por categorias utilizando as mesmas em nossas práticas discursivas.

Spink (2004), mostrou que o espaço existente para estudarmos práticas discursivas está presente nos contextos em que elas são utilizadas e em suas finalidades. Desta maneira é necessário uma organização retórica para que sentidos sejam construídos.

Para Moreira Junior (2001), na medida em que linguagem e realidade são construídas instaura-se a possibilidade de que os interlocutores atuem conjuntamente na construção de sentidos, e estes interlocutores compartilham ricos RIs construídos e disponíveis a partir de suas possibilidades polissêmicas de construção e transformação de sentidos.

Assim, digo que, a construção dos sentidos para a saúde bucal desenvolveu-se por meio de aspectos de análise (categorias) representados por RIs, que relacionadas entre si, como ilustrado na figura 4, já exposta anteriormente, permitiram a compreensão e o entendimento de diversos sentidos para a saúde bucal.

Seguindo esta retórica, este esquema de análise ilustrou o processo para o entendimento, interpretação e construção dos sentidos para a saúde bucal com os idosos entrevistados, pois as relações entre os discursos, as práticas discursivas e os contextos da pesquisa permitiram compreender que: deficiência de informação e assistência a saúde bucal na infância; a atual valorização do cuidado; a importância da APS e a resignação com as condições da cavidade bucal frente o envelhecimento são aspectos de análise que me deram suporte para construir os sentidos para a saúde bucal que destaco a seguir.

7.3.1 Saúde bucal: a higiene cotidiana

"Nove-décimos de nossas doenças podem ser prevenidas por meio de pensamento correto mais higiene correta!"

Henry Miller

Um dos aspectos de análise que permearam a construção dos sentidos sobre saúde bucal tornou-se evidente no momento em que a higienização de próteses e/ou dentes, como parte do cuidado em saúde bucal, emergiu dentro do cenário contextual dos discursos dos idosos. Neste contexto, identifiquei o RI **Saúde bucal: a higiene cotidiana** que possibilitou entender a relação saúde bucal e cuidado de higiene como atividades cotidianas.

Assim destaco alguns trechos.

Alexandre: eh:: dona Fulana me fala uma coisa.. a senhora falou bastante de:: do dia a dia da senhora... e como que é saúde da senhora de uma maneira geral? me fala um pouco da saúde da senhora...

Colaborador: bom... eu nasci com um problema no coração... sopro... sabe... mas é um problema que eu convivo com isso normal.... eu faço um tratamento pra não ter problema maior.. graças a deus este problema nunca aumentô...

Alexandre: que bom... a senhora se trata... então me fala mais um pouco sobre isso...

*Colaborador: ah::... **eu cuido do coração... da pressão... dos dentes... estas coisas né... isso pra mim já é uma coisa que eu faço no automático... levanto de manhã... lavo o rosto escovo meus dentes... passo protetô solá... isso é rotina... faço no automático...** porque eu acho muito importante... e pra cuidar o resto do meu corpo eu vou no médico... se sinto alguma coisa... pra ver se ta tudo bem... né....*

Trecho 29

O Trecho 29, que destaquei acima, contextualizado em um momento que conversávamos sobre a saúde geral, contém uma fala que mostra a incorporação da higienização da cavidade bucal, simbolizada na escovação dentária, como uma ação cotidiana habitual do cuidado com a saúde. Esta fala convidou-me a entender a escovação dentária como um processo que não necessita ser pensado para ser realizado, é um processo que se tornou parte de rituais da vida deste idoso. Além deste aspecto, a fala em questão teve a função de focalizar hábitos de higiene como processos incorporados nas práticas cotidianas deste idoso incluindo a escovação dos dentes na mesma categoria de cuidados com a saúde. Isto é perceptível na relação de importância semelhante dada aos dentes, ao coração e a pele.

Spink (2004), elucida que nós, sujeitos que nos relacionamos o tempo todo, falamos por categorias. No caso deste discurso a saúde bucal é categorizada como aspectos associado a procedimentos de higienização.

Observei que o ato de comparar a higienização da cavidade bucal com a higienização do corpo, e situá-las em uma mesma categoria de cuidados com a saúde geral, esteve presente em outras falas e expressões como no trecho destacado a seguir (Trecho 18).

Alexandre: o que é saúde bucal pro senhor?

*Colaborador: ah::: saúde bucal o que eu te digo... em termos do que é bom eu acho que é muito importante o cuidado... cuidá em casa, eles (agentes comunitárias de saúde) vem aqui em casa... eles orientam a gente direitinho é muito bom... e sempre estar indo procurar também né... e fazê exames também porque precisa... **saúde bucal é uma higiene... uma higiene... a pessoa tem que fazê como se fosse qualquer outra coisa... tomá banho... fazê o que for...** porque com o corpo... a boca ainda é muito mais importante mais sério...*

Trecho 18 (citado novamente)

Ao estimular o idoso para falar especificamente sobre saúde bucal o contexto do cuidado em saúde mostrou-se presente no discurso, levando-me a interpretar a relação saúde bucal-higienização como uma relação de apropriação de valores tornando a higiene da cavidade bucal tão importante como higiene de todo o corpo. O semelhante grau de importância entre os procedimentos de higiene é uma verdade presente neste discurso visto que o idoso em sua linguagem faz uso de vocabulários, contidos na fala “a pessoa tem que fazê como se fosse qualquer outra coisa... tomá banho... fazê o que for”, mostrando que as pessoas devem fazer o necessário para cuidar de sua saúde bucal como se estivessem cuidado de outras partes do corpo (*qualquer outra coisa*) e desta maneira buscar o que for possível para higienizar os órgãos do corpo.

Para Camargo-Borges (2007), os valores e atitudes construídos pelas pessoas, são legitimados em suas crenças e verdades. De acordo com o exposto, e fundamentado neste autor, acredito que de certa forma os valores e atitudes norteiam os cuidados de higiene bucal.

Neste mesmo trecho (Trecho 18), a expressão “*tomá banho*” mostra o cuidado refletido na ação de fazer uso de recursos de higienização pessoal para a manutenção do corpo limpo. Esta fala teve também a função de trazer implicitamente a idéia de prevenção e promoção de saúde com a ação de limpar/lavar/higienizar o corpo.

Outro trecho (Trecho 30) referente ao RI identificado, pontuou a necessidade do cuidado diário com a saúde bucal. Esta necessidade foi elucidada, na conversa, quando solicitei que o idoso reforçasse uma explicação do sentido para a saúde bucal. Segundo Gergen (1997), o caráter construcionista permite uma negociação de verdades relativas ao contexto das conversas.

Alexandre: então... eu tô perguntando isso pelo seguinte.. vamos supor que um neto do senhor pergunta assim... oh vô... explica pra mim o que é saúde bucal... hoje em dia se fala em saúde bucal... o que o senhoralaria pro seu neto?

*Colaborador: ah:::... é o que eu te falei... menino cuida bem dos dentes da gingivi... e quarquê coisa vai procura o dentista... **porque num adianta o principal é cuidá bem dos dente e da boca todo dia...** eu acho que é isso... sei lá... - fica quieta princesa ...*

Alexandre: ela gosta de me lambar a orelha...((risos))

Colaborador: ainda bem que você não tem brinco se não ela rancava- - ...((risos))...

Trecho 30

A frase, destacada no Trecho 30 acima, sugeriu a existência de uma relação de que não há outra solução para evitar as possíveis consequências de ausência de saúde bucal, a não ser a higiene diária. O cuidar bem dos dentes, diariamente, vem ao encontro da necessidade da longitudinalidade na assistência e no cuidado a saúde, como elucidou Starfield (1998).

Parece que este cuidado longitudinal esteve relacionado com a assistência odontológica e com a manutenção dos dentes e das gengivas saudáveis por meio da higienização. O vocabulário presente na fala “o principal é” (Trecho 30) parece-me estar destacando a real importância da saúde bucal na vida deste idoso e desta maneira é possível entender que esta relação de importância esteve presente no momento em que o idoso implicitamente demonstrou o valor e a importância dos cuidados de higiene para manutenção da saúde da boca do neto.

A relação de cuidado como prática social, discutida em tópico anterior, refletida na ação e cuidado com a saúde de pessoas de outras gerações (netos) é fundamental para a construção dos sentidos para a saúde bucal. Desta maneira parece que o cuidar/higienizar os dentes e gengivas é uma imposição salutar para a manutenção da boca saudável.

A higienização de outros órgãos da cavidade bucal e a utilização de mais de uma técnica de higienização da cavidade bucal estiveram presentes em diversos discursos descrevendo a forma como estes idosos construíram os cuidados de higienização refletidos na adaptação com o uso de fio dental e com a escovação da língua (Trechos 31 e 32).

Alexandre: e o fio dental... passa?

Colaborador: **eu não... eu não uso não... não consigo o fio dental não me ajeito de passar... eu gosto mais de escova e usá o palito mesmo sabe...**

Trecho 31

Alexandre: e porque que o senhor acha que é importante... assim o principal na vida da gente?

Colaborador: **a nossa boca é nossa vida... ((pausa para pensar)) é ou não é? a nossa boca é nossa vida... a nossa boca... se diz se constrói uma saúde... pior coisa é agente comê e ficá com o dente sujo... eu acabo de comer a noite e escovo e as vez passo até fio dental... quando ta incomodando... escovo a língua todo dia...**

Alexandre: a língua também?

Colaborador: escovo... escovo o dente escovo a língua também... não é sempre mas escovo também...

Trecho 32

Nos trechos, destacados acima, observei que os sentidos para a saúde bucal estiveram relacionados, também, com as diversas maneiras de higienização que são reflexos de adaptações para a limpeza dos dentes e língua. Esta parece ser uma relação de desconforto entre saúde bucal e

higienização da cavidade bucal. Dito de outra forma, pode ser o desconforto na realização de determinada técnica que dita as regras para o cuidado com a saúde bucal. Esta relação, que emergiu em resposta ao questionamento sobre o uso de fio dental, foi compreensível por meio da fala *“eu não... eu não uso não... não consigo o fio dental... não me ajeito de passar... eu gosto mais de escova e usá o palito mesmo sabe”* (Trecho 31)

Para Raseira e Japur (2005), alterar descrições sobre fenômenos, onde incluem práticas de higiene com a saúde bucal, significa deixar de lado certos padrões de ações, e assim diferentes formas de descrever ações levam a diferentes formas de agir sobre o mundo.

Assim, o desconforto, com a técnica do uso do fio dental, mostrou-se um processo para construção de outra maneira de higienizar as ameias dentais com o uso do “palito de dentes”. Não conseguir e/ou não adaptar-se com a técnica para o uso do fio dental, parecem ser justificativas para não usá-lo e substituí-lo por outra técnica. Vale ressaltar que esta não é a maneira apropriada para higienização das faces interproximais dos dentes e que o uso de fio dental é a maneira indicada para tal procedimento.

No trecho (Trecho 32), em um questionamento que fiz para entender o significado da palavra principal no discurso do idoso sobre saúde bucal, identifiquei expressões na fala *“eu acabo de comer a noite e escovo e as vez passo até fio dental quando ta incomodando... escovo a língua todo dia...”* que ilustra três técnicas de higienização da cavidade bucal: escovação dos dentes; da língua e uso de fio dental. Compreendi que a higienização é uma ação presente e real neste discurso e sua execução possivelmente esteve associada ao incômodo. Pode ser que o uso do fio dental, especificamente, esteja associado ao incômodo com possíveis alimentos que estejam proporcionando um desconforto localizado entre determinados dentes. Esta fala também teve a finalidade de identificar a higienização cotidiana dos dentes e língua, mesmo que seja apenas ao anoitecer (Trecho 33).

A relação de incômodo/desconforto como justificativa para a higienização da boca também esteve presente em outras falas contidas no trecho a seguir.

Alexandre: *a senhora também usa uma dentadura... e como que é o cuidado que a senhora tem com a boca da senhora hoje em dia...*

Colaborador: *agora... hoje em dia eu escovo... tiro a dentadura e escovo bem... e buxixo com aquele:::... como que chama aquele::: Cepacol... eu compro... escovo direitinho... porque tem gente que a veis tem o ar (hálito) muito cheiro ruim... é porque num cuida né... então eu agora aprendi a cuidá...*

Alexandre: *então a senhora tem este sistemático da senhora de escovar direitinho passa o cepacol...*

Colaborador: *é... passo tudo direitinho... e cê sabe eu não gosto de ficar com a boca suja... não não não... eu armoço escovo meus dente e depois a hora*

*de deitá... então eu não posso ficá com os meus dente sujo compreendeu?
de maneira nenhuma...*

Trecho 33

Estes vocabulários e expressões, contidos no trecho acima, permitiram compreender que talvez o incômodo, seja ele por alguma queixa de halitose ou mesmo pela presença de restos alimentares na boca entre os dentes e entre a mucosa e a prótese total, foi demonstrado neste momento da entrevista como justificativa para a higienização. Desta maneira a relação do cuidado de higiene e da manutenção da saúde bucal acontece de maneira indireta tendo o incômodo como sentido promotor de uma ação que desencadeia o cuidado com a saúde bucal. Em sua linguagem, este idoso enfatizou que suas ações de higiene da cavidade bucal eram executadas diariamente devido ao fato de que o mesmo não se sentia bem e não tolerava o incômodo causado pela presença de restos alimentares na cavidade bucal. Dito de outra maneira, pode ser que a higienização da cavidade bucal acontece pelo desconforto do mau hálito causado pela presença de restos alimentares na cavidade bucal.

O mau hálito, por muitas vezes, é fator desencadeante de um processo que dificulta as relações interpessoais, pois interfere de maneira direta na comunicação verbal das pessoas tornando assim o diálogo prejudicado. Esta é uma maneira em que uma saúde bucal deficiente pode gerar dificuldades em um processo comunicacional fazendo com que as relações sociais do nosso dia-a-dia sejam prejudicadas (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Pelo fato de que o grupo de colaboradores selecionado para este estudo foi composto por alguns idosos independentes e ativos, deparei-me com idosos que trabalhavam fora de casa e tinham rotinas que representavam a vida de trabalhadores ativos com jornadas de trabalho e rotinas diárias divididas entre o cuidado da casa e o trabalho. Estes idosos eram portadores de discursos que continham o RI estudado cuja finalidade era justificar, também, que a higiene bucal ineficaz e deficiente era devido a correria do dia-a-dia, visto que o trabalho fora de casa ocupava muito o tempo.

Alexandre: *e me fala uma coisa... eu percebo que a senhora sabe cuidar do dente... no dia a dia da senhora como é que é? a senhora levanta de manhã escova o dente ou vai escovar só depois da refeição?*

Colaborador: *não... é assim... **eu de manhã eu escovo os dentes... tomo o café aí depois eu do uma enxaguada... porque é tudo muito corrido... como eu trabalho fora...***

Alexandre: *a senhora trabalha fora? Então tive sorte de pegar a senhora aqui assim...*

Colaborador: *é... porque é assim... eu trabalho um dia sim outro não... ontem eu trabalhei e hoje não... amanhã eu vou... aí como eu trabalho fora as vezes eu acabo de almoçar lá e da pra escovar os dentes... mas as vezes não dá... eu faço um bochecho rápido né... **mas depois do jantar ou antes de deitar eu escovo os dentes... porque aí a gente escova com calma né... tá em casa tudo né...** porque antes de eu tomar meu café eu escovo os dentes*

as vezes eu até passo fio dental... mas durante o dia é aquela escovada rápida né... então de manhã é como se eu escovasse duas vezes... eu levanto e escovo e depois do café eu faço um bochecho... (...) ((pausa devido ao barulho do caminhão na rua)) agora dá pra continuar ((risos))

Trecho 34

O Trecho 34, ilustra o momento de interação da entrevista que ocorreu em um dia mais tranquilo na cotidiano deste idoso devido a ocupação profissional. Destaco este trecho, pois duas falas permitiram a compreensão da diversidade de hábitos de higiene que existe no cuidado com a saúde bucal. É possível observar que as ações de higienização deficiente representada no vocabulário “*dô uma enxaguada*” e a higienização mais elaborada e cuidadosa representada no vocabulário “*aí a gente escova com mais calma*”, são justificadas pela falta de tempo. Essas ações diversas, que ocorrem com o sentido da saúde bucal em relação a higienização bucal, são verdades na vida deste idoso e ocupam espaços diferentes pois parece que a saúde bucal esteve associada ao tempo necessário para o cuidado com mesma.

Em muitas entrevistas a conversa pairava sobre diversos assuntos relacionados com a saúde em contexto geral. Numa das entrevistas a conversa sobre alimentação fez com que a saúde bucal fosse categorizada como parte integrante da saúde geral e a forma de cuidar da saúde bucal pareceu ser muito importante neste discurso como destacado no trecho 35.

Alexandre: escuta... agora pro senhor comer esta carne que o senhor falou... o senhor tem que estar com a saúde da boca muito boa né?

Colaborador: a não... a boca e até o intestino... tem que tá tudo bão...

Alexandre: e me fala outra coisa... o::: o::: o senhor... não é dentadura né?

Colaborador: não eu tenho uma ponte e tenho os dentes natural... é uma ponte de seis dente só...

Alexandre: e como é que o senhor cuida?

