

## Significados da saúde bucal na velhice

*Meanings of oral health on old age*

Rachel Batista Araújo  
Flamínia Manzano Moreira Lodovici  
Elisabeth Frohlich Mercadante

**RESUMO:** Este trabalho é resultado de um estudo guiado por um questionário semi-estruturado, aplicado em situação de entrevista individual a oito idosos, de ambos os sexos, entre 67 e 85 anos. A partir do relato das histórias das suas próprias bocas, o objetivo foi identificar e analisar as respostas que evidenciam sua posição diante da questão da saúde bucal, como forma de aumentar os saberes odontológicos sobre a velhice, bem como de tentar qualificar ações e serviços voltados para as pessoas idosas. Os sujeitos, funcionalmente independentes, foram selecionados dentre os residentes de uma Instituição de Longa Permanência e dentre os participantes ativos de uma Universidade Aberta à Maturidade, justamente porque se acredita que personagens desses dois ambientes pensam de forma diferente sobre saúde e saúde bucal. Trata-se de pesquisa qualitativa, com abordagem interdisciplinar, buscando respostas a questões de um mesmo campo semântico, ainda que em relações diversas: saúde bucal, cuidados bucais, hábitos bucais, dentista, dente, dor de dente, saúde em geral do corpo, prótese e estética, estética e corpo, saúde pública, além de direitos dos idosos. Concluiu-se que os significados da saúde bucal na velhice, manifestos por esses sujeitos, mantêm relação com exemplos familiares valorizados por eles, com a vida social, a qualidade dos relacionamentos dentro e fora de suas casas, seu bem-estar, sexualidade, dentre aspectos outros correlatos, evidenciados durante a pesquisa.

**Palavras-chave:** Velhice; Saúde bucal; Cuidados bucais.

**ABSTRACT:** *This paper is the result of a research directed by a semi-structured questionnaire, applied to individual interview situation, when we asked eight old people, of both sexes, between 67 and 85 years, to describe the histories of their own mouths, the goal was to identify and analyze the responses that show your position on the issue of oral health. Furthermore, in order to increase dental knowledge in old age, as well as try to qualify actions and services for the elderly. The subject, functionally independent, were selected from among the residents of a Long Term Care Institutions and among the active participants of an Open University to Maturity, precisely because it is believed that characters of these two environments think differently about health and oral health. It is a qualitative research, with an interdisciplinary approach, seeking answers to questions of the same semantic field, albeit in different relationships: oral health, oral care, oral habits, dentist, tooth, toothache, general health of the body, prosthesis and aesthetics, aesthetics and body, public health, and old people`s rights. The results were analyzed based on all these histories of life and on each point of view. It was concluded that the meanings of oral health in old age, manifest by these subjects, maintain relationship with familiar examples valued by them, with social life, the quality of relationships inside and outside their homes, their well-being, sexuality, and other topics exposed during the research.*

**Keywords:** *Elderly; Oral Health; Oral Care.*

## **Introdução**

O presente artigo consiste no resultado de estudo orientado por um roteiro de questões, por meio do qual foram entrevistados oito indivíduos idosos, dois homens e seis mulheres, a fim de analisar os significados da saúde bucal, a partir da interpretação dos próprios sujeitos. Idosos entre 67 e 85 anos responderam sobre os significados relativos a questões de um mesmo campo semântico, ainda que em relações diversas: saúde em geral do corpo e saúde bucal, cuidados para a manutenção da saúde bucal e hábitos bucais, dentista, dente e dor de dente, falta de dente e prótese.

As respostas foram gravadas, transcritas e, a seguir, analisadas juntamente a outras que tratam sobre as ideias relativas a doenças do corpo e da boca, sobre a estética

também do corpo e da boca, prótese e estética, estética e corpo, a articulação da saúde bucal com a situação de velhice vivida pelos entrevistados, velhice e saúde pública, além de direitos dos idosos.

Foi utilizada a metodologia qualitativa, em uma abordagem interdisciplinar (Lodovici, & Silveira, 2011), o que significou também que se assumisse neste trabalho, antes que um olhar biomédico, que se voltasse aos valores interpretativos do sujeito idoso quanto à relação dos acontecimentos bucais com outros pertinentes a seu bem-estar. Isso significa considerar o paciente em sua totalidade biopsicossocial e na sua sensibilidade às questões sociais, assumindo-se uma visão ampliada do processo saúde/doença.

Por meio de entrevistas abertas, semi-estruturadas, com os idosos, em que eles podiam contar suas histórias ligadas à saúde bucal, do modo que lhes fosse conveniente, é que se fundamentou a coleta dos dados. A partir dessa metodologia, levaram-se em conta as interpretações “primeiras”, individuais, sobre os tópicos acima apontados, e as relações estabelecidas entre eles, assim como atitudes e reações particulares diante de cada pergunta registradas em Diário de Campo.

A pesquisa, realizada em duas diferentes instituições para idosos permite, assim, que se analise como os idosos se veem em relação à velhice e sua saúde bucal, e de recuperar qual a relação que fazem entre dispor de uma boa saúde bucal para um envelhecer com qualidade de vida. A respeito dessa relação, Machado, Costa, Pontes, Lima, e Ferreira ratificam que “A qualidade de vida associada à saúde bucal (QVSB) está relacionada ao modo como a condição da boca afeta o dia a dia dos indivíduos” (2013). Acontecimentos negativos ligados à boca, como a perda dentária, têm consequências na QVSB, haja vista que afetam não apenas a capacidade de as pessoas mastigarem e nutrirem-se, mas também a de falarem e de se relacionarem consigo mesmas e com o mundo. Fato esse que é, contudo, de grande variabilidade de pessoa a pessoa em sua interpretação, e suscetível de superação, ou não, em seus efeitos subjetivos, orgânicos, funcionais e sociais. Para a análise dos dados, foi adotada a abordagem antropológica sobre a velhice de Geertz (1973), à luz de teóricos da área gerontológica (Beauvoir, 1990; Mercadante, 1997; Minayo, 2000; Lodovici, & Silveira, 2011), e da análise discursiva de Bardin (2011).

Cada entrevista da pesquisa foi analisada individualmente, após o que emergiram as categorias temáticas mais significativas. Atendendo aos critérios éticos, a

adesão dos entrevistados foi voluntária, após a leitura dos objetivos do estudo, a que se seguiu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP e recebeu a devida aprovação.

Neste estudo, há a preocupação de se evidenciarem as semelhanças e diferenças nas interpretações sobre saúde bucal e qualidade de vida de idosos que atualmente convivem com outras pessoas em dois ambientes diferentes.

O primeiro ambiente é o de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), beneficente, situada no interior do Estado de São Paulo, onde a aposentadoria de todos os residentes é retida como pagamento pela assistência lá oferecida: moradia, atendimento odontológico, alimentação, transporte, além de companhia a procedimentos externos de saúde.

A instituição, na sua estrutura física, divide-se em duas alas, a beneficente e a paga. Do lado beneficente, casas pequenas são oferecidas aos moradores que não apresentem problemas de saúde grave, nem de locomoção. Os pavilhões masculinos e femininos são para aqueles com dificuldades nos movimentos, ou para os que já não andam. Na ala paga, situam-se os quartos que acolhem cada indivíduo em um aposento.

Os depoimentos coletados - quatro idosos, dois homens e duas mulheres - eram de residentes na área beneficente, tanto nas casas pequenas como no pavilhão.

O segundo ambiente pesquisado diz respeito a uma Universidade Aberta à Maturidade (UAM/PUC-SP), com idosos que a frequentam duas vezes por semana pagando mensalidade pelas atividades ali desenvolvidas, tendo sido entrevistadas quatro mulheres. Os frequentadores residem na cidade de São Paulo, e pertencem atualmente, em termos econômicos, a um estrato social definido como médio. Esses idosos têm vida social intensa, e a UAM não é o único ambiente que frequentam de aprendizagem e de desenvolvimento de sociabilidade.

Os nomes dos idosos entrevistados em ambas as instituições não são aqui revelados, sendo os mesmos identificados pelas letras iniciais de seus nomes. Cabe ressaltar também que, ao lado das iniciais, inseriram-se informações sobre o sexo, a idade<sup>1</sup> e a instituição à qual o entrevistado pertence.

---

<sup>1</sup> Acrescente-se que é nessa faixa etária em que se verifica que as pessoas perdem, via de regra, cerca de 93% dos dentes (cf. levantamento epidemiológico brasileiro do Ministério da Saúde, 2004), o que revela, em termos médico-odontológicos - sem falar em efeitos psicológicos e subjetivo-sociais -, a precariedade da saúde bucal da população idosa brasileira, denunciando a falta de cuidados, por falta de orientação de saúde ou exiguidade de recursos

O presente estudo, fundamentado em um roteiro de entrevista, permitiu que, ao responderem às perguntas, as interpretações se subsumissem em categorias temáticas tais como: - Cuidados bucais; - Dor de dente; - Próteses; - Velhice e saúde bucal; - Relações boca e corpo, boca e personalidade; - Significado da boca no comportamento de cada idoso; - Velhice e Saúde Pública; - Os Outros, e a parte do corpo de cada um; - Relação entre saúde e idade; - Hábitos bucais e saúde -, em que é significativa esta última, ao levar-se em conta as histórias trazidas pelos idosos, quando relatam a aquisição de hábitos bucais na infância, como desenvolveram outros na juventude, na idade adulta e atualmente na velhice. Respostas essas que manifestam sua posição, seus valores, diante da questão da saúde bucal e temas correlatos:

### **Cuidados bucais**

Surgiu esta categoria temática das respostas de alguns dos entrevistados: J. (sexo masculino, 82 anos, residente em ILPI), por exemplo, relata que sua mãe cuidou de alimentá-lo, educá-lo, acalentá-lo com mais 14 irmãos. Com muitos filhos, não era possível atender a todos, o que fez com que ele e seus irmãos “vivessem com poucos olhares maternos”. A pouca atenção que a mãe pôde dispensar à saúde em geral e especificamente à saúde bucal<sup>2</sup> reflete na pouca preocupação que J. teve sempre com a boca, tanto que ele só conheceu escova de dentes quando adolescente. Certamente J. não pôde ter acesso à escola, mas ainda que o tivesse, não teria provavelmente recebido orientação dentária, porque a escola pública passou a implementar a prevenção em odontologia apenas a partir da década de 1970 (Unfer *et al.*, 2006, p.220).

É de se ressaltar que o conceito de saúde bucal visto como indissociável de saúde geral, dentro de uma visão holística do indivíduo, foi ratificado por Berg, e Morgenstern (1997, como citados em Aguiar, & Montenegro, 2007), quando afirmam que quaisquer alterações bucais acarretam efeitos em todos os demais órgãos do corpo,

---

financeiros, a que estiveram sujeitas essas pessoas ao longo de sua vida (Unfer, Braun, Silva, & Pereira Filho, 2006).