*Colaborador: eu cuido até demais... sabia? de tanto escová... pergunta pra ela lá (referente a esposa que estava na cozinha)... **eu escovo até quatro vezes por dia... as veis passo fio dental... não passo fio dental todo dia não... a hora que sinto necessidade que está me incomodano eu passo... se não não passo não...***

Trecho 35

A importância para a saúde bucal fica refletida neste RI justificando o ato de escovar pela necessidade e consequência de possíveis incômodos causados por restos de alimentos. O uso do fio dental me parece mais uma simbologia utilizada no discurso para comprovar o que é verdade para estes idosos frente a saúde bucal.

Que verdade é essa contida no discurso deste idoso?

A verdade é uma situação construída e negociada e que norteia a compreensão de que a higiene bucal, algumas vezes impostas pelo incômodo e outras vezes por uma idéia implícita de prevenção, agrega situações que corroboram para uma higiene cotidiana.

7.3.2 Saúde bucal: parte integrante da saúde geral

*“Por saúde,
quero dizer a possibilidade de levar uma vida saudável e completa, adulta, viva,
em que eu esteja em estado de respirar integralmente em comunhão com aquilo de que gosto.”*

Katherine Mansfield

Continuo construindo os sentidos para a saúde bucal destacando agora o lugar que a saúde bucal ocupa na vida destes idosos. Assim, identifiquei o RI **saúde bucal: parte integrante da saúde em geral**.

Colaborador: assim::::... eu acho que por exemplo tudo né... porque as vezes a gente tão com os dentes estragados... surge uma dor de cabeça... as veis dói o estômago... eu acho que saúde bucal representa tudo... a boca é tudo...(faz sinal com a mão como se estivesse levando comida à boca)... entendeu né...

Alexandre: como assim tudo? não entendi...

*Colaborador: **tudo porque a gente come... fala... conversa... a boca ta no rosto e é a primeira coisa que a gente vê... quando conversa...** entendeu agora?*

Trecho 36

O trecho acima chamou minha atenção para iniciar este tópico pelo fato de que compreendi que a saúde bucal “é a primeira coisa que a gente vê.” O presente RI contém sentidos que emergiram no momento da conversa em que questionando diretamente o idoso, após conversarmos sobre diversos assuntos envolvendo a saúde, o significado de saúde bucal tornou-se presente. Esta pergunta possivelmente permitiu entender, por meio do significado, qual o espaço que a saúde bucal ocuparia na vida deste idoso. Quando deparei-me, inicialmente, com o Trecho 36, pude compreender que a saúde bucal se articula entre diversos contextos da vida deste idoso, como alimentação e relações sociais por meio da fala e a aparência. Desta maneira, pude perceber que a fala “tudo porque a gente come... fala... conversa... a boca ta no rosto e é a primeira coisa que a gente vê... quando conversa” teve a função de contextualizar a saúde bucal como parte integrante de um todo, compreendido por aspectos físicos, emocionais e sociais.

Esta relação de inserção da saúde bucal na vida emocional e social das pessoas foi elucidada por Narvai e Frazão (2008).

Ainda sobre a fala destacada, no trecho 36, pude entender que de acordo com o contexto deste idoso, refletido no grupo de idosos ativos, independentes e que se relacionam socialmente, este é um momento em que a importância da saúde bucal esteve implícita e simbolizada na boca como órgão presente no rosto e que precisa ser cuidada, pois associa-se diretamente a aparência das pessoas. E outras palavras, sugere-se que uma adequada saúde bucal tem o sentido de refletir uma aparência saudável e permitir um bom relacionamento social, considerando que é por meio de uma boca saudável que conversamos e verbalizamos nossos sentimentos.

Um pouco mais além, na tentativa de entender a posição da saúde bucal no contexto destes idosos, observei que talvez o fato de estar bem com a própria aparência seja um aspecto relevante dentro das relações que permitem a construção de sentidos para a saúde bucal. A relação saúde bucal e saúde geral esteve explicitada na fala que contém linguagens performativas “*quem tem boca boa tem saúde... isso é verdade não é? se eu cuido a saúde da boca eu mastigo eu falo eu do um sorriso... não é verdade?..* (Trecho 37) pois, esta, teve a finalidade de estabelecer uma relação condicional entre cuidado com a saúde bucal e a articulação muscular para realizar o ato da mastigação, da fala e o ato de sorrir.

Falar e sorrir são processos que se relacionam com nossas ações e emoções (GERGEN, 1997).

Esta linguagem performativa expressa uma linguagem rica em ações, consideradas práticas discursivas, pois a linguagem em ação refere-se a forma como as pessoas criam, transformam e re-significam os fenômenos, e desta forma a linguagem diz como o mundo se constitui (BURR, 2003, GERGEN, 2009; SPINK, 2004).

Alexandre: então vamos lá... se eu fosse perguntar pro senhor o que é saúde bucal... o que o senhor falaria? O que significa saúde da boca para o senhor?
 Colaborador: eu falaria pro pessoal... **quem cuida da boca tá cuidando da saúde...**
 Alexandre: como é que é que o senhor falou?
 Colaborador: quem cuida da boca cuida da sa-ú-de... mas não é certo???... **quem tem boca boa tem saúde... isso é verdade não é? se eu cuido a saúde da boca eu mastigo eu falo eu do um sorriso... não é verdade?..**

Trecho 37

Sobre o RI estudado, a imagem estabelecida pelo ato de sorrir mostra um contexto positivo da saúde bucal, ou seja uma boca saudável permite sorrir e conversar. A metáfora “*quem tem boca boa tem saúde*” contida na fala descrita no Trecho 37, tem o sentido de estabelecer uma relação de dependência entre cuidado com a saúde bucal e saúde geral. A dependência foi confirmada na sequência por meio de expressões refletindo uma indagação sobre a verdade contida nesta relação. A

relação em questão, entende o cuidado com a saúde bucal como possibilidade para exercer ações que permitem o relacionamento entre as pessoas.

A relação associada com a igualdade de sentido entre saúde bucal e saúde geral está presente na linguagem performática identificada com a fala “*quem cuida da boca tá cuidando da saúde*” (Trecho 37). Esta fala permite que o RI, analisado, mostre a idéia de continuidade expressa na palavra “cuidano” e a longitudinalidade do cuidado permite entender que, neste sentido, a boca pode associar-se diretamente a outros órgãos e a integralidade destes constituem a saúde geral. Esta associação também foi perceptível na fala de outros idosos como no trecho a seguir.

Alexandre: e a senhora acha que a saúde da boca é importante?

Colaborador: eu num entendo bem mais carculo que sim... **na minha cabeça a saúde da boca... se eu tô cuidando da boca eu tô cuidando do corpo...** porque por fora você cuida toma banho direito cuida bem enxuga bem né... agora por dentro é cuidado com a boca eu acho que por dentro... **cuidando da boca ta cuidando por dentro né... a gente engoli não é?** é isso aí... até meu bisneto filho da mais velha fala assim... o bisa eu escovo o dente direitinho e você também escova viu? é meu bisneto fala isso...

Trecho 38

Este é um trecho interessante. O idoso em sua humildade já deixa claro no início de sua fala, quando tentei direcionar o assunto para a saúde bucal, que possivelmente a sua realidade sobre o conhecimento da importância da saúde bucal não é uma verdade aceitável socialmente. Porém, meu intuito era entender como o sentido da saúde bucal se construiu, e não buscar uma realidade certa ou errada.

Desta forma, quando destaquei a fala “*na minha cabeça a saúde da boca... se eu tô cuidando da boca eu tô cuidando do corpo*”, (Trecho 38) pude compreender o ponto de vista desse idoso sobre a relação existente entre saúde bucal e saúde geral. Como em outros RIs, este teve a função de posicionar a saúde bucal como parte integrante da saúde geral da pessoa, no sentido de que cuidar da saúde da boca leva ao cuidado do corpo como um todo por meio de práticas de higiene. Entendo dessa forma que a saúde bucal é uma articuladora do cuidado com a saúde geral.

A boca articula-se com o corpo e cria uma relação de integralidade. Este cuidado integral também pode associar-se a funções fisiológicas da cavidade bucal. Como função fisiológica, observei a deglutição como peça fundamental no ato de alimentação e nutrição. Isto fica claro por meio da metáfora “*cuidando da boca ta cuidando por dentro né... a gente engoli não é?*”. Nessa fala o cuidado interno do corpo pareceu estar associado a saúde geral, pois as palavras “*por dentro*” passam a idéia de cuidado com o que não se vê, com órgãos não palpáveis, que são cuidados por meio da nutrição proveniente dos alimentos que são deglutidos. Portanto, a deglutição e também a digestão, que se

iniciam com a mastigação, tornam possível o entendimento de que o cuidado de órgãos internos faz-se também pela boca, que por sua vez tem que estar saudável.

A relação sequencial, no sentido de que a saúde geral inicia-se na saúde bucal devido a alimentação, esteve presente em outros discursos e assim destaco o seguinte trecho (Trecho 39):

Alexandre: e o quê que você acha importante... ou melhor por que quê a saúde da boca é importante?

*Colaborador: **é a primeira coisa... pela alimentação né...** se você ao está bem com alguma coisa na boca você não se alimenta direito... se tiver uma dor de dente... ih:.....*

Trecho 39

A resposta desse idoso, quando questionado sobre a importância da saúde bucal na sua vida, sugeriu o posicionamento da saúde bucal em primeiro lugar quando o assunto abordado foi saúde. A justificativa deste pensamento vem logo em seguida no momento que a função fisiológica da mastigação esteve implicitamente presente na alimentação. Esta foi uma fala em que uma linguagem performática refletindo a imagem da mastigação, fez-se presente e estabeleceu uma associação entre funcionamento saudável da cavidade bucal e saúde geral.

Ainda no entendimento de que a saúde geral está diretamente associada à saúde bucal os discursos dos idosos mostraram que a falta de saúde bucal pode ser desencadeadora de processos debilitadores da saúde geral. Esta relação de deficiência de cuidado com a saúde bucal e prejuízo para a saúde geral esteve presente nas falas destes idosos. Pude entender, que além de ser o início do cuidado com a saúde geral, a saúde bucal também pode ser de outra forma a responsável por certos problemas de saúde. Esta explicação foi perceptível por meio das informações contidas na fala destacada no trecho que se segue (Trecho 40).

Alexandre: então a saúde da boca está relacionada com nossa saúde geral?

*Colaborador: claro menino... é importante demais... **porque estas infecção quando dá quando a gente tem os dente... ela pode ir pro sangue da gente e dá reumatismo infeccioso...** é aquele pus assim... além disso se engole e vem até a dor de garganta... - -eu tirei as amígdalas eu tinha o quê? acho que uns trinta ano lá em Ituverava- - ...*

Trecho 40

Com esta fala, pude compreender que a mesma teve a função de passar a imagem agressiva das possíveis consequências do ato de não cuidar da saúde bucal. A relação direta entre doenças bucais e doenças sistêmicas concretizou-se pela simbologia implícita na circulação sanguínea. Portanto entendi que a saúde bucal esteve intimamente relacionada com a saúde geral no sentido de que o sangue é uma força vital que tem a função de comunicador fisiológico entre estas duas abstrações. Este vínculo, construído simbolicamente na imagem do sangue, talvez possa ser o elo de comunicação

entre saúde bucal e saúde geral. Dito de outra forma, a saúde bucal e a saúde geral fazem parte de um mesmo corpo que se nutre com o mesmo sangue que carrega informação boas ou más para todos os órgãos do corpo.

Para finalizar a compreensão, de que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral trago novamente trecho 32 refletindo tudo que foi discutido até o presente momento sobre este sentido para a saúde bucal. Este trecho mostra o contexto dos hábitos de higiene bucal, o incômodo como desencadeador do cuidado e o posicionamento da saúde bucal como aspecto muito importante em nossas vidas.

Alexandre: e porque que o senhor acha que é importante... assim o principal na vida da gente?

*Colaborador: **a nossa boca é nossa vida... ((pausa para pensar)) é ou não é? a nossa boca é nossa vida... a nossa boca... se diz se constrói uma saúde... pior coisa é a gente comê e ficá com o dente sujo... eu acabo de comer a noite e escovo e as vez passo até fio dental... quando tá incomodando... escovo a língua todo dia...***

Alexandre: a língua também?

Colaborador: escovo... escovo o dente escovo a língua também... não é sempre mas escovo também...

Trecho 32 (citado novamente)

O presente RI trouxe consigo um aspecto muito interessante identificando a saúde bucal como um processo repleto de situações, cuidados, hábitos de higiene, responsabilidades pelo desencadear de doenças sistêmicas e articulação com outros órgãos, que podem metaforicamente ser comparada as situações de nossas vidas que também são repletas de responsabilidades, articulações, hábitos e cuidados. Com este discurso, pude entender que talvez a saúde bucal seja identificada como nossas vidas, pois as mesmas são processos repletos de aspectos semelhantes. Talvez seja este o aspecto condutor dos dizeres que retratam o fato de que a saúde bucal constrói uma saúde. Esta fala “*a nossa boca é nossa vida... é ou não é? a nossa boca é nossa vida... a nossa boca... se diz se constrói uma saúde.*” me convidou a entender que a saúde bucal, frente a tudo o que interpretei até este momento mostrou-se como uma construtora de saúde geral. Construtora no sentido de que exerce a função de articuladora de processos como o ato mecânico da alimentação, o ato fisiológico inicial da nutrição, a relação sistêmica com o organismo humano e a relação social construindo e promovendo uma vida saudável.

7.3.3 Saúde bucal: sofrimento no passado

“O sofrimento é naturalmente interessante. Ele nos instiga a uma aproximação respeitosa, pois parece condensar boa parte do significado da vida. Compreender o sofrimento parece nos oferecer uma chave de leitura para todas as questões humanas, afinal ele perpassa toda a problemática da existência.”

Fábio de Melo

É estranho falar sobre sofrimento e entender sua relação com a saúde bucal de pessoas idosas. Porém é esse estranhamento que fez com que o desenrolar desta pesquisa fosse possível. Este sentimento humano, podendo estar relacionado com inúmeros fatores, valores, contextos e condições de vida, mostra-se como um vasto campo para o entendimento de muitos sentidos que nós, seres humano, construímos frente as diferentes situações que vivenciamos em nossas vidas. O sofrimento, por sua vez, pode ser o gatilho para uma reconstrução de valores sobre determinadas situações em nossas vidas. É esta reconstrução de valores que pode guiar novas atitudes e construir novas concepções para olhar o mundo e promover saúde.

Para os idosos entrevistados, o enfrentamento de situações que desencadearam sofrimento em algum momento, ao longo de suas vidas, envolvendo aspectos da saúde bucal, fizeram com que emoções surgissem e desencadeassem efeitos relacionados a construção de novas condutas frente aos cuidados e crenças sobre a saúde bucal. A relação entre sofrimento e saúde bucal pode estar presente na reconstrução de valores por meio de experiências de sofrimento no passado descritos nas histórias e estórias da vida de cada um dos idosos colaboradores

Segundo Beger e Luckmann (2002), o levantamento de uma estrutura temporal fornece uma historicidade de acontecimentos que mostra a relação do sujeito com o objeto em foco. No caso específico desta investigação, o relato de experiências de sofrimento na infância e/ou outras fases da vida permitiu uma configuração do sentido para a saúde bucal.

Para a geração de idosos que entrevistei, a experiência desagradável com algum aspecto envolvendo saúde bucal foi unânime. Todos os idosos sofreram, de alguma maneira, com dores de dente, problemas infecciosos de origem bucal e mau hálito dentre outras situações. Este sofrimento, que foi hegemônico no passado destes idosos, pode ser justificável quando entendi o macro-contexto de vida desses idosos, refletido na origem rural (ambiente cercado de diversos e peculiares saberes, conhecimentos e crenças contidas em um senso comum), na restrição ao acesso a informação, educação e assistência a saúde bucal na infância, no contexto histórico vivido com a saúde pública

brasileira, na construção histórica da saúde bucal, bem como sua recente inserção no cenário político brasileiro, como condicionante de tais verdades.

Acreditando na verdade do sofrimento vivenciado por estes idosos pude identificar, por meio de nossas conversas, diversos contextos que permitiram compreender a relação existente entre sofrimento e construção de sentidos para a saúde bucal. Assim, muitas expressões dotadas de emoções foram perceptíveis nas linguagens performáticas presentes nos discursos destes idosos e assim os sentidos foram sendo construídos.

A origem rural, característica de um ambiente rico em crenças e cuidados paliativos disponíveis na época, refletia a utilização de recursos para sanar a dor de dente que muitas vezes desencadeavam experiências de sofrimento. Para Moreira, Nations e Alves (2007), nas diversas comunidades brasileiras, a necessidade de aliviar a dor de dente também reflete uma diversidade de ações terapêuticas que as pessoas criam e este fato reflete a riqueza na construção de sentidos para a saúde bucal.

Com esta linha de interpretação identifiquei o RI **Saúde bucal: sofrimento no passado** por meio da análise de trechos relacionados com este aspecto destacados em seguida.