<sup>2</sup> A saúde bucal definida pela I Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1993, o mesmo ano da VIII Conferência Nacional de Saúde, caracteriza-se, desde então, como parte integrante e inseparável da saúde geral. Isso significa para a população idosa, “condições biológicas e psicológicas adequadas, de modo que os indivíduos exerçam funcionalmente a mastigação, a deglutição e a fonação, além de exercitarem a autoestima e o relacionamento social por meio da estética, sem inibição ou constrangimento, contribuindo, deste modo, para a saúde geral” (Unfer *et al.*, 2006, p.221).

especialmente pelo fato de a boca ser a porta de entrada de alimentos e líquidos; assim, uma alteração na boca pode comprometer o funcionamento desse órgão, que, por sua interdependência, leva a influenciar outros. Em função disso, Aguiar, e Montenegro (2007, p.155) recomendam:

Aliados ao conhecimento da interrelação entre saúde bucal e saúde sistêmica, torna-se fundamental a realização de pesquisas sobre relacionamento e conhecimento entre médicos (geralmente coordenadores das equipes interdisciplinares) e cirurgiões-dentistas com atuação na área geriátrica, com o intuito de melhor atender às necessidades globais dos pacientes da terceira idade.

Outra entrevistada, identificada como G. (sexo feminino, 82 anos, ILPI) descreve, ao longo da entrevista, como recebeu, no decorrer da infância, cuidados extremos de sua mãe para que se mantivesse sempre limpa e bem-arrumada. A saúde em geral e a saúde bucal eram de suma importância na família de G., o que provavelmente a tornou uma pessoa, a despeito das dificuldades financeiras, preocupada até hoje com sua saúde, o que pôde lhe garantir o bem-estar atual. Um dos legados dessa família à entrevistada G. foi ela saber que um dos indicadores da boa qualidade de vida e de saúde geral está em se garantir, pelo tempo maior que seja possível, dentes naturais, saudáveis, ou mesmo próteses dentárias bem-mantidas e bem-adaptadas. Justamente para se assegurar, dentre outros aspectos relacionados, aquele que é básico, isto é, a possibilidade de ingestão de bons nutrientes para uma vida sadia (Cardos, & Bujes, 2010, p.53).

M. (sexo masculino, 72 anos, ILPI), por sua vez, citou os atuais meios de comunicação como importantes fomentadores de uma boa qualidade de vida, fonte de informação sobre como prevenir a saúde bucal. Assim é que sua resposta a seguir denuncia a falta de tais conhecimentos:

*“Na minha época, quando criança, não tínhamos bons hábitos bucais tanto que, antes de casar arranquei todos os dentes e coloquei uma prótese. Agora de uns tempos pra cá começou a sair, começaram a sair as propagandas, e o povo falava, e o governo falava, e as*

*propagandas foram alertando o povo para cuidar dos dentes.” (M., 72 anos, ILPI).*

V. (sexo feminino, 73 anos, UAM), relata que, quando criança, foi severamente repreendida pelo pai ao quebrar os dentes durante uma brincadeira. V. entendeu que, a despeito de ter passado por tal situação constrangedora, significou aprender o quanto os dentes seriam importantes à sua integridade física. Estar inserida em uma família com poucas condições financeiras não foi impedimento para que a saúde bucal deixasse de ser privilegiada em sua vida.

A falta de recursos para tratar dos dentes, entretanto, foi relatada por H. (sexo feminino, 74 anos), e por I. (sexo feminino, 67 anos), ambas frequentadoras da UAM. A primeira sempre foi muito cuidadosa com os dentes, para evitar sua perda, a ponto de ela escovar os dentes com sabão, em uma situação de extrema necessidade vivenciada pela família, quando esta não dispunha de dinheiro nem mesmo para a pasta dentária.

A entrevistada N. (sexo feminino, 85 anos), também da UAM, seguia um ritual de prevenção ensinado pelo pai, fiscal federal e dentista: a de escovação dos dentes com um creme preparado com a planta de nome juá, sendo as folhas trituradas em moinho do café. Conhecia aquele pai as propriedades antissépticas da planta, o que justifica que ela até hoje continue a ser ingrediente dos cremes dentários. Não sem razão, “na área da educação em saúde tem sido dada ênfase à articulação entre os saberes técnico e popular para possibilitar que as comunidades e o próprio indivíduo possam conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde” (Unfer, 2006, p.218).

Tendo em vista as primeiras interpretações das mulheres e homens idosos sobre cuidados bucais em ambos os grupos, o da UAM e o da ILPI, fazem-se ver semelhanças e diferenças. No que se refere às semelhanças, verifica-se que os depoimentos explicam e chamam a atenção para a vivência de uma época em que não havia conhecimentos suficientes sobre prevenção e tratamento dentário. Vale lembrar que, ao mesmo tempo, naquela época, 50 a 70 anos atrás, não havia tecnologias de prevenção, e as possibilidades de cuidados com saúde bucal eram rudimentares. Os procedimentos apontados pelos idosos para cuidar dos dentes, se é que o tinham, resumiam-se ao tratamento com plantas ou alguns cuidados caseiros.