Alexandre: *quando a senhora era criança... assim... como que era? as pessoas falavam que tinha que cuidar dos dentes... ou não?*

Colaborador: *não.. o pessoal era muito simples né... não tinha aquela preocupação com a saúde da boca... vixi... agora hoje em dia as mães já levam dêusde pequeno no dentista... cuida melhor... fala que tem que escová... escová dêusde pequenininho... de primeiro as mães nem ligava pra isso... e tinha aquilo de tinha uma dorzinha no dente ia lá... nem... nem.... quando vê já tinha tirado o dente...eh::: não era só isso... dava dor de dente as mães fazia aquele emplasto de fubá quente e punha assim... na gente... ((entrevistado coloca a mão no rosto simulando o local))*

Alexandre: *a é? e punha pro lado de fora?*

Colaborador: ***é::: a gente sofria muito quando era criança de dor de dente...***

Trecho 4 (citado novamente)

Alexandre: *bom já que a gente ta falando de antigamente assim... é... tem algum... alguma... algum episódio alguma lembrança que a senhora tem assim... em relação a saúde bucal... alguma coisa que aconteceu que marcou a vida da senhora...*

Colaborador: ***que eu me lembro eu sofri muita dor de dente...*** *a gente até comprava aquele... a esqueci até o nome daquele remédio que queiMAVA que só vendo...*

Alexandre: *é um remédio que punha assim no dente?*

Colaborador: *é assim punha no buraquinho do dente mesmo... com algodão... acho que é Guaicol... parece que chamava... antigamente já nem existe mais... é um remédio que queimava mesmo sabe... era uma dor sofrida...*

Alexandre: *isso não fazia no dentista? Comprava o remédio e fazia em casa?*

Colaborador: *o remédio já vinha pronto na farmácia... comprava na farmácia... **pegava o algodãozinho... punhava assim no burquinho do dente... já tava cariado né... doía e depois e passava a dor e pronto...***

Trecho 41

O entendimento do contexto de vida deste idoso, frente aos cuidados em saúde bucal na época em que era criança, permitiu a compreensão de que o cuidado com a saúde bucal, expressa no modo de cuidar da dor de dente com a utilização de fubá quente, era um meio disponível para sanar a dor e aliviar a sintomatologia causada por possíveis abscessos, edemas faciais dentre outros. Esta era uma sabedoria popular que possibilitava a resolução de certos problemas específicos de saúde bucal. A fala: “é:.... a gente sofria muito quando era criança de dor de dente...”, iniciou-se com uma exclamação dotada de uma emoção que teve a função de pontuar a verdade existente no sofrimento envolvendo a experiência de dor e a época em que era criança. A dor esteve diretamente associada ao sofrimento, porém esta mesma fala me convidou a compreender que esta foi uma época de intenso sofrimento e que este sofrimento ficou no passado. Esta experiência de sofrimento gerou cuidados atuais que se refletiram na preocupação com a saúde dos mais novos, simbolizados nos netos, como discutido em repertórios anteriores.

No Trecho 41 a conversa sobre tratamentos caseiros e sofrimento no passado continuou presente em outras falas e figuras de linguagem. Assim, o sofrimento, verbalizado nas conversas (entrevistas), referentes aos tratamentos odontológicos vivenciados ao longo da vida, também estiveram presentes nos discursos destes idosos.

A relação entre tratamentos odontológicos no passado e sofrimento foram elucidadas por meio dos trechos destacados a seguir (Trechos 42 e 43).

Alexandre: *antigamente falava buticção... ((risos))*

Colaborador: ***daí arrancou o dente e eu falei ai meu deus do céu... depois aquele deu problema... por que infeccionou tudo... ai meu deus... antigamente pra tirar dente era meio grosseiro... aí num dá né? mas faz tempo isso...***

Trecho 42

Alexandre: *quando o senhor... vamos pensar assim o senhor tem alguns dentes bons e tem estas próteses... e:.... tem alguma coisa que aconteceu durante a vida do senhor... alguma experiência... alguma coisa em relação a saúde bucal que o senhor lembra... alguma lembrança que o senhor tem...*

Colaborador: *não... só uma vez que eu tive um problema no dente então eu tava preocupado com este dente... daí eu fui no dentista... me dava até dor de cabeça... e o dentista falou que era canal no nervo... fez tratamento no... no... no... canal... fez o tratamento.... **naquela época tratá canal cê sabe como é... isso foi uma coisa ruim... então...** e teve uma ocasião que fui colher sangue... ai meu deus... pra tomá uma injeção coloca uma injeção e:.... já sofri rapaiz... ((risos))*

Alexandre: e a injeção do dentista o senhor tem medo também?

Colaborador: *cê sabe que uma vez fui arrancar um dente... extraí o dente... era num posto aqui na (bairro na cidade de Ribeirão Preto) Vila Tal... e fui no dentista... e eu fui tirar uma presa... essa presa... chegou na hora... o dentista pelejou... pelejou e cabô a nestesia... ai minha nossa senhora...*

Trecho 43

Os trechos destacados acima me convidaram a observar e interpretar a relação existente entre as diversas maneiras de execução das técnicas para tratamentos odontológicos à que estes idosos, com históricos de sofrimento, foram submetidos no passado. Acredito que esta relação de sofrimento possa estar associada ao pensamento que estes idosos construíram ao longo dos diversos tratamentos odontológicos, além de poder estar, também, associada ao fato de que a maioria destes tratamentos foram traumatizantes e causadores de dor e experiências desagradáveis. Todo este arcabouço de experiências de dor e trauma foi perceptível nas emoções expressas em vocabulários como “*ai meu Deus do céu*”, “*minha Nossa Senhora*” que por suas vezes refletiam linguagem performáticas. Estas linguagens ricas em emoções construíram o cenário para que o sofrimento fosse um importante sentimento que permeasse esta importante relação com a construção do sentido para a saúde bucal.

Outro aspecto importante que pude observar foi a hegemonia do sofrimento que estes idosos demonstram em relações aos tratamentos odontológicos realizados na época em que eram mais novos. Esta hegemonia talvez existisse devido ao fato de fazerem parte de um mesmo grupo, compartilhando histórias semelhantes de origem rural e experiências semelhantes em relação à assistência odontológica. A generalização presente na relação de que tratamento odontológico no passado causava sofrimento, foi perceptível nos discursos destes idosos. Dessa forma, trazidas nos trechos 42 e 43, as falas “*antigamente pra tirá dente era meio grosseiro...*” e “*naquela época tratá canal cê sabe como é...*” “*chegou na hora... o dentista pelejou... pelejou e cabô a nestesia...*” tiveram a função de contextualizar o processo que desencadeava o sentimento de dor e sofrimento. O tratamento endodôntico, a cirurgia para extração dentária por meio de técnicas rudimentares e a ineficiente utilização de uma técnica anestésica, compuseram metáforas que expressaram as realidades vividas por estes idosos e construíram o sofrimento que foi encarar um tratamento odontológico sem antes passar por um processo de educação em saúde bucal, de promoção de saúde e de prevenção de doenças bucais como a cárie. Acredito que estas falas vão além do sentimento de sofrimento específicos ao tratamento em si, mas sim do sofrimento relacionado ao intenso processo de sofrer sem saber que poderiam cuidar e prevenir doenças da cavidade bucal.

Em outro trecho de uma entrevista, pude perceber também o sofrimento em expressões de exaltação e exclamação como “*nossa... nem me fale*” as quais foram identificadas no trecho 44.

- Alexandre: *e aí por exemplo via que começava a estragar o dente aí saía da fazenda e levava pro dentista*
- Colaborador: *é e não era perto... mais era fácil chega... ia no mais perto que tinha vamo dizê...*
- Alexandre: *e aí... quando chegava lá... quando a criança chegava no dentista e aí?*
- Colaborador: *aí ele apertava né? Pergunta pro teus avós que eles te contam...*
- Alexandre: *apertava o quê?*
- Colaborador: ***assim... apertava o dente com uma massa pra baixo... e era sofrido... triste meu deus... nossa... ai nem me fale... hoje tem meus netos.. que nem liga pra ir no dentista porque tudo coisa moderna né... mesma coisa um médico hoje cê vai fazer uma cirurgia cê... dois três dias cê ta em casa... e antigamente cê ficava lá::.... operava da apenas ficava uma semana***

Trecho 44

A emoção, presente nesses discursos, como destacado por Gergen (1997), refletem-se em palavras que têm significados nos termos metafóricos e nas maneiras como elas são usadas em seus contextos emocionais.

A fala “*assim... apertava o dente com uma massa pra baixo... e era sofrido... triste meu deus... nossa... ai nem me fale...*” é repleta de imagens que mostram o sofrimento presente durante a execução de uma técnica de cuidado especificamente com o tratamento para sanar uma dor no dente. Portanto, o RI, em questão, foi identificado inicialmente no momento em que conversávamos sobre acesso a assistência a saúde bucal frente a vida na fazenda fora do contexto urbano.

O sofrimento não esteve relacionado com o acesso ao serviço de saúde, mas sim com a técnica de tratamento utilizada neste período, e estas expressões tiveram também a função de trazer emoções e contextualizações deste sentimento.

O sofrimento provoca algo nas pessoas. Especificamente para esta pesquisa, acredito que o sofrimento refletiu a maneira com que hoje estes idosos passaram a olhar para a saúde bucal preocupando-se com a saúde bucal dos mais novos, tendo a consciência de que na atualidade as técnicas, sendo mais modernas, são menos agressivas e menos traumatizantes.

Para compreender esta relação entre tratamento e sofrimento, destaco mais um trecho interessante de uma entrevista que passou uma imagem de sofrimento expressa na dor física provocada provavelmente por cáries agudas e pela utilização de maneiras de sanar esta dor com recursos disponíveis no contexto rural vivido na época.

- Alexandre: *era só se caso tivesse uma dor mesmo?*
- Colaborador: *aí a mãe corria né... sabe o que ela fazia?... **eu tinha uma dor de dente mu:::ito grande....** então sabe o que minha mãe fazia? Álcool... a gente colocava álcool nos dentes... e também sabe aquele leite de amora? Não tem uma árvore que tem uma amora que até é de comê... ela sortia um leite... num sorta?*

Alexandre: *ahn... sei... corta um galhinho e sai aquele líquido...*

Colaborador: *é é **então cê imagina pegava aquele leite com algodão e tocava dentro do dente... aquilo torava... aí parava de doe...** e chegava a pará de doe... isso tigamente a gente fazia tudo isso... cê vê... tigamente morria uma pessoa não é que nem agora cachão velório não... não... não... o velório era dentro de casa e carregado na mão... meu marido foi feito isso.. então quer dizer que tigamente era tudo diferente dagora...*

Alexandre: *mas o que é torava?*

Colaborador: ***cê sabe... queimava... sufria... doía muito...***

Trecho 45

É interessante observar a descrição de cuidados com a saúde bucal vivenciada na época em que estes idosos eram crianças. Isto diz muito sobre o que se pensava sobre saúde bucal. Quando o idoso me disse: “*então cê imagina pegava aquele leite com algodão e tocava dentro do dente... aquilo torava... aí parava de doe...*” entendo que esta descrição teve como função mostrar-me que nesta época de infância, o pensamento compartilhado sobre saúde bucal era sanar a dor de dente. Desta maneira a prevenção, que não existia, era preenchida pelos tratamentos paliativos.

As falas “*eu tinha uma dor de dente mu::ito grande....*” e “*cê sabe... queimava... sufria... doía muito...*” são expressões que têm a função de justificar o sofrimento pela dor de dente e pela dor provocada por tratamento odontológico não convencional. A utilização da expressão “queimava” me fez entender que a associação entre dor e sofrimento foi comparada a ação do fogo como causador de queimadura, possivelmente vivida pelo emissor deste discurso. Dito de outra forma, entendi que houve uma comparação implícita entre a experiência de ter sofrido com uma queimadura e ter sofrido com uma dor de dente.

Em algumas situações os idosos faziam uso de expressões e figuras para mostrar sua identificação com o sofrimento do outro. Em uma entrevista, quando conversávamos sobre o que nós poderíamos falar sobre saúde bucal, o sofrimento do outro, simbolizado na figura do pai, tornou-se um exemplo que desencadeou ações para a prevenção de doenças e o autocuidado.

Alexandre: *é... então... por exemplo a saúde da boc/*

Colaborador: *é tudo... faz parte da saúde do corpo... **vamo dizê... faz e muito... eu já tive problema na família as... em relação a boca... meu pai tirou um tumor na língua sofreu coitado...** ele já tinha uns oitenta anos por aí... na língua... ela achava que era::... foi bem no fim de ano e ele adorava abacaxi... e quando chegou no mês de fevereiro ou finzim de janeiro ela falou assim o... eu to cum espinhozinho aqui na minha língua de abacaxi... depois foi no doutor domingos que trabalhava no (sindicato) pavilhão a ele disse vem ca tirá... num foi nada não.... foi pra casa... aí já tava enraizano.... tirou e quase foi (quase morreu)... e a língua incha né... inchou muito...*

Alexandre: *inchou muito depois da cirurgia?*

Colaborador: *é depois da cirurgia... **ai minha mãe chegou de manhã pra ficar com ele e precisô ate pedir socorro ele tava sufocando ele...** aí (o cirurgião)*

*abriu ele aqui né.. ((apontou para a garganta))... respiração artificial... e isso já faz muito tempo ele já e falecido... depois morreu lá com noventa e dois ano isso faz muitos anos nossa... você já pensou uma doença na boca... não é fácil... boca é um lugar muito triste... eu já vi meu pai passa por isso... mas no fim graças a deus ele viveu mais uns dez anos e morreu cardíaco... meu marido acompanhou o problema de boca do meu pai... a língua cortou né num cicatrizava depois depois deu no que deu... é assim... tinha palavra que não dava pra ele fala... mas... ele conversava... **eu fiquei encucada com esta doença e então sempre me cuidei né...***

Trecho 46

O que destaquei no trecho acima (Trecho 46) teve a função de justificar de maneira diversa o sofrimento do outro na construção do sentido da saúde bucal que se mostrou como uma preocupação para esta idosa. A doença, câncer de boca, causadora do sofrimento do pai e indiretamente da mãe (cuidadora), criou condições para a construção de um outro olhar para a saúde da boca que se refletiu na preocupação com câncer de boca. Desta maneira foi possível compreender que a saúde bucal, para a portadora desta fala, deixou de ser apenas doença cárie e passou a ter um significado mais amplo e diverso quando o assunto era doença da cavidade bucal. Acredito que saúde bucal, neste contexto, foi a requisitante de um cuidado ampliado pois a mesma pode ser acometida de diversas doenças como qualquer outro órgão do corpo. Assim, existe nesta relação uma consonância com o entendimento de que saúde bucal é parte integrante da saúde geral como analisado em outro RI.

O sofrimento em relação a saúde bucal também esteve associado ao sofrimento causado por situações constrangedoras em meios sociais. Para interpretação desta relação destaco o trecho a seguir.

Alexandre: então me conta... como que foi?

*Colaborador: bom... não tenho todos os dentes... tenho prótis mas não é dentadura... uma coisa hoje até muito engraçada de contá que foi... ((risos)) no restaurante... quando eu tava comendo e a ponte... pivô... não sei o nome daquilo direito... soltou e... ai meu deus... tive que pegar num guardanapo... e guardar porque... pra depois fui no dentista e colá de novo... **eu mastigando e ela (prótese) soltou... ai meu deus que desespero... isso foi uma coisa que marcou muito e fiquei muito preocupada...** com relação a boca... e uma coisa que me chateia é a falta de dois dentes na parte... como que fala aqui em cima?*

Trecho 47

No momento em que conversávamos sobre acontecimentos marcantes em relação a saúde bucal, ocorria um estímulo para que emoções desencadeassem narrativas que pudessem permitir o entendimento do sentido da saúde bucal por meio de histórias que faziam algum sentido em sua vida. Esta história constituía-se de uma descrição de um evento (Trecho 47).

Ao encontro deste pensamento, retomo Gergen (1997) que destaca que quando pensamos em experiências pessoais sobre algo elas existem dentro de discursos, e desta maneira, ao descrevermos

algo que aconteceu em nossas vidas, estamos entrando no campo da linguagem e do contexto vivido, e assim olhando por uma ótica trazida pelo discurso construcionista social e assim conhecemos como as pessoas constroem significados sobre algo.

A estória descrita reflete o constrangimento vivido devido a perda de uma prótese em um momento de relações interpessoais com um grupo de pessoas. O constrangimento levou à preocupação com a saúde bucal de uma maneira mais intensa. A experiência deste sofrimento, mal estar vivenciado em público, desencadeou sentimentos de desespero e sofrimento que nortearam a construção de sentidos para a saúde bucal.

O constrangimento também esteve legitimado pelo sofrimento expresso na tristeza. Estar triste refletiu um sofrimento que tinha na saúde bucal a causadora de tal situação.

Alexandre: ele (dentista) é bem antigo... acho que nem trabalha mais...

*Colaborador: então... eu tratei com ele eu arranquei e pois aquela ponte móvel e depois da ponte móvel que eu pois a dentadura... **mas foi muito triste a gente ficando mocinha... assim... olhando no espelho e vendo aqueles dentes tudo horroroso... a gente sofria muito... eu tinha vergonha de dar risada...** é uma lembrança horrorosa que eu passei...*

Trecho 48

Encerro este tópico de discussão com o trecho acima (Trecho 48), pois o mesmo contém falas que, por meio da descrição do ato de se olhar no espelho, me remeteram a pensar no aspecto estético presente na relação entre saúde bucal e sofrimento. Ficou claro a compreensão de que o sofrimento também esteve relacionado ao discurso da aparência pessoal na construção do sentido para a saúde bucal. Sofrer por talvez não poder sorrir, pelo fato de olhar-se no espelho e deparar-se com uma imagem desagradável de dentes “horrorosos”, é uma maneira de entender que a saúde bucal foi ponto chave nas relações interpessoais, pois uma aparência dos dentes desagradável criava barreiras, expressas pelo sentimento de vergonha do convívio social e pelo impedimento de expressar alegria com o ato de sorrir.