Unfer *et al.* (2006, p.219-220) ratificam a situação atual ainda crítica dos idosos:

(...) percebe-se que, para, os idosos, há um conjunto de situações que impedem ou não facilitam a utilização de serviços de saúde bucal. Entre estas, estão as dificuldades econômicas, culturais, e sociais. Nem todos os pacientes chegam à terceira idade com condições financeiras de arcar com os custos do tratamento odontológico, principalmente o protético. Aliam-se a esta situação a necessidade de deslocamentos e a ajuda de terceiros (Narvai, & Antunes, 2003; Brunetti, & Montenegro, 2002). Além disso, embora exista *deficit* de atendimento a idosos, muitos não buscam atendimento nos serviços públicos, pois são desestimulados pela demora e pela qualidade dos serviços prestados (Jitomirski, 2000). Nestes locais, os idosos constituem um grupo de menor prioridade.

No que se refere às diferenças, há um dado importante que evidencia que as mesmas têm a ver com informações e exigências da família para com seus filhos, ainda crianças.

Em termos atuais, no que se refere às diferenças encontradas entre os dois grupos, UAM e ILPI, verifica-se que as idosas do 1º grupo frequentam atualmente uma instituição localizada em ambiente urbano privilegiado na cidade de São Paulo, e tal situação possibilita que suas interpretações se deem a partir de uma perspectiva de vivências atuais, tanto culturais quanto econômicas, diferentemente em relação a um passado vivido em regiões afastadas quando inexistiam hábitos adequados para prevenção e para os cuidados com os dentes. As idosas do 1º grupo sabem que a manutenção de uma boa higiene oral é um importante promotor de saúde para a população em envelhecimento. As falas das entrevistadas indicam a relevância que passaram a dar à prevenção e ao cuidado bucal, embora não tivessem tido a oportunidade de realizá-los na infância e juventude.

Isso sugere que o modelo de atenção à saúde do passado, em que “predominavam procedimentos cirúrgico-restauradores ou reabilitadores”, veio mudando para o de implementação de “ações preventivas e educativas, enfatizando ações voltadas para a atenção integral ao idoso, destacando-se a dimensão social das doenças e o papel do Estado como provedor da saúde e da qualidade de vida de todos os

cidadãos” (Unfer, Braun, Silva, & Pereira Filho, 2006, p.217).<sup>3</sup> De fato, observou-se a mudança de uma concepção mecanicista, com redução da doença à dimensão biológica, atribuindo uma maior ênfase ao processo curativo-reparador, “o que gerou uma prática de alto custo, baixa cobertura, com pouco impacto epidemiológico e desigualdades no acesso” (Moysés, 2004, p.34). Assim é que o segmento idoso foi sempre e continua vítima de todo esse processo equivocadamente concebido e estruturado em nosso país, durante o decorrer de décadas.

Voltando ao segundo grupo de entrevistados desta pesquisa, o dos residentes em ILPI, sua interpretação do passado se mostra similar à do primeiro grupo, evidenciando uma situação de disponibilidade de poucos recursos econômicos para prevenção e tratamento dos dentes.

O que difere entre os grupos é a interpretação que os idosos deste segundo apresentam, indicando em suas falas conhecimento sobre a importância da prevenção e do cuidado, a despeito da insuficiência de recursos econômicos para confecção de uma simples prótese, quem diria para um tratamento dentário de qualidade.<sup>4</sup>

## **Dor de dente**

Quanto a esta temática, algumas respostas explicitam claramente os complicadores pelo não tratamento adequado dos dentes:

---

<sup>3</sup> A despeito dessa preocupação com a saúde bucal, a estimativa é de que, ainda hoje, apenas “cerca de 30% da população brasileira tem acesso regular, anual, a serviços odontológicos, públicos e privados (...) mais de 29 milhões de brasileiros que jamais obtiveram atenção odontológica, resta uma grande maioria, talvez na casa dos 100 milhões de cidadãos, que acessam de modo esporádico os serviços de Odontologia, (...). Predominam nesta situação aqueles de renda inferior a 10 salários mínimos. O grande desafio, então, é incluir este enorme contingente, que potencialmente estaria enquadrado na categoria de “população SUS” dependente”, portanto condicionado à existência de políticas públicas de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Estimativamente, apenas o contingente de renda acima de 10 salários mínimos poderia sustentar o custo da atenção odontológica privada, de forma regular. Mas estes não passam de 9,4% da população pesquisada na PNAD/1998. Por outro lado, a população coberta por planos de saúde odontológicos, conforme projeções recentes, não passa de 1,5%. Daqueles regularmente atendidos, na faixa abaixo de 10 salários mínimos, possivelmente a maioria foi atendida na rede pública”.

<sup>4</sup> Cavalcanti, Cartaxo, & Padilha (2010) confirmam tal problemática: “Anteriormente à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço público de saúde era excludente e centrado em práticas curativas, contribuindo pouco para melhorar os indicadores de saúde, sobretudo em relação à saúde bucal. De acordo com o relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, os altos índices de mutilações e doenças bucais colocaram o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal do mundo, mostrando a falência do modelo vigente, considerado elitista, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo e de baixo impacto social”. Um mercado de trabalho justamente caracterizado pelo “tecnicismo, especialização e alienação em relação aos demais fatos presentes na sociedade” (Moysés, 2004).

*“Depende da dor de dente. Por exemplo: dor de dente simples, a gente pegava a folha da batata doce, você conhece, né? Cozinhava ela, e um pouco de leite, preparava e pegava ela aqui, ó. E derramava pro dente não inflamar e furar pra fora. Aí furava pra dentro, sabe? Eu conheço muitas pessoas que o dente furou pra fora e fica aquela fístula que ficava purgando.” (M., sexo masculino, 72 anos, ILPI).*

*“(...) conforme eu ficava grávida, meus dentes ficavam cada vez piores. (...) cada pouco eu tinha que ir no dentista, não tinha dinheiro porque eu trabalhava, já tinha as crianças pequenas. Cada pouquinho estava cariado, cada pouquinho tinha que arrancar um, depois outro (...) “Aí, o dentista não queria, mas eu acabei convencendo ele. Doutor Marcos, era jovem ainda. Ele falava que não, isso era para o resto da vida, chega uma hora que você vai perder até o paladar, e tal, mas eu nem liguei, mandei ele arrancar tudo para eu me livrar do problema, entende?” (V., sexo feminino, 73 anos, UAM).*

*“O meu pai, que era dentista prático, obturava o meu dente. E aqui atrás tinha uma amálgama, assim que eles chamavam, e era escura. Não, porque eu fui interna no Colégio da Imaculada, eu me lembro que eu tive lá uma dor de dente, e eu não falei nada em casa, porque o meu pai morava nesse tempo no Quixadá, e quando eu voltei para casa eu já estava com o dente bem estragado, e o papai achou melhor extrair (...)” (N., sexo feminino, 85 anos, UAM).*

Os relatos acima indicam que a frequência de ida ao dentista era concomitante à dor de dente que sentiam os entrevistados, e a maior parte dos problemas dentários eram resolvidos, quase que invariavelmente, com a sua extração. A exodontia, ou extração dentária, era, pois, uma prática frequente nas várias etapas da vida dos dois grupos de idosos, dependendo, evidentemente, das condições socioeconômicas e culturais desses idosos — o que mais uma vez chama a atenção para as tecnologias limitadas de prevenção e de tratamento das doenças bucodentárias, durante muito tempo, talvez decorrência dos “preceitos da filosofia defendida por uma odontologia, que visava a eliminar o dente, para eliminação da cárie dentária.” (Silva, & Fernandes, 2001, p.222).

Considerar como um fato normal a perda de dente com o avanço da idade foi uma triste crença em nosso país (Cardos, & Bujes, 2010, p.53).<sup>5</sup> No sentido de reverter tal crença, é que a área da odontologia, há algum tempo, investe em ações de promoção à saúde bucal que devem ir desde o nascimento de uma pessoa, estendendo-se por toda a vida. Para a população idosa, o campo odontológico oferece soluções como as próteses, que podem ser parciais ou totais e/ou implantes dentários. Mas se sabe que o campo odontológico terá que sofrer “profundas mudanças sociopolíticas, conceituais, pedagógicas e práticas [que se] tornam necessárias(...). Novos papéis profissionais são exigidos do cirurgião dentista” (Moysés, 2004, p.31), para atender aos diversos segmentos da sociedade, inclusive os idosos menos favorecidos.

## Próteses

Os sujeitos entrevistados G. (sexo feminino, 82 anos, UAM) e T. (sexo feminino, 76 anos, ILPI), assim como I. (sexo feminino, 67 anos, UAM), e N. (sexo feminino, 85 anos, UAM), voltaram no tempo, para expressar os significados dos dentes e das próteses, ao referirem o problema das extrações dentárias e a falta de conhecimento sobre os recursos tecnológicos para evitar as exodontias.<sup>6</sup>

A diferença entre os grupos de idosos é que, no caso das idosas da UAM, as reabilitações, após as remoções dos elementos dentários, apresentaram-se como um procedimento fundamental no sentido de satisfazer seus sonhos de terem uma boca bem-tratada, o que é exposto nos depoimentos de I. e N., ambas do sexo feminino. Assim, as próteses ganham importância, pois visam à estética, à boa comunicação, elementos estes que evidenciam jovialidade, sensualidade, ainda que em idade avançada. Ambas as entrevistadas, em sendo da UAM, dispõem de recursos financeiros para adquirirem uma prótese adequada e moderna. O próprio depoimento de I. ilustra bem a alegria que sentiu ao ver instalada a prótese sobre um implante ósseo:

---

<sup>5</sup> De fato, segundo Sequeira, Chao, Moraes, Haddad, e Wen (2013), “No Brasil, a condição mais observada, quando se trata da saúde oral em idosos, é o edentulismo, expressão máxima da mutilação dentária. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, na faixa etária das pessoas com idades entre 65 e 74 anos, a necessidade de uso de prótese total dupla era de 15,4% e a necessidade de prótese total em uma arcada era de 23,9% no ano de 2010”.

<sup>6</sup> A perda de dentes é prevalente nos idosos brasileiros, mas também de todo o mundo, o que se liga primordialmente à complicada condição socioeconômica das populações: “Estudos epidemiológicos demonstram relação direta entre situação financeira, grau de escolaridade e edentulismo, de forma que apresentar dentições naturais são mais frequentes em idosos de classes socioeconômicas altas” (Sequeira, Chao, Moraes, Haddad, & Wen, 2013, p.3).