O sofrimento, portanto, é algo presente em nossas vidas cotidianas e permitiu a construção de determinados sentidos que se refletiram nas relações interpessoais, nas maneiras de olhar para o sofrimento do outro e na maneira de comparar passado com o presente.

7.3.4 Saúde bucal: um sorriso bonito

“O belo, como a verdade, está ligado ao tempo em que se vive e ao indivíduo que está pronto para compreendê-lo.”

Gustave Courbet

Por meio do presente RI, pude entender a relação da saúde bucal como reflexo de beleza e senso estético de harmonia entre envelhecimento, saúde e felicidade. O elo entre estas três situações pode estar no sorriso como reflexo da importância atribuída a saúde bucal na velhice.

O ato de sorrir expressa alegria nos diversos momentos de uma vida bem vivida. Os trechos que destaquei para compreensão deste RI, o qual nomeei de **Saúde Bucal: um sorriso bonito**, são repletos de expressões, adjetivos e figuras de linguagem que permitiram entendê-lo, no contexto em que esta pesquisa se desenvolveu, como o elemento responsável por identificar na saúde bucal o sentido da aparência estética do sorriso. Talvez, por tratar-se de um repertório focado na estética este também é um RI que foi identificado em um contexto alegre e descontraído como observado nos trechos destacados repletos de emoções alegres e adjetivos positivos frente a saúde bucal.

O sentido estético parece estar relacionado as comparações com o grupo a que estes idosos pertenciam, visto que estes são idosos ativos e autônomos que ocupam lugares na sociedade e nas famílias em que vivem. Isto fica claro na fala destacada no Trecho 49.

Alexandre: na parte superior... na parte de cima da boca...

Colaborador: éh::: então me falta só dois dentes... então... os dentes ficaram separados e grandes... então não fica um sorriso bonito né... e também é feio... isso é uma coisa que cha-te-i-a muito... mesmo assim... dentro do que eu vejo e conheço... de acordo com minha idade eu tô muito bem ((risos)) tenho sessenta e cinco anos...

Trecho 49

Esta comparação esteve inserida em um contexto alegre e mostra a satisfação estética deste idoso ao comparar-se com outros idosos do seu meio social. Isto implicitamente esteve associado à comparação da condição de sua saúde bucal com a do outro. Assim construiu-se um sentido de estar bem consigo mesmo frente a um sorriso esteticamente bonito.

Para Beres (1999), sentir-se bem é reflexo de atributos positivos que são informações provenientes de conversas que a pessoa idosa desenvolve na sua vida.

Assim, a saúde bucal reflete um sentido de estética por meio de um sorriso bonito que pode trazer elogios que são informações positivas sobre suas condições na fase da vida em que se encontram.

A idéia de valorização da saúde bucal como ponto de partida para comunicar-se com o mundo social está evidente na expressão “é o primeiro visual da pessoa” (Trecho 25). Esta expressão teve a função de justificar o porquê da valorização da saúde bucal.

Alexandre: depois disso que nós conversamos então pra senhora saúde da boca é:::...

Colaborador: penso que saúde da boca é uma coisa muito importante... por que é o primeiro visual da pessoa... mas os dentes assim postiços é muito ingrato pras pessoas... por que com a idade da gente a gingivi vai engolindo... vai

- sumindo né... e fica difícil os dentes ficá na boca... a gente que tem que controla muito bem... tem que aceitá....*
- Alexandre: *a senhora diz controlar a prótese ou melhor como a senhora disse o dente postição?*
- Colaborador: *éh:::.... éh:::.... muito difícil... só depois que a gente perde os dentes que a gente dá valor o próprio dente da gente... por isso que tem que cuidar muito pra não perder os dentes... eu faz anos que eu tenho as duas... eu acho que faz mais ou menos uns trinta anos... eu acho que sim...*

Trecho 25 (citado novamente)

De certa maneira, valorizando-se a saúde bucal preocupa-se com a estética que é o reflexo de um belo sorriso. Este fato é uma expressão de satisfação e alegria de viver. Parece-me que ao dizer que saúde bucal é o primeiro visual da pessoa, o idoso tenta mostrar que a boca é o órgão responsável pelo primeiro contato nas relações interpessoais e fica aí implícita a idéia de comunicação verbal que por sua vez realiza-se pela fala por meio de um órgão: a boca.

O “primeiro visual” nas nossas relações interpessoais mostra nossa imagem para o outro e assim, Beres (1999), destacou que a influência de como o mundo nos vê pode determinar a forma como determinadas pessoas se vêem, por isso, muitas vezes sentimento de autoestima podem estar ligados ao físico e ao estético, de forma que uma imagem estética permite que muitos idosos não se auto denominem velhos.

A dificuldade para comunicar-se, muitas vezes, é uma queixa de idosos, pois a presença de dentes esteticamente comprometidos associados a má oclusão dentária, impossibilitam a retenção adequada de próteses removíveis, e assim, causam dificuldades para movimentação muscular facial para falar (BULGARELLI et al, 2009).

Muitas expressões contidas nos discursos destes idosos ilustraram a idéia de que saúde bucal é ter a boca limpa e os dentes bonitos, como destacado no trecho a seguir (Trecho 50):

- Alexandre: *e se a senhora tivesse que pensar num nome que... que... uma palavra... a primeira coisa que vier no pensamento da senhora... quando falar de saúde da boca o quê que vem na cabeça da senhora?*
- Colaborador: ***saúde da boca é tê a boca limpinha... boca bem escovada e limpa e os dentes bonitos... sorriso... isso pra mim é... é saúde bucal... cuida bem... olha... não deixa nada diferente... apareceu alguma coisinha diferente... corre no dentista... serviço médico e cuida muito bem da boca...***
- Trecho 50*

Com as expressões “tê a boca limpinha” e as falas “dentes bonitos... sorriso... isso pra mim é saúde bucal” foi possível compreender o sentido estético da saúde bucal e sua relação com manutenção da higienização da boca. Portanto o RI em questão teve também a função de ilustrar processos que constroem a saúde bucal no sentido estético de sua relação com os idosos. A condição

de possuir uma boca limpa e os dentes bonitos mostraram-se essenciais para a estética do sorriso. A higiene, já discutida em outro RI, mostrou-se também relacionada com a busca e manutenção de um sorriso saudável e bonito.

Ao conversarmos sobre envelhecer, fui surpreendido com falas, repleta de adjetivos e expressões que exaltavam a presença do belo na velhice (Trecho 51). Estas falas conduziram-me a compreender que a velhice tem seu lado belo podendo estar associado a saúde bucal.

Alexandre: *eh:::...*

Colaborador: ***igual/ eu acho tão bonito uma pessoa idosa que têm todos os dentes isso é uma coisa que eu acho lindo... maravilhoso idoso com os dentes bem cuidado bem tratado... então isso é uma coisa que eu falo poxa podia ter... ainda bem que hoje é... a gente tem lugares (sistema público de saúde) e condições assim que dá pra gente fazê um tratamento sabe... acompanhamento... e antigamente não tinha era muito difícil era muito difícil mesmo (...)*** ((cachorro latiu))

Trecho 51

No trecho acima, o sentido da saúde bucal esteve expresso na relação de beleza ilustrada na imagem de um idoso com os dentes bem tratados. Essa imagem, dentro do contexto destes idosos e dentro do contexto histórico da saúde bucal e do atual sistema de atendimento público brasileiro, convidaram a compreender que o sentido da saúde bucal, algumas vezes, pode estar associado ao sorriso bonito, mesmo que esta não seja a realidade expressa na condição de saúde bucal deste idoso. Por meio destas falas observei que o RI em questão, teve a função de tornar compreensível a imagem de um sorriso bonito repleto de dentes bem tratados como uma das condições para ter saúde bucal.

De certa forma, este RI teve a função de apresentar os idosos como pessoas que se preocupam em estar bem esteticamente, de maneira que a liberdade de comunicação, por meio de um sorriso bonito, reflete a valorização da saúde bucal. Esta observação também esteve presente em trechos como o que segue (Trecho 52).

Alexandre: *então... me fala assim...alguma experiência assim...qualquer coisa relacionado com saúde bucal...*

Colaborador: ***tá... eu lembro quando eu fiz essa prótese minha que eu achei maravilhosa... cê vê se você tá com uma dor de dente... dente seu ataco com canal... ou tem que extrair e coloca aquela ponte no lugar... antigamente falava ponte hoje fala prótese... nossa eu achei maravilhoso... fiquei com o sorriso bonito né... isso foi uma maravilha que... cê dá um sorriso é uma maravilha né...***

Trecho 52

Neste trecho, a memória, expressa nas palavras “*eu lembro quando*”, ilustrou uma associação entre encantamento com a prótese expressa no adjetivo “*maravilhosa*” e o sorriso bonito. Isto reflete a imagem de um sorriso bonito mesmo não possuindo dentes naturais. Esta é uma diversidade presente

no discurso destes idosos, porém a diversidade é fator preponderante na construção dos sentidos para a saúde bucal. Segundo Camargo-Borges (2007), na diversidade de ações é que se constrói sentidos para a saúde.

Acredito que o importante em relação deste RI é que com todos os dentes ou utilizando-se de uma prótese total o sentido para a saúde bucal constrói-se pela relação entre sentir-se esteticamente belo podendo oferecer um sorriso bonito nas relações interpessoais.

7.3.5 Saúde bucal: sentir-se bem com a condição da boca

“É tão comum encontrar idosos de bem com a vida, felizes. Que riem dos próprios limites. Não ficaram parados nos limites trazidos pelo tempo, mas fizeram deles motivo para encontrar novas formas de se viver. Não colocaram idades nas suas vidas, e sim vidas nas suas idades.”

George Vaillant

Trabalhar a idéia de sentir-se bem em relação a saúde bucal é interessante. Para que uma pessoa se sinta bem com sua própria saúde bucal ela precisa vivenciar aspectos que lhe proporcionem condições de viver bem em sociedade. Eu, possuidor de um discurso, acredito que para vivermos satisfatoriamente em sociedade diversos aspectos são fundamentais para suprir necessidades como capacidade para comunicação, aparência esteticamente aceitável, ausência de transtornos e de dores, boa alimentação, saúde e assim por diante. A saúde bucal será uma aspecto fundamental na vida das pessoas quando a mesma participar da construção de sentidos sobre saúde.

O RI que identifiquei neste contexto teve a função, dentro da interlocução dos discursos, de possibilitar a compreensão de que sentir-se bem poder estar associado a despreocupação e a satisfação com a condição da saúde bucal. Desta maneira a construção do RI **Saúde bucal: sentindo-se bem com a condição da boca**, aconteceu por meio de imagens, adjetivos e expressões que destaco no trecho a seguir.

Alexandre: o quê é este nervo que a senhora falou?

Colaborador: nervo é o que fica na gengiva que vai embaixo da dentadura... na gengiva... tira os dentes depois fica este nervo aqui em baixo ((aponta com o dedo para o rebordo alveolar inferior))... **depois que eu tirei os dentesabei ficâno mais satisfeita.**

Alexandre: a senhora me falou que caiu tudo sozinho... a senhora acha que isso foi por causa da idade? Quando vai ficando velho o dente vai caindo?

Colaborador: eu acho que é... sabe porque? o dente vai ficando mole sozinho... e depois cai... é da idade né... perda do dente é da idade

Trecho 22 (citado novamente)

Este trecho 22, já destacado em outro momento da análise, contém também falas que contemplam a satisfação como consequência da extração seriada dos dentes e a adaptação bem sucedida com as dentaduras. Este trecho, implicitamente convidou-me a compreender que as experiências de sofrimento vivenciadas no passado com problemas de origem dental, possivelmente, construíram o sentido da saúde bucal em associação a satisfação. Assim, a expressão “*acabei ficando mais satisfeita*” reflete a idéia de continuidade no sentido de que após eliminação da etiologia da insatisfação, frente a saúde bucal, a vida passou a ficar continuamente melhor.

Outro trecho que ilustra a idéia de satisfação devido a ausência de dor e uso de próteses está destacado em seguida.

Alexandre: *cuidar da saúde... da saúde como um todo... eh::: bom vamos então falar de saúde da boca?*

Colaborador: *bom:::...**quê que eu posso falar da saúde da boca...tenho dentadura né...***

Alexandre: *as duas?*

Colaborador: *éh::: em cima e em baixo... éh::: as duas... e **graças a deus não sinto nada... não tenho nada... nem dente mais eu tenho ((risos))... faz mais ou menos cinco anos que tirei o resto dos dentes... e agora não sinto mais dor nenhuma...***

Trecho 20 (citado novamente)

Este é um trecho interessante pois o possível sentimento de resignação pelo fato de usar dentadura indicado na fala “*quê que eu posso falar da saúde da boca..... tenho dentadura né...*” vem em seguida contextualizar-se dentro de uma situação onde a satisfação com a atual condição da cavidade bucal dá sentido a saúde bucal. A exclamação “*nem dente mais eu tenho*” tem a função de justificar a ausência de dores e desta maneira justificar o fato de sentir-se bem. Acredito que este idoso sentia-se satisfeito com a vida desprovida de dentes naturais e incômodos, e de certa forma a vida tornou-se provida de alegria, perceptível na irreverência frente o assunto, e provida de satisfação principalmente na fala “*e agora não sinto mais dor nenhuma...*”. Assim pude perceber que para os entrevistados, que utilizavam este RI, a satisfação em não ter dor de dente e não incomodar-se com o uso de dentadura significava ter saúde bucal.

A idéia de tranquilidade, também esteve presente neste RI, no sentido de não ter mais problemas com assuntos relacionados a saúde bucal. No trecho abaixo a comparação com pessoas pertencentes a mesma faixa etária, presente na fala “*tem gente que coloca dentadura e fica cheio de coisa e tal... mas eu não as minhas tão ótimas...*” (Trecho 53) permitiu este idoso concluir que sua condição é muito favorável a condição de sentir-se bem. Quando este idoso verbaliza que suas próteses estão ótimas, implicitamente ele reflete a idéia de que as próteses dos outros idosos, presentes em seu convívio social, causam incômodos e não proporcionam uma vida tranquila aos

mesmos. O sentimento de tranquilidade parece estar associado a despreocupação com dores e incômodos ou mesmo com doenças da cavidade bucal.

Para Lefèvre (1999), a doença é vivenciada como um incômodo e este destaca-se no dia-a-dia como dores, tonturas, enjôos, cólicas e sentimentos de ansiedade, aflição, bateadeira dentre outros. E de maneira oposta a saúde é vivenciada como sentir-se bem e acabar com a doença/incômodo. Este aspecto vem ao encontro desta pesquisa pois o sentimento de tranquilidade reflete o sentido de estar com saúde.

Para seguimento deste raciocínio retórico, destaco o trecho a seguir.

Alexandre: a senhora me falou quarenta anos e aí me veio na cabeça assim... as dentaduras da senhora faz quantos anos que senhora tem?

*Colaborador: eu não tenho a data certa na cabeça mais faz mais ou menos uns cinco anos... e nunca me deu problema nenhum... **tem gente que coloca dentadura e fica cheio de coisa e tal... mas eu não... as minhas tão ótimas... hoje tenho tranquilidade.... sem dor de cabeça...** uma vez só no começo eu tive um problema com esta de baixo... me machucou muito... o dentista disse que tinha inflamado a gengiva porque tava pegando... depois ele resolveu... sei lá quê que ele fez... e nunca mais tive nada... é isso...*

Trecho 53

O idoso, ao dizer que se sentia tranquilo por viver “sem dor de cabeça”, fez uso em seu discurso da referida metáfora com o intuito de tornar real sua despreocupação com os problemas de saúde bucal que até então vivenciava. Em outra fala, a afirmação de que vive tranquilo e a justificativa para tal situação são destacadas nas falas “*mas eu não... as minhas tão ótimas... hoje tenho tranquilidade.... sem dor de cabeça*”. Neste contexto, pude compreender que viver tranquilo pode estar associado ao uso de dentaduras que não machucam, e por isso as mesmas são consideradas ótimas. Este adjetivo, ótimas, vem repleto de emoções que segundo Gergen (1997), permeia construção de sentidos em nossas vidas.

Buscando entender um pouco mais sobre a relação entre satisfação, despreocupação e saúde bucal, destaquei os seguintes trechos de algumas entrevistas para fundamentar esta relação.

Alexandre: o cuidado que a senhora tem com a boca da senhora hoje então é diferente?