*“Uma professora de inglês, maravilhosa, que me incentivou demais: Não!, você vai, vai, vai, vai, porque eu estou fazendo porque é bom (...) foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida. (...) Pelo menos o meu ego foi lá no alto. (...) Imagina, eu saí de lá, eu fui na igreja agradecer.” (I., sexo feminino, 67 anos, UAM).*

Por outro lado, as entrevistadas da UAM não deixam de ter suas dúvidas, quando perguntam, por exemplo, se uma prótese total realmente propiciaria uma boa integridade bucal. I. (67 anos, sexo feminino, UAM) é exemplar a esse respeito quando ilustra a função de sua antiga ponte móvel, elemento de vergonha principalmente quando se olhava no espelho e as crianças a referiam como o “babalu da vovó”, evocando um conhecido chiclete. Assim é que as alunas da UAM não suportam falar em prótese total, pela imagem negativa do que significa ser uma “desdentada total”.

Na ILPI, há uma interpretação outra sobre a prótese daquela exposta pelas idosas da UAM: a prótese para G. (sexo feminino, 82 anos), e para os demais idosos dessa instituição, é funcional; serve não mais do que para substituir as funções dos elementos dentários e da boca. T. (sexo feminino, 76 anos, ILPI) não trocou a dentadura, e sua prótese total é a mesma que recebeu há mais de 20 anos. G. (sexo feminino, 82 anos, ILPI) fez ao menos três trocas, e todas elas foram justificadas: ela é a idosa, na instituição, mais preocupada com a sua estética, saúde e bem-estar, e ressalta, comparando dentes naturais com prótese total, que os primeiros dão uma aparência melhor. Por sua vez, T. (sexo feminino, 76 anos, ILPI) destaca a dificuldade que tem para falar com a prótese solta, o que não permite que a voz saia com naturalidade. Além disso, essa prótese dificulta a própria comunicação, impedindo a articulação de muitas palavras que necessitam da arcada inferior para serem bem-pronunciadas. Para T. (sexo feminino, 76 anos, ILPI), a dentadura não substitui a função dos dentes naturais, deixando ela, porém, de se lembrar da existência de outra possibilidade de procedimento: a realização de implantes.

Cabe aqui ressaltar a diferença que aparece na fala de T. (sexo feminino, 76 anos, ILPI), comparada com a interpretação de I. (sexo feminino, 67 anos, UAM), quando argumenta radicalmente contra a prótese total ou removível, que evoca a tal “boca desdentada”.

J. (sexo masculino, 82 anos, ILPI) encara a prótese total de maneira positiva, argumentando que, sem os dentes, teria dificuldade para mastigar. Relata ele a precariedade com que idosos da sua condição social veem a própria saúde bucal e, nesse sentido, explicita sua própria situação: ele está com a prótese há 50 anos e nunca a trocou. J. em nenhum momento se preocupou com a dicção bastante limitada, e nem mesmo com a higienização da prótese e da própria boca e, sim, pura e simplesmente com a mastigação. Cabe apontar que a prótese total foi importante para J., no sentido da comparação que ele faz de um passado em que era “desdentado”, com dificuldades para mastigar os alimentos e, atualmente, com a prótese, não ter mais esse problema. De todos os idosos entrevistados, J. foi o que se mostrou menos preocupado com a própria saúde bucal. Acredita-se que essa não preocupação com o nível de saúde bucal, observada neste idoso, e que o levou a não buscar a assistência odontológica, resultou mesmo da carência de recursos próprios e também por falhas no atendimento familiar e social quanto a alertá-lo para as consequências que são explicitadas por Oliveira (2013, p.7):

As perdas dentárias podem ter efeitos significativos na saúde bucal, e qualidade de vida do indivíduo, pois afetam a capacidade mastigatória, o consumo de diversos alimentos, a fonação e causam danos estéticos com impactos psicológicos. No caso de idosos, esses fatores atuam reduzindo seu bem-estar, provocando alterações psicológicas e funcionais, mas que podem ser compensados pela resolução do problema estético.

Moysés (2004) faz considerações esclarecedoras sobre o quadro da saúde bucal do brasileiro que parece não ter mudado no decorrer das primeiras décadas do século XXI:

(..) o País atravessa uma importante transição demográfica e epidemiológica em saúde bucal, com o envelhecimento da população (...). Por outro lado, problemas ligados aos acidentes traumáticos em meios urbanos, que atingem as áreas de cabeça, face, boca e dentes, bem como a ocorrência do câncer bucal, tornam-se cada vez mais importantes. E, ainda mais, o adulto brasileiro continua portador de uma herança epidemiológica das mais graves, com grande estoque de

doenças bucais acumuladas, refletidas no índice de edentulismo na terceira idade.

### **Velhice e saúde bucal<sup>7</sup>**

A dicotomia, velho x jovem, para definir a identidade de velho, aparece tanto nas falas dos entrevistados da UAM quanto da ILPI. Assim é que a ideia de velhice vem imediatamente relacionada a coisas negativas, improdutivas, contrariamente às qualidades positivas presentes nos jovens. Ou seja, uma boca bonita refere aquela exibida pelo jovem, e a feia, aquela exibida pelo idoso. O fragmento seguinte expressa metaforicamente o que se acaba de afirmar:

*“Hoje, há muita diferença. Tem muita diferença. Você pega um pé de rosa ali, e está dando rosa, agora. E tem um pé de rosa, que tem mais de dois ou três anos, olha lá pra ele e vê se ele tem rosa. Ali tá tudo desfolhado, o novo ali, não! Está formoso porque é novo!” (M., sexo masculino, 72 anos, ILPI).*

Os idosos, em geral, tanto da UAM quanto da ILPI, manifestam o desejo de se apresentarem com uma boca jovem. Nesse sentido, T. (sexo feminino, 76 anos, ILPI) explicitou que, na boca, *“os nervos são mais moles na idade avançada porque a flacidez muscular ocorre após extrações dos dentes”*. No mesmo depoimento, a entrevistada destaca que os idosos devem se apresentar como os jovens, *“saudáveis em todos os aspectos inclusive o bucal”*.

G. (sexo feminino, 82 anos, ILPI) também apontou a diferença entre a boca de um jovem e a de um velho, o que é extensível a todo o corpo. Descreveu, a respeito de si mesma, como tendo *“uma boa pele, mãos, cabelos limpos e bem-cuidados”*. Não deixa os seus cabelos aparecerem brancos desde que a irmã e as filhas influenciaram-na

---

<sup>7</sup> O conceito de saúde bucal, na literatura sobre envelhecimento e velhice, parece ainda não ter recebido uma conceituação adequada, segundo Reis, & Marcelo (2006, p.19), quando dizem que: “[O conceito de saúde bucal] invariavelmente aparece em pesquisas, porém sem que seja explicitado. Para a odontologia, pode-se pensar neste conceito como uma condição do indivíduo cuja dentição lhe permita desenvolver a sua tarefa social”.

para pintá-lo. Ainda destaca G. que *“a boca e todo o corpo bem-cuidado pode se conservar melhor e ter beleza”*, ratificada pelo depoimento de V. (sexo feminino, 73 anos, UAM):

*“Eu acho que não há diferença entre a boca de um jovem e a boca de um velho. (...) porque uma pessoa de idade, se ela tiver dentes bem-tratados, se ela fizer uma boa higiene na boca, eu não acredito que tenha muita diferença da boca de um jovem.”*

V. acredita nos recursos atuais da Odontologia que podem tornar semelhantes às bocas, jovem e velha.

As falas dos idosos entrevistados nos mostram dados que evidenciam estarem a par das informações sobre os recursos modernos de prevenção e de tratamento bucodentário; dessa forma, mesmo um velho, na condição de “desdentado”, pode se valer do recurso da prótese, e manter, de alguma forma, sua integridade bucal.

### **Relações entre boca e corpo, boca e personalidade**

A esse respeito, um dos entrevistados ressalta:

*“Também a boca, pra mim, ela serve pra falar; eu falo assim com a boca, nem sei como é que é, boca, língua, essas coisas mas eu acho que faz parte de todo o mecanismo da saída da fala, num sei.”* (G., sexo feminino, 82 anos, ILPI).

O entrevistado G. se importou com a comunicação. Por sua vez, outra entrevistada, V. (sexo feminino, 73 anos, UAM) afirma que nosso cérebro é sede da consciência sobre o que se deve ou não comer para se ter uma boa saúde, e também de prazer, na hora de sentir a consistência e o sabor do alimento na boca.

Os significados dados pela maior parte dos entrevistados, ao falarem sobre a boca, referem o processo da mastigação quando dentes sadios favorecem a digestão. E, de fato, segundo Unfer *et al.* (2006, p.218), “Na Odontologia, a preocupação com os idosos reside no fato, entre outros, de que a capacidade mastigatória está intimamente

ligada à condição nutricional e esta, à saúde geral dos indivíduos, o que repercute na sua qualidade de vida”.

A entrevistada N. (sexo feminino, 85 anos, UAM), mostra uma visão mais global do ser humano: *“É um conjunto harmonioso, acho, viu? Eu não penso em nada, eu nunca me preocupei em pensar na minha boca, no meu nariz, nos meus olhos. Eu me preocupo com o todo”*.

Isso significa, a nosso ver, que, para ela, embora a estética da boca seja importante, a cavidade bucal deve ser vista em sua plenitude, ou seja, na sua relação com todo o corpo, entendendo que por meio dessa relação harmoniosa entre as partes do corpo é que se dá a integração social de um indivíduo.

A entrevistada que se referiu à boca como parte de um conjunto harmonioso, o corpo humano, leva-nos a perguntar: E o próprio corpo bem-integrado, estético e funcional promove quais qualidades nas pessoas? Mais precisamente, o que nossos sujeitos revelam sobre o significado da boca em seus efeitos sobre o comportamento de cada um?

### **Significado da boca no comportamento de cada idoso**

M. (sexo masculino, 72 anos, ILPI) demonstrou inicialmente nada compreender do tema de que se tratava na entrevista; em seguida, negando ter vaidade para descrever qualquer qualidade ligada à boca. Mas, em determinado momento de sua fala, não deixou de relacionar boca à estética, ao pontuar a presença do “bigodinho”, o tal “bigodinho” que ainda está em seu rosto envelhecido, e que parece significar-lhe uma parte do corpo que se mantém bonita na velhice, mesmo com problemas de saúde, e especialmente de saúde bucal como a que ele enfrenta:

*“Qualidade em quê? Ah! Não, não. (...) Não, num tem nada, o bigodinho já tá velho, mas ainda tem o bigodinho, e... vai modificar o quê, no dia que você for solteiro, novo ou velho?”*

Os sujeitos entrevistados ressaltaram a função de uma boca bonita e o que ela revela em termos de uma boa saúde bucal.