*Colaborador: uhn:::... **mas com dentadura acho que não precisa cuidar muito da saúde da boca né... é só limpar a dentadura né...** o dente ficou mole quando vi não tinha mais jeito né... teve que tirar mesmo... eu acho que é da idade isso de dente amolecer... meu pai e minha mãe nunca foram no dentista... caía tudo.. ficava mole... eles não tinham dente quebrado... nem eu não tinha dente quebrado... é isso... o dente não chegava a ficar quebrado... só mole....*

Trecho 23 (citado novamente)

No trecho acima (Trecho 23), ao conversar com o idoso sobre as possíveis diferenças entre o cuidado com a higiene bucal na atualidade e no passado, pude perceber a limpeza da dentadura como a única preocupação com os cuidados de higiene com a saúde bucal deste idoso no momento da entrevista. Desta maneira, a despreocupação esteve presente também na simplicidade que este idoso olha para o cuidado que hoje demanda para sua saúde bucal. Pude notar que o idoso por meio da expressão “... *mas com dentadura acho que não precisa cuidar muito da saúde da boca né... é só limpar a dentadura né...*” faz reflexões mostrando a crença de que não é necessário muita preocupação para cuidar da saúde bucal, e este cuidado é descomplicado a partir do momento que se usa dentadura. Desta forma o RI que contém esta fala, tem a função de difundir a idéia de que os idosos são pessoas que podem algumas vezes sentir que a saúde bucal é um processo que não interfere negativamente em suas vidas desde que a satisfação e o sossego em relação aos dentes e/ou próteses sejam uma das condições para ter uma vida saudável e tranquila.

Neste raciocínio trago outro trecho que contém falas que justificam o repertório em questão.

Alexandre: *me fala o que é saúde bucal pra você?*

Colaborador: ***vamos dizer assim a saúde da minha boca não atrapalha na minha vida... levo minha vida normal... não me preocupo... porque eu sempre cuido né... tenho dentadura... trato com um bom dentista no posto... tenho um acompanhamento lá no posto e mantenho a dentadura bem escovada... tiro escovo direitinho... escovo a língua... se não fica sempre um gosto ruim na boca né...***

Trecho 54

Com o que destaquei neste Trecho 54, pude compreender que existe uma relação muito importante no sentido para a saúde bucal que é o cuidado como condição para viver uma vida normal. A palavra “normal” parece que, neste contexto, se refere a uma vida sem problemas de saúde e sem problemas que possivelmente atrapalhariam a alimentação, a comunicação e a vida em sociedade. Nesse caso é como se o RI em questão apresentasse uma possível alternativa para que a vida não seja atrapalhada pela preocupação com a saúde bucal. O sentido para a saúde bucal parece estar relacionado com a condição de que vivemos uma vida normal quando cuidamos cotidianamente da saúde da boca.

O idoso depara-se constantemente com situações que despertam suas preocupações para outros problemas com a saúde. De maneira irreverente este último trecho que mostro nesta pesquisa, justificou a maneira com que o idoso olha para a saúde bucal (Trecho 55). Depois de percorrer caminhos de análise que permitiram compreender a necessidade de viver bem e tranquilo tendo a

despreocupação com a saúde bucal como fundamental, deparei-me com a expressão da satisfação que condensa todas as situações estudadas neste RI.

Alexandre: então saúde da boca se a gente for ver... éh:::?

Colaborador: como eu posso dizer... **saúde da boca é ficá satisfeito... satisfação é certo que melhora a vida da pessoa...** ainda mais velho né... ((risos))... tem tanta coisa pra pensa na saúde... ((risos)).. é reumatismo.. é coração..((risos))...

Trecho 55

Esta fala fez-me refletir sobre o lugar que a saúde bucal ocupa na vida destes idosos. Existe aqui, uma articulação com outros repertórios indicando o sentido da saúde bucal como parte da saúde geral. Este pensamento fica explícito na comparação entre problemas de saúde bucal e outros problemas com outros sistemas do corpo humano. Esta fala também mostrou o idoso na condição de pessoa que busca a satisfação com a saúde bucal para poder pensar no outros problemas que podem estar associados a velhice.

Desta maneira foi possível compreender que aprendendo com os sofrimentos vividos no passado, vivendo a saúde bucal como parte integrante da saúde geral, tendo dentre suas práticas cotidianas a higiene bucal e valorizando um sorriso bonito criaram-se condições para estabelecer uma saúde bucal como condicionante para uma vida satisfatória, feliz e saudável.

**8. ENTÃO, JUNTOS
CONSTRUÍMOS E CONSTRUIREMOS SEMPRE...**

*“O que se sente exige o momento.
Passado este, há um virar de página, e a história continua, mas não o texto.”*

Fernando Pessoa

A proposta de construir sentidos para a saúde bucal, com a colaboração de pessoas idosas, foi um desafio saudável e estimulante, pois me posicionei como articulador e interlocutor para propor uma aproximação dialógica entre alguns discursos. Esta articulação, a que me refiro, foi a interlocução necessária entre discursos teóricos, práticos, políticos, científicos, históricos e metodológicos juntamente com o saber, pensar e agir das pessoas idosas colaboradoras. Desta maneira, a escolha dos colaboradores, o cenário político e social, os pressupostos que fundamentaram esta pesquisa, a metodologia aplicada, bem como a proposta de um olhar epistemológico construcionista fizeram com que diversos conceitos e ações dialogassem entre si por meio de um processo que resultou na construção de certos sentidos para a saúde.

O desafio desta pesquisa, além de saudável e estimulante, foi muito interessante, pois parti de discursos fundamentados em conversas dialógicas e práticas discursivas já existentes, como no caso do SUS e a da APS, e fui em busca de outros conhecimentos que foram construídos pela aproximação entre o discurso construcionista social, a saúde coletiva e a saúde bucal. Acredito, então, que esta aproximação entre discursos, autores e pensamentos gerou um conhecimento que poderá levar a novas possibilidades de construção de novos conhecimentos sobre o pensar e o agir em saúde bucal em nível coletivo.

Pensei nesta consideração final como o momento de articular, nesta narrativa, os pressupostos desta pesquisa com os sentidos construídos, pois acredito que é por meio deste processo dialógico, entre o que fundamentou esta pesquisa e o que foi construído com a mesma, que emergem as considerações que posicionaram esta pesquisa científica como uma prática discursiva e social.

Um dos primeiros aspectos que considero relevante nesta pesquisa foi o espaço conversacional proporcionado pela Estratégia de Saúde da Família, pois esta foi a interlocutora responsável pelo acesso que tive aos colaboradores, bem como o elo facilitador para que eu pudesse adentrar em seus lares para conversarmos sobre saúde. Esta aproximação só foi possível pois as pessoas idosas eram frequentemente visitadas por ACS e sentiam-se acolhidas pelo referido serviço de saúde. Esta aproximação, implicitamente, esteve associada ao conceito da adscrição populacional.

Considero então que a APS, na condição de articuladora entre pesquisadores, profissionais, usuários e serviços de saúde, foi crucial para o desenvolvimento desta pesquisa, pois é nela, por meio da Estratégia de Saúde da Família, que existem os espaços que permitiram e permitem as

negociações entre saberes, valorização e aplicabilidade de ações de promoção da saúde e de educação em saúde. Assim, considero que o RI *Atenção Primária à Saúde construindo sentidos para saúde bucal* refletiu a importante relação construtora e transformadora de certos conceitos da APS como visitas domiciliares, longitudinalidade, integralidade e empoderamento. Na APS o espaço multidisciplinar para a construção da saúde das populações adscritas, permitiu também a dialogia entre os conhecimentos sobre saúde coletiva, envelhecimento, psicologia social, política, construcionismo social e práticas discursivas para a construção de conhecimento sobre saúde bucal.

Os sentidos da APS na saúde bucal, implícitos entre certas relações que foram identificadas nesta pesquisa, posicionam a Estratégia da Saúde da Família, no contexto da APS, como responsável pela construção do autocuidado em saúde bucal bem como o pensamento da integralidade do cuidado em saúde, pois o idoso mostrou que tem o conhecimento da importância em cuidar da saúde bucal e promover a saúde bucal do outro (neto e/ou bisneto), além de entender o autocuidado como forma de ação e transformação de sua saúde. Estes contextos destaquei no RI *Cuidado em saúde bucal: uma prática social*. Além disso, a APS mostrou-se, na vida destes idosos, como um espaço legitimado promotor de saúde, bem assim, um espaço para escuta, acolhimento e educação em saúde por meio da proximidade entre usuários e profissionais do serviço. Dito de outra forma, considero que ACS, cirurgiões dentistas e outros profissionais do NSF, de maneira indireta, desempenham um papel de integralidade e longitudinalidade no ato de promover saúde bucal para os idosos adscritos.

O entendimento de que a saúde bucal faz parte da saúde em contexto geral foram contemplados na relação identificada com o RI *Saúde Bucal: parte integrante da saúde geral*. Alimentar-se, falar, conversar, relacionar-se, e sorrir foram alguns aspectos identificados que mostraram a relação entre saúde bucal e saúde geral. Assim, considero que a assistência frente ao cuidado com a saúde geral, a possibilidade de ser ouvido e a informação para práticas de cuidados transformadores em saúde, como a importância de cuidar da saúde geral partindo do cuidado com a saúde bucal, foram possíveis devido a relação APS e idosos adscritos.

Considerando o exposto, fundamentei esta pesquisa no pressuposto de que a APS, por meio de espaços conversacionais, consolidou a co-responsabilidade entre as pessoas, que estiveram envolvidas nesta pesquisa, construindo saúde em nível coletivo. Quando utilizo o conceito de espaços conversacionais, refiro-me ao espaço proporcionado pela APS para conversas dialógicas que aconteceram entre: eu, na condição de pesquisador em saúde coletiva; as pessoas idosas, na condição de colaboradores e usuários do serviço público de saúde; os profissionais do NSF III na condição de interlocutores para o processo de operacionalização para coleta de dados; bem como a conversa com as premissas e conceitos do SUS na condição de serviço de saúde onde a pesquisa foi

desenvolvida. Desta maneira com a atuação da APS pode propor novas concepções para se pensar saúde bucal com idosos. Considero, também, que é a APS que possibilita espaços interdisciplinares na construção de novos conhecimentos sobre saúde. Ou seja, os sentidos construídos com este estudo só foram possíveis devido ao espaço para interlocução de discursos da odontologia, da sociologia, da psicologia, da enfermagem e assim por diante.

Neste processo, outro pressuposto desta pesquisa vem ao encontro do considerado até o momento, pois todo o desenvolvimento da pesquisa ocorreu mediante as premissas do SUS, ou seja, este importante marco da saúde pública brasileira que se estruturou devido a interlocução e aproximação de vários saberes, discursos, conhecimentos e processos históricos e políticos, fundamenta-se como uma ferramenta legitimada por toda essa construção social.

O SUS proporciona, dentro de sua estrutura e ideologia de atenção à saúde, uma liberdade para aproximar-se a outros discursos podendo levar a novos conhecimentos. A possibilidade de desenvolver uma pesquisa como esta dentro do espaço do SUS, é um exemplo desta consideração. Portanto, considero o SUS como um sistema em construção, e acredito que o conhecimento científico que se construiu com esta pesquisa poderá fornecer subsídios, por meio do entendimento de certos sentidos para saúde bucal, servindo como uma maneira para se pensar saúde bucal e nortear a atenção e a assistência à saúde bucal para pessoas idosas na saúde pública brasileira.

No momento em que a saúde, dentro do processo histórico de construção da saúde pública brasileira, transforma-se em direito constitucional, tendo o SUS como instrumento legitimado desta transformação, novos espaços conversacionais surgiram para se pensar saúde. Desde então, construções sociais, como a Estratégia de Saúde da Família, passaram a levar saúde para dentro das casas das pessoas e, assim, assistência e informação chegaram às famílias. É neste ponto que o repertório *Deficiência de informação e assistência odontológica na infância*, refletiu a ausência de dialogia entre saúde bucal e serviço público de saúde em uma época onde saúde ainda não era considerada direito de todos os cidadãos brasileiros.

Penso que em um espaço mais loco contextualizado, com no serviço de saúde em questão, o fato de conhecer sentidos para saúde bucal com a população idosa adscrita proporcionará uma maior identificação do núcleo de saúde com sua população, e isto poderá proporcionar aos profissionais do serviço um conhecimento que, por sua vez, subsidiará a incorporação de um novo olhar para estes idosos.

Sob outro aspecto, considero, também, que esta pesquisa foi um instrumento dialógico que permitiu a construção de um novo olhar para a saúde bucal das pessoas, em específico das pessoas idosas. Na condição de prática discursiva criou-se uma condição de escuta para certos idosos e desta

maneira a construção conjunta foi possível. Esta construção conjunta foi fundamentada na perspectiva de que os sentidos foram construídos conjuntamente e desta forma foi por meio das relações que aconteceram, nos diversos momentos desta pesquisa, entre as pessoas, os conhecimentos e os discursos, que os sentidos para a saúde bucal surgiram. Penso que esta consideração vem legitimar o pressuposto desta pesquisa de que foi por meio da aproximação entre o discurso Construcionista Social e APS que se construiu um importante conhecimento para a saúde bucal e coletiva aproximando as relações entre práticas discursivas e saúde.

O discurso construcionista social foi decisivo para a identificação das relações existentes entre saúde bucal e: APS; informação e assistência na infância dos colaboradores; envelhecimento e cuidado em saúde. O processo de identificação das relações fez com que a aproximação da perspectiva construcionista norteara o processo flexível de interpretação dos sentidos que seguiu ao longo desta pesquisa. Portanto, os diversos discursos foram aproximados e construíram a idéia de que a saúde bucal pode estar presente nas relações entre a APS, as histórias de infância, a resignação com possíveis condições da saúde bucal ao envelhecer, bem como entender o cuidado da saúde bucal como uma prática social e transformadora. Esta postura seguiu a perspectiva adotada pois para Gergen (1997), não existe uma forma única para analisar as relações, mas sim um campo aberto para a conversa entre múltiplos discursos para que se tenha uma construção, e neste caso é por meio de processos conversacionais que se constroem novos conhecimentos gerando possíveis transformações. Em outras palavras é na relação dialógica entre o sentido da saúde bucal para o profissional e os sentidos construídos com os usuários, que pode se criar um processo não linear resultando uma perspectiva de ação em saúde. Esta pesquisa, de certa forma, aproximou os saberes profissionais e os saberes dos usuários idosos para se construir sentidos sobre saúde.

Outro aspecto a ser considerado foi o discurso de que saúde bucal é uma necessidade social. Entender a saúde bucal como necessidade social é entendê-la acima de tudo como um direito e poder construir sentidos para a mesma com a participação de cidadãos brasileiros. Acreditando neste pressuposto, pontuo que os sentidos para a saúde bucal construídos com esta pesquisa, podem criar condições para o entendimento de que a busca por um sorriso bonito, a resignação com certas condições emergentes com o envelhecimento da cavidade bucal, o aprendizado com experiências de sofrimento no passado, o acesso a informação e cuidados de higiene bucal na atualidade, bem como situações de despreocupação e bem viver, compreendem um conjunto de aspectos que em um processo dialógico fortalecem o pressuposto de que a saúde bucal em nível coletivo é uma necessidade social. Neste contexto, considero tais sentidos refletidos nos repertórios: *Saúde Bucal: um sorriso bonito*; *Envelhecimento da cavidade bucal: consequência e resignação*; *Saúde Bucal:*

sofrimento no passado; Saúde Bucal: a higiene cotidiana; e Saúde Bucal: sentir-se bem com a condição da boca.

Portanto, minha proposta com esta pesquisa, foi aproximar alguns discursos teóricos, práticos, políticos e metodológicos com os saberes, experiências, sentimentos e histórias das pessoas idosas em um espaço dialógico, que é o SUS/Estratégia de Saúde da Família, para a construção de sentidos para a saúde bucal. Desta maneira, pude entender a saúde bucal respeitando a pessoa idosa na qualidade de ser social detentor de saberes e valores.

Acredito que o conhecimento científico construído com esta pesquisa será fértil, não só por trabalhar uma construção social de sentidos para a saúde, mas também por ser um convite para olharmos a saúde bucal como processo que se constrói e se reconstrói, na dependência dos diálogos que acontecem a todo o momento em nossas vidas. Então, juntos construímos e construiremos sempre!

REFERÊNCIAS⁷

1. AMORIM, C.; VICENTE, R. B. Abordagem de família: uma aproximação da psicologia. In: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 89-100.
2. ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
3. ASSIS, M. M. A.; VILLA T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 815-823, 2003.
4. AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, Porto Alegre, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
5. BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 9ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 234 p.
6. _____. **The dialogic imagination: four essays**. Austin: University of Texas Press, 1981. 444 p.
7. BALTES, P. B.; BALTES, M. M. **Successful aging**. Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press, 1990. 324 p.
8. BANHATO, E. F. C.; SCORALICK, N. N.; GUEDES, D. V.; ATALAIA-SILVA K. C.; MOTA, M. M. P. E. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. **Psicol. Teor. Prát.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 76-84, 2009.
9. BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 709-717, 2002.
10. BARROS, M. M. L. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. **Sociologia**, Curitiba, v. 52, n. 1, p. 109-132, 2006.
11. BASTOS, J. R. M.; PERES, S. H. C. S.; RAMIRES, I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em saúde coletiva, planejando ações e promovendo saúde**. Rio de Janeiro: Artmed, 2003. p. 117-139.

⁷ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

12. BEAUVOIR, S. D. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711 p.
13. BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F.; GONÇALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1683-1690, 2007.
14. BERES, V. L. G. **Quando nos tornamos velhos? Aspectos internos e externos desta questão**. 1999. 283 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
15. BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 2002. 247 p.
16. BIAZEVIC, M. G. G. H.; MICHEL-CROSATO, E.; IAGHER, F.; POOTER, C. E.; CORREA, S. L.; GRASEL, C. E. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 85-91, 2004.
17. BIMBATO, A. M. J. **A representação da velhice entre os profissionais que atuam nos núcleos de saúde da família**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
18. BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.
19. BOWER, E.; SCAMBLER, S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 35, n. 3, p. 161-169, 2007.
20. BRASIL. **Lei nº 6050 de 24 de maio de 1974**. Dispõe sobre a fluoretação das águas de abastecimento pública no Brasil. Brasília, DF, 1974. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/6050-74.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2009.
21. BRASIL. **Portaria nº 635 de 26 de dezembro de 1975**. Dispõe sobre a fluoretação das águas de abastecimento pública no Brasil. Brasília, DF, 1975. Disponível em <<http://189.28.128.179:8080/518/legislacoes/portaria-635-1975>>. Acesso em: 12 nov. 2009.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília, DF, 1986. 29 p.

23. BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 17 nov. 2009.
24. BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 out. 2009.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2_conf_saudebucal.doc>. Acesso em: 13 jun. 2009.
26. BRASIL. **Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 26 out. 2009.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, DF, 1998. 36 p.
28. BRASIL. **Portaria nº 1395/GM de 10 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, DF, 2001.
30. BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências. Brasília, DF: Centros de documentos e Publicações, 2003. 54 p.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004a. 76 p.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Proporção de idosos na população brasileira**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2004/a14uft.htm>>. Acesso em: 04 ago. 2005.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Índice de envelhecimento de 1991 a 2003**. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2004/a15uf.htm>>. Acesso em: 4 ago. 2005.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília, DF: 2004d. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/ConferenciaSaudeBucal/relatorio_nacional.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2009.
35. 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, DF, 2004e. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf>. Acesso em: 23 set. 2009.
36. BRASIL. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2009.
37. BRASIL. **Portaria nº 687 de 30 de março de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2009.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. 3. ed. São Paulo: IDEC, 2006c. 76 p.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação – competência**. Brasília, DF, dez. 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2009.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do percentual de cobertura populacional das ESF, distribuído por porte populacional**. Brasília, DF, jun. 2009a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_acs_sb_cobertura.jp>. Acesso em: 17 ago. 2009.
41. BRASIL. **Portaria nº 302 de 17 de Fevereiro de 2009**. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

42. BRITO, F. C. **Auto-avaliação de saúde de idosos versus avaliação médica: um estudo de concordância.** 1997. 123 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
43. BROCKMEIER, J.; HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 525-535, 2003.
44. BUARQUE, S. C. **Metodologia de planejamento e desenvolvimento local e municipal sustentável:** material para orientação técnica e treinamento de multiplicadores e técnicos de planejamento municipal e local. Brasília, DF: Ministério Extraordinário de Política Fundiária, 1999.
45. BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96:** uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>. Acesso em: 14 fev. 2009.
46. BULGARELLI, A. F. **Saúde bucal em idosos. Queixas relatadas, Ribeirão Preto/SP.** 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
47. BULGARELLI, A. F.; MANÇO, A. R. X. Saúde, idosos e autonomia financeira. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE COLETIVA. DESIGUALDADES EM SAÚDE, UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR, 2., 2004, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2004. p. 26-27.
48. BULGARELLI, A. F.; PINTO, I. C.; RODRIGUES JUNIOR, A. L.; MANÇO, A. R. X. Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto/SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.175-191, 2009.
49. BURR, V. **An introduction to social constructionism.** 2nd ed. London: Routledge, 2003. 229 p.
50. BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 163-177, 2000.
51. BURT, B. A.; EKLUND, S. A. **Dentistry, dental practice and the community.** 5th ed. Philadelphia: Elsevier, 1999. 384 p.
52. CAMARGO-BORGES, C. **O construcionismo social no contexto da estratégia da saúde da família:** articulando saberes e práticas. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

53. CAMPOS, R. H. F.; LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B.; FREITAS, M. F.; GUARESCHI, P.; NASCIUTTI, J. C. R.; VASCONCELOS, N. **Psicologia social comunitária**. Da solidariedade à autonomia. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 179p.
54. CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Soc. Cult.**, Goiânia, v. 3, n. 1-2, p. 51-74, 2000.
55. CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 868 p.
56. CAMPOSTRINI, E. P.; FERREIRA, E. F.; ROCHA, F. L. Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. **Arq. Cent. Estud. Curso Odontol. Univ. Fed. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 43, n. 2, p. 48-56, 2007.
57. CARNEIRO, E. A.; CARNEIRO, E. C. A. R. **Notas introdutórias sobre a análise do discurso**. Parte 4- Fundamentos da análise do discurso. 2007. Disponível em: <<http://www.duplipensar.net/artigos/2007s1/notas-introdutorias-analise-do-discurso-fundamentos.html>>. Acesso em: 27 jul. 2009.
58. CARNEIRO, R. M. V.; SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1709-1716, 2005.
59. CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.
60. CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.
61. CASER, V. **Envelhecimento da população desafia profissionais de saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.pronep.com.br/noticia.jsp?id=214>>. Acesso em: 20 out. 2009.
62. CHAUÍ, M. **Convite a filosofia**. São Paulo: Ática, 2000. 424 p.
63. CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. **A educação em saúde na prática do PSF**. Manual de Enfermagem. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2001. p. 34-42. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 02 nov. 2008.

64. CIONE, R. **História de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1995. 423 p.
65. COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, 2002.
66. CONIL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.
67. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Saúde bucal avança na Estratégia da Saúde da Família. **Jornal do CFO**, n. 88, p. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/jornal/n.88/default.asp>>. Acesso em: 28 abr. 2009.
68. CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, 1997.
69. COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. **Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 72 p.
70. COYLE, A. Discourse analysis. In: LYONS, E.; COYLE, A. **Analysing qualitative data in psychology**. London: Sage, 2007. p. 98-130.
71. DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: _____. **Antropologia e velhice**. Campinas: Editora IFCH/UNICAMP, 1994. p. 7-30. (Textos Didáticos, 13).
72. _____. **Os significados da velhice no curso de vida pós-moderno**. 2006. Disponível em: <<http://odialético.hpg.ig.com.br/filosofia/debert.htm>>. Acesso em: 15 set. 2009.
73. DIAS, A. A.; NARVAI, P. C.; RÊGO, D. M. Scientific output trends in oral health in Brazil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 24, n. 1, p. 54-60, 2008.
74. DICKSON, M.; ABEGG, C. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 39-66.
75. DONALDSON, M. S.; VANSELOW, N. A. The nature of primary care. **J. Fam. Pract.**, Montvale, v. 42, n. 2, p. 113-116, 1996.

-
76. DOURADO, M.; LEIBING, A. A velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica. **Rev. Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1-8, 2002.
77. DUARTE, Y. A. O.; LEBRAO, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. In: PESSINI, I.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2006. p. 467-484.
78. EKANAYAKE, L.; PEREIRA, I. Validation of a Sinhalese translation of the oral health impact profile-14 for use with older adults. **Gerodontology**, London, v. 20, n. 1, p. 95-99, 2003.
79. FERNANDES, C. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. Goiânia: Trilhas Urbanas, 2005. 96 p.
80. FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 23, p. 197-203. 1999.
81. FERREIRA, A. A. A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C. W. A.; ALVES, M. S. C. F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 211-218, 2006.
82. FLICK, U. **Uma introdução a pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2004. 355 p.
83. FLORIANO, F. R.; COSTA, M. C. N.; MOTA, E. Condições de saúde bucal de idosos em Salinas das Margaridas/BA 2002. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 5-10, 2004.
84. FORRAI, J. The beginnings of dental caries and its treatments. **Rev. Clin. Pesqui. Odontol.**, São José dos Campos, v. 5, n. 2, p. 187-192, 2009.
85. FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Tradução Luiz Felipe Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 248 p.
86. GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. **Am. Psychol.**, Washington, DC, v. 40, n. 1, p. 266-275, 1985.
87. _____. **Realities and relationships**. Soundings in social constructions. 3rd ed. Boston: Harvard University Press, 1997. 356 p.

-
88. _____. Relativism, religion, and relational being. **Common Knowl.**, Durham, v. 13, n. 2-3, p. 362-378, 2007.
89. GERGEN, K. J. **An invitation to social construction**. 2nd ed. Washington, DC: Sage, 2009. 186 p.
90. GERGEN, K. J.; GERGEN, M. M. **Social psychology**. 2nd ed. New York: Springer Verlag, 1986. 451 p.
91. GIDDINGS, L.; MCKENZIE-GREEN, B.; BUTTLE, L.; TAHANA, K. Oral healthcare for older people: 'I can't afford not to go to the dentist, but can I afford it?' **N. Z. Med. J.**, Wellington, v. 121, n. 1281, p. 2234-2239, 2008.
92. GIFT, H. C.; ATCHISON, K. A.; DRURY, T. F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **J Dent. Res.**, Alexandria, v. 77, p. 1529-1538, 1998.
93. GILL, R. Análise do discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 244-270.
94. GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONIL, E. M.; CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. **Saúde Debate**, Londrina, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.
95. GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. 2007. 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
96. GÖTTEMS, L. B.; PIRES, D. G. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009.
97. GRANDESSO, M. A. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 422 p.
98. GUANAES, C. **A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social**. São Paulo: Vetor, 2006. 287p.

-
99. GUANAES, C.; JAPUR, M. Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito do Self. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 135-146, 2003.
100. GUIMARÃES, L. A. M.; MARTINS, D. A.; GUIMARÃES, P. M. Os métodos qualitativos e quantitativo: similaridades e complementaridades. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. **Método qualitativo, epistemologia, complementaridade e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004. p. 79-92.
101. HALL, S. A. **Identidade cultural na pós-modernidade**. 10. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. 234 p.
102. HARRIS, N. O.; CHRISTEN, A. G. **Primary preventive dentistry**. 4th ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1995. 635 p.
103. HARFORD, J. Population ageing and dental care. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 37, n. 2, p. 97-103, 2009.
104. HEINSIUS, A. M. **O processo de envelhecimento**. 2005. Disponível em: <<http://www.jsa.med.br/2005Terceiridade.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2009.
105. HOSKING, D. M.; MACNAMEE, S. **Transforming inquiry: research as relational practice**. 2010. In press.
106. HYLAND, R.; ELLIS, J.; THOMASON, M.; EL-FEKY, A.; MOYNIHAN, P. A qualitative study on patient perspectives of how conventional and implant-supported dentures affect eating. **J. Dent.**, London, v. 7, n. 9, p. 718-723, 2009.
107. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Censo demográfico: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
108. _____. **Brasil em Síntese**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm>. Acesso em: 15 set. 2009.
109. ÍÑIGUEZ, L. **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 312 p.
110. JIMÉNEZ, A. T. Formación económico-social y enfermedad. In: _____. **Enfermedad y clase obrera**. México: Instituto Politécnico Nacional/Escuela de Enfermería y Obstetricia, 1992. p. 11-40.

-
111. JITOMIRSKI, F. Atenção a idosos. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Ed. Santos, 2000.
112. KOYASHIKY, G. A. K.; ALVES-SOUZA, R. A.; GARANHANI, M. L. O trabalho de Agentes Comunitários de Saúde em Unidades de saúde da família. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1343-1354, 2008.
113. KUHN, T. A. **Estrutura das revoluções científicas**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1995. 123 p.
114. LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981. 123 p.
115. LAPREGA, M. R. Processo saúde-doença e níveis de prevenção. In: FRANCO, J. L.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de epidemiologia**. Barueri: Manole, 2000. p. 1-28.
116. LEFÈVRE, F. **Mitologia Sanitária**: saúde, doença, mídia e linguagem. São Paulo, Edusp, 1999. 112p.
117. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 745-757, 2003.
118. LOPES, A. **Os desafios da gerontologia no Brasil**. Campinas: Alínea, 2000. 210 p.
119. _____. **O trabalho voluntário entre idosos**: a experiência americana e brasileira. 2008. Disponível em: <<http://www2.pol.org.br/envelhecimento/docs/Andrea%20Lopes%20-%20Trabalho%20voluntario%20entre%20idosos2008.pdf>> Acesso em: 10 set. 2009.
120. MAFFIOLETTI, V. L. R. Velhice e família: reflexões clínicas. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 336-351, 2005.
121. MALTERUD, K. Shared understanding of the qualitative research process: guidelines for the medical researcher. **J. Fam. Pract.**, Montvale, v. 10, p. 201-206, 1993.
122. _____. Qualitative research: standards, challenge, and guidelines. **The Lancet**, London, v. 358, n. 11, p. 483-488, 2001.

-
123. MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F.; GUERRA, H. L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 661-668, 2001.
124. MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
125. MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a Enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, 2001.
126. MATUS, C. **Teoria do jogo social**. São Paulo: FUNDAP, 2005. 524 p.
127. MCNAMEE, S. O discurso construcionista social. In: GUANAES, C. **A construção da mudança em terapia de grupo**: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor, 2006. p. 19- 52
128. MCNAMEE, S. Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: PARE, D.; LARNER, G. **Collaborative practice in psychology and therapy**. New York: Haworth Press, 2004. p. 9-21.
129. MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. **Relational responsibility, resources for sustainable dialogues**. London: Sage, 1998. 216 p.
130. MEIRA, R. L. C.; GORDILHO, A. C. B.; NETO, M. P. M.; NERY, M. R. Sinais e sintomas em gastroenterologia geriátrica. In: GUIMARAES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. São Paulo: Revinter, 1989. p. 113-130.
131. MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 696-704, 2008.
132. MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-298.
133. _____. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.
134. _____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 300 p.

-
135. MERCADANTE, E. F. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPAEO-NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997a. p. 73-76.
136. _____. **A construção da identidade e subjetividade do idoso**. 1997b. 123 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1997b.
137. MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 324 p.
138. MESTRINER JUNIOR, W.; MESTRINER, S. F.; BULGARELLI, A. F.; MISHIMA, S. M. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 677, 2009.
139. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.
140. _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. 98 p.
141. MIRANDA, C. A. S.; MIRANDA, F. A. N. Reflexão holística: em foco a Enfermagem. **Conceitos**, João Pessoa, v. 4, n. 6, p. 1-180, 2001.
142. MONTI, L. M.; JUSTI, M. M.; FARJADO, R. S.; ZAVANELLI, A. C. Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 35-47, 2006.
143. MOREIRA, R. L. C. A. **Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las**. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, 2009.
144. MOREIRA JUNIOR, C. S. **Grupo de sala de espera em ambulatório de geriatria: a produção de sentidos sobre o envelhecimento humano**. 2001. 136 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
145. MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. A relação entre espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 275-284, 2007.

146. MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, 2005.
147. MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 6, p. 1383-1392, 2007.
148. MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Rev. Odontol. Ciência**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 117-123, 1990.
149. MUTTI, R. O primado do outro sobre o mesmo. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DE DISCURSO, 1., 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2003. p. 10-13.
150. MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006. 120 p.
151. NADANOVSKY, P. O aumento da produção científica odontológica brasileira na saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 886-887, 2006.
152. NAGEL, T. **The view from nowhere**. New York: Oxford University Press, 1986. 345 p.
153. NARVAI, P. C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** Relatório final da Oficina da Rede Cedros. São Paulo: Oficina do Grupo de Trabalho/Odontologia em SILOS – Sistemas Locais de Saúde/Rede CEDROS, 1992. 12 p.
154. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2008. 147 p.
155. NASCIMENTO, R. O. A formação de identidade psicológica e pós-moderna numa perspectiva interacionista. **Rev. Fafibe**, Bebedouro, v. 2, n. 2, p. 1-7, 2006.
156. NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. São Paulo: Papyrus, 1999. 232 p.
157. NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2005. 214 p.
158. NOGUEIRA, C. A análise do discurso. In: ALMEIDA, L.; FERNANDES, E. **Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação**. Braga: CEEP, 2002.

-
159. _____. Análise(s) do discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 235-242, 2008.
160. NUNES, E. D. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 55-69, 1996.
161. NUNES, C. I. P. **Condições de saúde bucal e autopercepção de saúde bucal da população do grupo etário de 65-74 anos da Região da Serra/Rio Grande do Sul (RS)**. 2005. 88 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
162. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde na Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Brasília, DF, 2005a. 41 p.
163. _____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. Suzana Gontijo. Brasília, DF: OMS, 2005b. 60 p.
164. _____. **Participação comunitária e empoderamento**. 2007. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/2007temas.c/m?id=17&area=Conceito. Acesso em: 23 jan. 2008.
165. OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Papirus, 2002. 208 p.
166. ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento**. 2. ed. Campinas: Pontes, 1988. 128 p.
167. _____. **A interpretação**. Petrópolis: Vozes, 1996. 276 p.
168. PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. F. Saúde coletiva: uma "nova Saúde Pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
169. PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. F. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Ed. Universidade Federal da Bahia, 2000. 320 p.
170. PAVARINI, S. C. I.; MENDIONDO, M. S. Z.; BARHAM, E. J.; VAROTO, V. A. G.; FILIOZOLA, C. L. A. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 1-9, 2005.

-
171. PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 338-342, 2006.
172. PETERSEN, P. E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global oral health programme. **Community Oral Dent. Epidemiol.**, Copenhagen, v. 33, p. 81-92, 2005.
173. PETERSEN, P. E.; ESTUPINAN-DAY, S.; NDIAYE, C. **WHO for continuous improvement in oral health**. Geneva: WHO, 2005. 9 p. (Bulletin of the World Health Organization, B3).
174. PINTO, I. C. **Os sistemas de informação em atenção primária à saúde como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências no Brasil e na Espanha**. 2008. 169 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
175. POTTER, J. **Representing reality**. Discourse rhetoric, and social construction. London: Sage, 1996. 235 p.
176. POTTER, J.; WETHERELL, M. **Discourse and social psychology beyond attitudes and behavior**. London: Sage, 1987. 216 p.
177. _____. Discourse analysis. In: SMITH, A.; HARRÉ, R.; LANGENHOVE, L. V. **Rethinking methods in psychology**. London: Sage, 1995. p. 80-93.
178. PRETI, D. **Análise de textos orais**. Projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo: (Projeto NURC/SP). São Paulo: FFLCH/USP, 1993. 43 p.
179. PUCCA JUNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.
180. PUBLICITAÇÃO. In: DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LÍNGUA PORTUGUESA. 2010. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx>>. Acesso em: 08 ago. 2009.
181. RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

182. RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.
183. RASERA, E. F. **Grupo de apoio para pessoa portadoras de HIV: negociando diferenças**. 1999. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
184. RASERA, E. F.; JAPUR, M. Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 201-209, 2007.
185. RASERA, E. F.; JAPUR, M. Grupo como construção social: aproximação entre construcionismo social e terapia de grupo. São Paulo. *Vetor*. 2007, 248p
186. RASERA, E. F.; JAPUR, M. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 30, p. 21-29, 2005.
187. REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 191-199, 2006.
188. RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Mortalidade de residentes e não residentes em Ribeirão Preto – SP. **Boletim**, Ribeirão Preto, v. 3, p. 1, 1998.
189. RIBEIRÃO PRETO. **Plano Municipal de Saúde: 2010-2013**. 2009. Disponível em: <<http://ribeirão preto.sp.go.br/index.html>>. Acesso em: 05 jan. 2010.
190. RIBEIRO, L. M.; RASERA, E. F. Os idosos e o uso de próteses auditivas: identificando os repertórios interpretativos que justificam essa decisão. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 425-433, 2008.
191. ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.
192. ROJAS, R. A. **Epidemiologia básica**. Buenos Aires: Intermédica Editorial, 1974. Tomo I, 324 p.
193. SAINTRAIN, M. V. L.; LOPES, R. M. Plano gerodontológico a luz do sistema único de saúde. **Int. J. Dent.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 227-230, 2003.

194. SANTOS, W. T. **O olhar do idoso sobre sua própria saúde**. 2001. 154 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
195. SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.
196. SEABRA, M. L. V.; CONCÍLIO, G. V.; VILLARES, J. B.; CARLINI, E. A. Avaliação do teste “Mini-Mental State” em voluntários e pacientes brasileiros. **Rev. ABP-APAL**, São Paulo, v. 12, n. 1-4, p. 1-7, 1989.
197. SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Rev. Hist. Ciênc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, 2008.
198. SILVA, M. C. **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas**. Texto sobre envelhecimento. 2007. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282005000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 set. 2009.
199. SILVA, S. R. C.; VALSECKI-JUNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 4, p. 268-271, 2000.
200. SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 626-631, 2004.
201. SILVESTRE, J. A.; COSTA-NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.
202. SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, L. I. V.; COELHO, F. M. V. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.
203. SHOTTER, J. **Conversational realities**. Constructing life through language. London: Sage, 1993. 201p.
204. SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. 296 p.
205. SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde, práticas, saberes e sentidos**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 339 p.

206. SOUZA, A. M.; MATOS E. G. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como o encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. **Método qualitativo - epistemologia, complementaridade e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004. p. 215-241.
207. STARFIELD, B. **Primary care**: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998. 438 p.
208. STAUDINGER, U. M.; MARSISKE, M.; BALTES, P. B. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: perspectives from life-span literature. **J. Dev. Psychol.**, London, v. 5, n. 1, p. 541-566, 1993.
209. TEIXEIRA, E. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência, da pesquisa. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 203 p.
210. TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados a promoção de saúde**. 2002. 105 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswald Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
211. TEIXEIRA, R. O acolhimento num serviço de saúde como entendido como uma rede de conversação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 89-112.
212. TESCH, R. **Qualitative research**: analysis types and software tools. New York: Falmer Press, 1991. 134 p.
213. TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, R. M.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 6, p. 904-908, 2008.
214. TURATO, E. R. A questão da complementaridade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. **Método qualitativo - epistemologia, complementaridade e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004. p. 17-51
215. UNGER, J. P.; KILLINGSWORTH, J. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Sci. Med.**, Narberth, v. 22, p. 1001-1013, 1986.

-
216. WILLING, C. **Introducing qualitative research in psychology** (adventures in theory and method). London: Open University Press, 2001. 237 p.
217. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care**. Geneva, 1978.
218. _____. **Renewing the health-for-all strategy**: elaboration of a policy for equity, solidarity and health. Geneva, 1995. 132 p.
219. _____. **The world oral health report 2003**. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, 2003.
220. _____. **Oral health in aging societies**: integration of oral health and general health. Report of a meeting convened at the WHO Centre for health development in Kobe, Japan. 1-3 June. Geneva, 2005.
221. _____. **Improving oral health amongst the elderly**. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/oral-health/action/groups/en/2007index1.html>>. Acesso em: 21 jan. 2009.
222. VERAS, R. **País de jovem com cabelos brancos**. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994. 224 p.
223. _____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.
224. ZIMERMAN, G. I. **Velhice**. Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 134 p.

APÊNDICES**APÊNDICE A - Roteiro de entrevista**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP Construindo sentidos para saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP	
Conteúdo (questão) à ser explorado(a)	Perguntas norteadoras
Cuidados com a saúde incorporados no cotidiano	<ul style="list-style-type: none"> • Me fala um pouco como é seu dia a dia. • Geralmente como é sua rotina diária? • O quê o Sr(a) faz diariamente?
Aspectos/ contextos da saúde geral	<ul style="list-style-type: none"> • Me fala um pouco sobre sua saúde? • Como o Sr(a) “está de saúde” atualmente? • E a saúde como está?
Fatos marcantes e significativos associados a saúde bucal.	<ul style="list-style-type: none"> • Você pode me contar alguma coisa que aconteceu com você que está relacionado com saúde bucal? • Você se lembra de alguma coisa que ficou pra sua história que está associado a saúde bucal? • Me conta alguma coisa (alguma lembrança) que aconteceu com você e evoluiu sua boca?
Resgate de atitudes/cuidados com a saúde bucal no passado	<ul style="list-style-type: none"> • Quando você era criança como que se cuidava dos dentes? • Como sua mãe (cuidador) cuidava dos seus dentes?
Cuidados e atitudes com a saúde bucal na atualidade	<ul style="list-style-type: none"> • E hoje em dia, como o Sr(a) cuida da saúde da boca? • Como o Sr(a) cuida da boca atualmente?
Aspectos do envelhecimento da cavidade bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Com o passar dos anos o que vem acontecendo com sua cavidade bucal? • Conforme o Sr(a) esta envelhecendo o que acontece com a sua boca?
O que se pensa sobre saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • O que o Sr(a) pensa sobre saúde bucal? • Se você tivesse que explicar o que é saúde bucal para seu neto (parente mais próximo) o que o Sr(a) falaria?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

EU, _____ declaro que concordo e me proponho a participar da pesquisa **“Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP.”** Tenho consciência que serei entrevistado pelo Pesquisador responsável sobre minha saúde bucal, e que as entrevistas serão gravadas e depois transcritas. Entendo que meu bem estar físico, moral e social será plenamente respeitado e que poderei desistir no momento em que desejar. Reconheço que serei avaliado em meu estado mental, através da aplicação de um instrumento verbal sem exames físicos, e que minha identidade será resguardada. Reconheço também que estou contribuindo para os estudos de saúde para a terceira idade, e que receberei esclarecimentos adicionais consultando o pesquisador por telefone (16 36248033 e/ou 16 97261110), caso ache necessário a qualquer momento em que tiver dúvida, visto que minha participação encerra-se ao final da entrevista. Sei também que o resultado da pesquisa será divulgado em revistas nacionais e/ou internacionais e que meu nome nunca será identificado. Assim, concordo em participar do estudo respondendo a entrevista, por livre vontade.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa, **“Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP.”** **AUTORIZO** a realização da entrevista em: ____ de _____ de 2008.

Nome_____
Assinatura

Pesquisador Responsável Alexandre Fávero Bulgarelli

APÊNDICE C – Roteiro para observação de campo não participante

Diário de Campo/ Observações

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP***Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP.*****Do entrevistado**

- Participação receptiva?
- Pouca conversa?
- Quem era este idoso na família?
- Morava sozinho?
- O idoso se emocionou em algum momento?
- Foi muito requisitado por membros da família durante a entrevista?
- O entrevistado ficou constrangido em algum momento da entrevista?

Da entrevista

- Realização em ambiente agradável?
- Houveram interferências externas como presença de outros membros da casa?
- Em que local da residência ocorreu a entrevista?
- O idoso que sugeriu o local da entrevista? Como era este local?
- Qual foi o tempo da entrevista?
- Houveram interrupções (motivo)?
- O desenrolar da entrevista aconteceu naturalmente?
- Foi conduzida facilmente?

APÊNDICE D – Roteiro para observação dos sujeitos entrevistados

Informações sobre o sujeito

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP

Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP.

Informações sobre o entrevistado

• Sexo:	() Masculino () Feminino
• Idade:	
• Origem:	() Urbana () Rural
• Moradia:	() Familiares () Só () Esposo(a)
• Escolaridade:	() Não alfabetizado
() < 4 anos
() 5 a 8 anos
() 9 a 11 anos
() > 11 anos
• Aposentadoria:	() Sim () Não

APÊNDICE E – Texto gerado com as observações de campo referente ao procedimento de coleta de dados da pesquisa “Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP”.

Observação não participante/ Anotações diário de campo

Narrativa da uma entrevista realizada no dia 26 de Novembro de 2008.

Entrevistada: Dona LIMPEZA

Esta foi a sexta entrevista realizada para a pesquisa. Após a realização da quinta entrevista, olhei no mapa e vi que estava próximo a residência de mais um colaborador da pesquisa. Naquele momento resolvi visitá-lo e marcar um dia para conversarmos. Era mais ou menos 9:30 da manhã quando fui recebido pela idosa. Ela pediu explicações sobre a pesquisa e ainda no portão de sua residência disse que poderia me receber naquele momento porque naquela manhã ela estava tranqüila com seus afazeres. Ela me levou até a sala da residência. Uma casa pequena mas muito bem cuidada e o ambiente bem limpo e agradável. Após ter trancado sua cadelinha no quintal nós iniciamos a entrevista. Esta colaboradora era a responsável pela casa. Trabalhava um dia sim outro não, visto que era a cuidadora de seu marido que por seqüelas de um Acidente Vascular Encefálico havia ficado acamado e aos poucos estava se recuperando. Ela não era aposentada e morava apenas com o marido e se localizava no tempo e no espaço, como sugeriu o Mini Exame do Estado Mental.

Esta idosa era a responsável por tudo na casa e ainda cuidava do marido. Percebi que tinha um relacionamento muito bom com seus familiares visto que haviam fotos espalhadas por toda a sala e ela me disse que os filhos que moravam em Ribeirão Preto passavam lá quase todos os dias para saber como eles estavam. Era uma mulher de origem rural, fisicamente forte e saudável porém com aparência de cansaço. Foi muito participativa e consentiu em participar por livre vontade, porém disse que não tinha muito o costume de freqüentar o Núcleo pois era sempre atendida diretamente no posto de Saúde vinculado a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, e no Hospital da Clínicas para acompanhamento de sua plaquetopenia.

A entrevista fluiu tranquilamente ocorrendo algumas interrupções devido ao barulhos de carros e alguns caminhões que passavam pela rua, visto que a sala era bem próxima a rua. Mas estes sons não atrapalharam nossa conversa visto durante o barulho nós mesmos parávamos de falar e continuávamos logo em seguida. Depois, após uma pausa para assistência ao marido, continuamos nossa conversa na cozinha tomando café ao som de uma rádio católica, que a idosa ouvia diariamente. Esta foi uma entrevista fácil de ser conduzida e a entrevistada não foi solícita e conversamos tranquilamente como se fôssemos antigos conhecidos.

APÊNDICE F -Transcrição da uma entrevista

Código de identificação da transcrição – 6/Ex/SB

Alexandre	então é o seguinte a importância desta conversa nossa é justamente entender o que o pessoal que tem mais de sessenta anos pensa sobre a saúde da boca... eu não sei... se a senhora quiser perguntar alguma coisa...
Colaborador	não... não pode começar
Alexandre	então... quando eu falo saúde da boca o que vem na cabeça da senhora?
Colaborador	ir no dentista pelo menos uma vez por ano né... eh... escová os dente... ah::... estas coisas né... cuidar da boca... usá fio dental... é... eu acho que a agente tem que cuidá bem né... escová depois de comê... se não der... pelo menos uma vez por dia geralmente... se der eu acho que a gente tem que cuidar...tem...tem...que ir no dentista
Alexandre	<u>e me fala uma coisa... eu percebo que a senhora sabe cuidar do dente... no dia a dia da senhora como é que é? a senhora levanta de manhã escova o dente ou vai escovar só depois da refeição?</u>
Colaborador	<u>não... é assim... eu de manhã eu escovo os dentes... tomo o café aí depois eu do uma enxaguada... porque é tudo muito corrido... como eu trabalho fora...</u>
Alexandre	<u>a senhora trabalha fora? nossa... então eu tive sorte de pegar a senhora aqui assim...</u>
Colaborador	<u>é... porque é assim... eu trabalho um dia sim outro não... ontem eu trabalhei e hoje não... amanhã eu vou... aí como eu trabalho fora as vezes eu acabo de almoçar lá e da pra escovar os dentes... mas as vezes não dá... eu faço um bochecho rápido né... mas depois do jantar ou antes de deitar eu escovo os dentes... porque aí a gente escova com calma né... tá em casa tudo né... porque antes de eu tomar meu café eu escovo os dentes as vezes eu até passo fio dental... mas durante o dia é aquela escovada rápida né... então de manhã é como se eu escovasse duas vezes... eu levanto e escovo e depois do café eu faço um bochecho... (...) ((pausa devido ao barulho do caminhão na rua)) agora dá pra continuar ((risos))</u>
Alexandre	e a saúde geral da senhora como é que está?
Colaborador	eu tenho uma plaquetopenia que até faço acompanhamento aqui no Núcleo e lá no Hospital das Clínicas... então eu faço um acompanhamento lá e tenho problema no joelho...

Alexandre	de articulação?
Colaborador	é... isso mesmo e é isso aí...
Alexandre	mas isso interfere no cuidado com a saúde da boca?
Colaborador	não não...
Alexandre	a senhora é de trinta e nove né?
Colaborador	hoje tô com sessenta e nove.
Alexandre	quando a senhora era criança... era mocinha... o quê que se falava da saúde da boca? como que é isso aí? como que cuidava... fala um pouco pra mim...
Colaborador	bom... não era assim uma coisa bem cuidada... a gente morava na fazenda... vida da gente era muito corrida na fazenda... então a gente veio escovar dente a gente já era assim... já tinha mais de onze doze ano...quando veio... éh:: assim... tinha mais de onze ano já quando eu vim a escovar dente... ter escova de dente estas coisas... sabonete...
Alexandre	desde pequeninha não se falava nisso?
Colaborador	só levantava de manhã.. (a mãe falava) lava o rosto... lava a boca... então a gente fazia bochecho... então eu perdi dente cedo... perdi dente com facilidade... perdi muito ce/ era muito difícil então a gente não tinha... era uma ignorância sabe não tinha uma explicação sabe uma coisa assim... porque tem que ter tem que fazer... e como era muito difícil a vida da gente então era só o básico... essas coisa (cuidado com a boca) não...
Alexandre	olha que interessante... então a idéia era lavar a boca... lavava o rosto e a boca.
Colaborador	(a mãe falava) lava a boca... então a gente fazia um bochecho... jogava água pra-lá-e-pra-cá... não se usava uma escova de dente nem pasta né...
Alexandre	então se vê que as coisas mudaram muito né... porque as crianças de hoje em dia...
Colaborador	nossa... de pequeninho já aprende né... já...
Alexandre	se você tivesse que falar... a senhora tem neto?
Colaborador	TENHo
Alexandre	quantos netos que a senhora tem?
Colaborador	dois netos... uma neta e um neto... um de vinte e cinco...

Alexandre	a não... de vinte e cinco... ele já tem filho?
Colaborador	tem, tem...
Alexandre	ENTÃO A SENHORA E BISAVÓ?
Colaborador	((risos)) tenho duas bisnetinhas... uma de quatro e a outra de um..
Alexandre	nossa eu ia perguntar de neto... então vou fazer o contrário ((risos)) vamos supor que a bisnetinha de quatro aninhos perguntasse... o::: bisa me explica o que é saúde da boca... o quê a senhora iria explicar pra ela?
Colaborador	eu ia explicar pra ela que tem que escovar os dentes... é assim... não pôr as coisas assim na boca... ah::: não sei... ía... ía... falar algumas coisas desse tipo que eu acho que seria errado
Alexandre	<u>hoje em dia:::...a senhora fala pra ela (bisneta) fazer as coisas que a senhora acha que é certo em relação o boca?</u>
Colaborador	<u>é isso mesmo, ah::: dô um oriento pra ela... por que eu num tive... ah:::.. sei lá... na hora não me veio muita coisa pra falar... então tem que escovar muito bem os dentes se não dá bichinho... eu até já falei pro meu outro neto quando ele era menorzinho... ele falava assim... ah::: vô... hoje não vou escovar o dente...porque criança tem isso... eu falava não... você precisa escovar os dentes senão da bichinho forma burquinho no dente e tal... e coisa...acaba com o dentinho e dói e... já passei por isso meu filho...</u>
Alexandre	<u>isto é uma coisa que a senhora quando era criança não teve?</u>
Colaborador	<u>é:::... orientação que se diz... não tive... se tivesse... hoje eu estava com meus dentes todos... por que tenho protis...</u>
Alexandre	embaixo é prótese também?
Colaborador	não não... embaixo tenho um pouco de dente ((risos)) ainda tem...
Alexandre	conforme vai envelhecendo... a senhora falou de quando era criança... o que vai acontecendo com a boca da gente? e o que aconteceu com a sua que você poderia falar pra mim?
Colaborador	ah::: eu não sei tem hora que ... eu acho assim... se eu tivesse uma orientação tivesse um cuidado com meus dentes desde criança... nossa hoje eu teria os meus...
Alexandre	<u>eh...</u>
Colaborador	<u>igua/ eu acho tão bonito uma pessoa idosa que tem todos os dentes isso é uma coisa que eu acho lindo... maravilhoso idoso com os dentes bem cuidado bem</u>

	<u>tratado... então isso é uma coisa que eu falo poxa podia ter... ainda bem que hoje é... a gente tem lugares e condições assim que dá pra gente fazê um tratamento sabe... acompanhamento... e antigamente não tinha era muito difícil era muito difícil mesmo (...)</u> ((cachorro latiu))
Alexandre	Ela (caelinha) está sentindo falta da senhora...
Colaborador	Ela (caelinha) tá fechada lá do outro lado e ela não gosta...
Alexandre	tem alguma coisa que a senhora lembra... algum episódio... alguma coisa que aconteceu na vida da senhora em relação a alguma coisa na boca?
Colaborador	A TEM
Alexandre	o que a senhora lembra?
Colaborador	sofri... eu falo assim... você fala sobre:.....
Alexandre	alguma coisa que a senhora passou na vida com dente com boca e assim vai...
Colaborador	nossa... teve uma vez que eu senti uma dor de dente mais tão forte... eu tinha dentista da prefeitura... lá em Jardinópolis que só extraía dente ele não fazia outro tratamento pago pela prefeitura... aí eu fui nele... mas eu sentia tanta dor tanta dor neste dente... que ele (dentista) olhou e disse que meu dente tava com um cisto... na raiz... acho que era um cisto foi isso que ele disse... isso... daí eu não esqueço porque era um desespero tão grande que eu falei pra ele se ele não arrancasse eu mesmo ia arrancar meu dente com alicate de tanto desespero... aí o dentista tirou e a raiz assim tava... preto... aí ele me mostrou... por isso que o dente doía... mas não tinha cárie assim era um negócio bem na raiz... porque eu acho que se fosse hoje eu tinha um tratamento alguma coisa que não perdia o dente... <u>e outra vez também eu tinha dois dentes cariados eu sentia tanta dor... tanta dor... olha a ignorância das pessoas na época... ai uma mulher falou assim pega um algodãozinho põe um pouquinho de soda cáustica no dente que mata o verme e o dente para de doer depois fiquei quase louca.</u>
Alexandre	<u>NOSSA e não queimou tudo?</u>
Colaborador	<u>nossa... o dente precisou tirar que ele (o dente) e a cárie parece que aumentou parece que queimou... sei lá... e eu coloquei... e aí piorou NOSSA fui neste dentista... aí o pai me levou tal né... aí chegou lá e eu desesperada de dor... faz muito anos... eu era criança eu acho que eu tinha o quê... tinha uns doze anos... minha mãe fazia sabão sabe?</u>
Alexandre	<u>sabão de cinza... sei...</u>
Colaborador	é::: sei que na minha casa tinha a tal soda que eu lembro subi num lugar pra pegar essa soda né... lá em cima... minha mãe não tava em casa e eu pus... ela trabalhava né... então eu cuidava dos meus irmãos... aí eu peguei um algodãozinho minúsculo aí eu coloquei com um palitinho enrolei o

	algodãozinho... a hora que umedeceu e aquilo derreteu o dente... e aí precisou tirar o dente... então antigamente era assim... dente doía e a gente dizia eu quero tirar este dente... chegava lá no dentista e tirava... pelo menos nessa época era assim.
Alexandre	senhora vê então como é que mudou as coisas né.
Colaborador	era de mais --eu uso um colírio que meu olho fica lagrimejando depois que eu coloco--((pausa para pingar o colírio)) e eu sei que foi... eu lembro estas duas coisas que aconteceu comigo com coisa da boca e do dente.
Alexandre	agora só pra gente terminar se não eu vou tomar muito tempo da senhora... vou atrapalhar mais ainda a senhora... isso aqui ninguém vai saber que foi a senhora que falou não vai identificar as pessoas... então o que eu peço para as pessoas... a gente conversou coisas sobre saúde bucal e tudo isso né... então eu queria assim que a senhora falasse um palavra ou alguma coisa que representa saúde da boca pra senhora... o que significa saúde bucal pra senhora... o que vem na cabeça da senhora?
Colaborador	a francamente eu ((suspiro profundo)) a eu acho que ... LIMPEZA... é isso se me fala saúde da boca eu falo limpeza...
Alexandre	muito legal isso que a senhora falou... mas então é isso... eu agradeço demais a senhora, a senhora é muito simpática viu...
Colaborador	ai obrigada... se eu pudesse eu tinha todos os meus dentes, se eu tivesse esclarecimento.. eu acho... sei lá as pessoas... pelo menos meus pais não eram pessoas bem formadas... bem esclarecidas...
Alexandre	acaba que... desculpa interrompi a senhora... pode continuar...
Colaborador	a gente é assim... sempre foi assim... muito limpo em casa sabe... era banho todo dia não tinha aquele negócio de tomar banho só de sábado ((risos)) minha mãe sempre foi bem cuidadosa com as coisas da casa... a gente era muito pobre sabe... mas era tudo limpo... o cuidado com a limpeza existia... limpeza cabe em qualquer lugar... pobre ou rico... então a gente foi criado assim não tinha certas possibilidades coisinhas que... eu lembro da minha mãe dizendo menina vai enxaguar esta boca... era enxágua a boca... eu não esqueço disso... levantava de manhã... já enxaguou esta boca? essa boca cheia de comida vai enxaguar a boca... depois eu comecei trabalhar cedo... quando comecei trabalhar então a gente via no emprego as coisas... aí vai tendo a informação... vai cuidando mais... sabe um pouco era falta de dinheiro...
Alexandre	isso tá difícil pra todo mundo...
Colaborador	é::: eu sei menino... é isso aí...
Alexandre	gostei muito de conversar com a senhora e agora é isso... muito obrigado mais uma vez e deixa eu desligar aqui o gravador

Colaborador	então vamo comê o bolo e toma o café que eu te falei antes de começa a gravá...
Alexandre	Oba...

ANEXOS

ANEXO A - Imagem digitalizada do Consolidado de dados gerais do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto/SP, 2008.

PAG.: 2

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS
2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
VERSAO:6.0

SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

DATA:12/10/2008

CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2008

MUNICIPIO: RIBEIRAO PRETO
SEGMENTO : 02 - UBDS SUMAREZINHO - (ZONA URBANA)
EQUIPE : 0003 - NUCLEO SAUDE DA FAMILIA III

Faixa Etaria (anos)													
Sexo	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total		
Masculino	4	30	16	38	70	74	332	131	140	215	1.050		
Feminino	4	30	26	26	66	86	362	153	176	295	1.224		
Numero de Pessoas	8	60	42	64	136	160	694	284	316	510	2.274		

Doencas referidas													
Faixa Etaria (anos)	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DME %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %	Faixa etaria (anos)	Condicao referida	
0 a 14				1 0,32			1 0,32				10 a 19 anos	GES %	
15 anos e mais	8 0,41	5 0,25	5 0,25	5 7,48		5 0,25	429 21,84				20 anos e mais		
Total	8 0,35	5 0,22	5 0,22	148 6,51		5 0,22	430 18,91				Total		

ABASTECIMENTO DE AGUA													
N. de familias estimadas	% No												
N. de familias cadastradas	666	665 99,85											
7 a 14 anos na escola	182	91,00											
15 anos e mais alfabetizados	1.927	98,12											
Pessoas cobertas c/ plano saude	753	33,11											

TIPO DE CASA													
TRAT. AGUA NO DOMICILIO	No	% No											
Filtracao	468	70,27											
Fervura	3	0,45											
Cloracao	98	14,71											
Sem tratamento	97	14,56											

DESTINO DO LIXO													
DESTINO DO LIXO	No	% No											
Coleta publica	666	100,00											
Queimado/Enterrado													
Ceu aberto													

DESTINO FEZES/URINA													
DESTINO FEZES/URINA	No	% No											

ANEXO B – Ilustração da distribuição das Unidades de Saúde do distrito oeste. Ribeirão Preto/SP, 2009. Fonte. Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2010-2013).

DISTRITO DE SAÚDE	UNIDADE DE SAÚDE	BAIRRO	ENDEREÇO
OESTE	• CSE Dr. Joel Domingos Machado	Sumarezinho	rua Cuiabá, 601
	• NSF Prof. Dr. Breno J. Guanais Simões - Núcleo 1	Sumarezinho	rua São Salvador, 1.293 e 1303
	• NSF Enfª. Maria Teresa Romão Pratali - Núcleo 2	Sumarezinho	rua Cametá, 49
	• NSF Profª. Dra. Célia de Almeida Ferreira - Núcleo 3	Vila Amélia	trav. Nossa Senhora da Penha, 55
	• NSF Marina Moreira de Oliveira - Núcleo 4	Alto do Ipiranga	rua Salto Grande, 20
	• NSF Profª. Dra. Vera Heloisa Pileggi Vinha - Núcleo 5	Alto do Ipiranga	rua Martin Afonso de Souza, 858
	• UBS Prof. Dr. Aymar Baptista Prado	Dom Miele	rua Cecílio Elias Seba, 139
	• USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco	Eugênio M. Lopes	av. Ivo Pareschi, s/n
	• USF Drª. Heloisa Maia La Rocca	Portal do Alto	rua Agenor e Inês Tomazelli Salvador, 1.415
	• UBS Dr. João Paulo Bin	Ipiranga	av. Dom Pedro I, 1.359
	• CSE Dr. Edgard Ache	Ipiranga	av. Dom Pedro I, 753
	• UBS Dr. Álvaro de Oliveira Paiva	Jardim Paiva	rua Francisco Peixoto, 195
	• UBS Adalberto Teixeira Andrade	Vila Recreio	rua Tabatinga, 320
	• UBS Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes	Presidente Dutra	rua Carolina Maria de Jesus, 365
	• UBS Rubens Lisandro Nicoletti Filho	José Sampaio	rua Elydio Vieira de Souza, 50
	• USF Ernesto Che Guevara	Maria Casa Grande	rua Paulo Gerardi, 350
	• UBS Dr. Álvaro Panazzolo	Vila Albertina	rua Apeninos, 941
	• CMSC (Centro Médico Social Comunitário)	Vila Lobato	rua João Alves Pereira, 275
	• CAPS-ad (álcool droga)	Ipiranga	rua Pará, 1.280
	• CAPS III Dr. André Santiago	Ipiranga	rua Pará, 1.280
	• Amb.S. Mental D.Oeste Dr. Manoel dos Santos Gabarra	Sumarezinho	rua Terezina, 679
	• Divisão de Controle de Zoonoses e • Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos	Vila Albertina	av. Eduardo Andréa Matarazzo, 4.255

ANEXO C - Mapa ilustrativo da área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto/SP, 2009.

ANEXO D – Ilustração do instrumento Mini Exame do Estado Mental para rastreamento de sugestão de demência nos idosos entrevistados. Ribeirão Preto/SP, 2009.

Orientação	1- Você sabe a data de hoje? (dia, mês, ano)- 3 pontos Você sabe que dia da semana?- 1 ponto E a hora aproximada- 1 ponto	Valor máximo 5	Valor Obtido
Localização	2- Você sabe em que cidade, bairro e estado está (3 pontos)? E de qual cidade e Estado o sr(a) veio (2 pontos)?	5	
Registro	3- Vou citar 03 palavras e você vai repeti-las: Gato, casa, violão. / Pente, vaso, laranja (1 ponto cada)	3	
Cálculo atenção	4- Vá somando 5 em 5, a partir de zero. Pare após cinco respostas (um ponto a cada resposta correta), ou solete a palavra MARIA. (1 ponto pra cada)	5	
Evocação	5- Diga novamente o nome daqueles 3 objetos que eu mencionei há pouco.	3	
Linguagem	6- O que é isto? (mostrando o relógio). E isto? (mostrando lápis ou caneta) 7- Repita a frase: “Sem dúvidas ou incertezas” 8- Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o e coloque-o no chão 9-Leia o que está escrito aqui. Agora faça o que acabou de ler. “FECHE OS OLHOS” 10- Escreva ou diga uma frase	2 1 3 1 1	
Atividade Motora	11- Copie este desenho:	1	
	Valor máximo obtido	30	

ANEXO E – Normas para transcrição das entrevistas utilizadas. Ribeirão Preto/SP, 2009.

OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO*
Incompreensão de palavras ou segmentos	()	do nível de renda ... () nível de renda nominal ...
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)	(estou) meio preocupado (com o gravador)
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/	e comé/ e reinicia
Entonação enfática	Maiúscula	porque as pessoas reTÊM moeda
Prolongamento de vogal e consoante (como s, r)	:: podendo aumentar para :::: ou mais	ao emprestarem os ... éh::: ... o dinheiro
Silabação	-	por motivo de tran-sa-ção
Interrogação	?	E o Banco ... Central ... certo?
Qualquer pausa	...	são três motivos ... ou três razões ... que faziam com que se retenha moeda ... existe uma ... retenção
Comentários descritivos do transcritor	((minúscula))	((tossiu))
Comentários que quebram a sequência temática da exposição; desvio temático	-- --	... a demanda de moeda -- vamos das essa notação -- demanda de moeda por motivo
Superposição, simulação de vozes	[ligando as linhas	A. na [casa da sua irmã B. [Sexta-feira? A. fizeram [tá B. [cozinham lá?
Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto. Não no seu início, por exemplo.	(...)	(...) nós vimos que existem ...
Citações literais ou leituras de textos, durante a gravação.	“ ”	Pedro Lima ... ah escreve na ocasião ... “O cinema falado em língua estrangeira não precisa de nenhuma baRReira entre nós” ...

* exemplos retirados dos inquéritos NURC/ SP nº 338 EF e 331 D².

Observações:

1. Iniciais maiúsculas: só para nomes próprios ou para siglas (USP etc.)
2. Fáticos: *ah, éh, eh, ahn, ehn, uhn, tá* (não por *está: tá? Você está brava?*)
3. Nomes de obras ou nomes comuns estrangeiros são grifados.
4. Números: por extenso.
5. Não se indica o ponto de exclamação (frase exclamativa)
6. Não se anota o *cadenciamento da frase*.
7. Podem-se combinar sinais. Por exemplo: *oh:::...* (*alongamento e pausa*)
8. Não se utilizam sinais de *pausa*, típicos da língua escrita, como ponto final; ponto-e-vírgula; dois pontos, vírgula. As reticências marcam qualquer tipo de *pausa*.

ANEXO F - Imagem digitalizada da carta referente a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP para realização da pesquisa de doutorado. Ribeirão preto/SP, 2008.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331
---	---	---	---	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 13 de agosto de 2008.

Of. Nº132/08/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária, realizada em 12 de agosto de 2008, analisou e apreciou o parecer, referente ao **projeto de pesquisa** intitulado: **“O idoso independente: Enfoque na Atenção Primária à Saúde e Sua Representação Sobre Saúde Bucal”**, protocolo nº.282/CEP-CSE-FMRP-USP, que terá a orientação de V.Sª e do pesquisador Alexandre Fávero Bulgarelli, foi **aprovado ad – referendum**. Foi recomendado que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja modificado, adquirindo forma de convite e que a redação seja feita numa linguagem mais acessível à população alvo.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto
Departamento de Enfermagem, Materno Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

ANEXO G - Imagem digitalizada da Declaração do Núcleo de Saúde da Família III autorizando a realização da pesquisa de doutorado. Ribeirão Preto/SP, 2008.

Ribeirão Preto, 01 de agosto de 2008

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisador **ALEXANDRE FÁVERO BULGARELLI**, apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: **"O IDOSO INDEPENDENTE: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA REPRESENTAÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL"**, para apreciação sendo aprovado no Núcleo de Saúde da Família- III do Centro de Saúde Escola-FMRP-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Prof. Dra. Maria Célia Mendes
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do
CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. IONE CARVALHO PINTO (Orientadora)
Docente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.