V. (sexo feminino, 73 anos, UAM) falou de conforto de poder contar com os próprios dentes, e também relatou que ela mesma ajusta a prótese, revelando necessidade de ter mais informações sobre o autocuidado em geral e, especialmente, como cuidar da própria saúde bucal:

*“Ah, conforto, no caso de eu ter os dentes, (...) se eu emagreço um pouco, eu tenho que correr no dentista porque a prótese fica larga (...).Vira e mexe eu quebro ela, eu pego na mão pra escovar, e eu esqueço e aperto na mão pra segurar, e eu quebro ela. Aí eu vou e colo com Superbonder.”*

I. (sexo feminino, 67 anos) e N. (sexo feminino, 85 anos), ambas frequentadoras da UAM, revelaram que a boca se relaciona com o sorriso. Uma boca bem-cuidada, uma autoestima bem-preservada, tem como expressão o sorriso, que exterioriza a felicidade de se estar de bem com a vida. Essas idosas foram as que mais ressaltaram como é bom se cuidar, cuidar da saúde e da beleza, e são elas que conseguem trocar as próteses sempre quando necessário.

H. (sexo feminino, 74 anos, UAM), por outro lado, não estabeleceu qualquer relação da boca com alguma qualidade. Em suas lacônicas palavras: *“Não saberia lhe dar essa resposta, não.”*. Isso mostra a heterogeneidade entre idosos, ou seja, há aqueles que simplesmente optam por nem sequer pensar sobre o assunto.

## **Velhice e Saúde pública**

Quando relacionam dentes, boca jovem, saúde bucal, alguns idosos mencionam também o papel que os programas de saúde, nos âmbitos federal, estadual e municipal, devem desempenhar à população idosa.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Dezembro de 2000 é o momento em que a saúde bucal é implantada na estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), por meio da Portaria n.º 1.444. É quando ficou assegurado o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, bem como a definição de como seriam estruturadas as Equipes de Saúde Bucal (ESB). Desse modo, a Política Nacional de Saúde Bucal acabou finalmente sofrendo mudanças, deixando de se dedicar apenas à

Nas respostas a seguir são foco de reflexão os direitos garantidos aos idosos para uma boa saúde bucal:

J. (sexo masculino, 82 anos, ILPI) afirma de forma negativa:

*“No papel, o velho tem direito, no papel... Só no papel, pois se você num tiver dinheiro, num arruma nada. (...) Morre à míngua, a gente vê o cara morrendo à míngua.”*

J. ressalta, ainda, em sua fala, que o direito à saúde de qualidade *“é reservado para os sujeitos que têm dinheiro.”*

I. (sexo feminino, 67 anos, UAM) explica sobre os direitos:

*“Claro, claro que têm direito! Mas você diz o que, mantida por quê? Pelo Estado? Prefeitura, ou... Claro, devia ser obrigatório, mas não tem, se não cuida nem da saúde do corpo, como é que vai cuidar da saúde do dente? É, ou não é? Não, não tem condição!”*

Os entrevistados em geral apontam que os velhos em geral se importam, sim, com a saúde bucal. Os idosos da ILPI que têm comunicação limitada com o mundo externo conhecem os meios de prevenção e de tratamento bucodentários por meio da leitura de revistas e jornais e pela televisão. Cabe ressaltar que muitos dos entrevistados opinaram que, em qualquer faixa etária, todos precisam ter garantido um tratamento dentário de qualidade, e que devemos usufruir daquilo que nos foi dado no nascimento e logo após este, e que vai ter efeitos em nosso corpo, na comunicação corpo-mente e, consequentemente, na relação com outros indivíduos. O normal, o natural, é a imagem de crianças e jovens, com todos os dentes. A imagem do idoso como desdentado, não pode prevalecer como aquela que se evidencia como real, pois um velho reabilitado obtém melhora, de fato, em sua própria autoestima, por poder afirmar a nova imagem de um velho normal (com dentes). Ressalte-se o que vários dos idosos deixaram registrado: que é importante que existam campanhas para o desenvolvimento da saúde

---

assistência na escola ou ao atendimento em situações de urgências odontológicas, estendendo sua atuação a outros segmentos.

do corpo e para a integridade da boca na fase da velhice, conforme um dos depoimentos: o da entrevistada V. (sexo feminino, 73 anos, UAM) que explica:

*“Acho muito importante, eu acho assim, que enquanto ele [o idoso] tiver força, enquanto ele estiver vivo, ele precisa tratar, deve se tratar até o final. (...) é melhor para ele porque ele vai usufruir, é...do que Deus deu pra ele quando ele nasceu: foram os seus dentes (...).”*

### **Os outros, e a parte do corpo de cada um**

As respostas dos entrevistados sobre o que os outros acham sobre partes do corpo mais salientes, ou que mais chamam a atenção, coincidiram com as do tópico sobre a impressão que o outro tem das bocas dos entrevistados. A boca, o nariz, os olhos são elementos do rosto que foram destacados pelos entrevistados, por serem essas mesmas partes do corpo as mais observadas em cada um, sendo o rosto a primeira imagem que ganha destaque. O que o outro vê realmente pode coincidir com o que um sujeito repara em si na sua imagem frente a um espelho.

O sorriso, para V. (sexo feminino, 73 anos, UAM) é que transmite o estado de espírito de uma pessoa, e é por meio do sorriso que o grupo percebe quando se está ou não triste, quando mais se precisa de algum amparo. A boca é interpretada como um elemento de socialização e de comunicação entre as pessoas. A boca é, ao mesmo tempo, funcional, estética e sensual, para os entrevistados em geral, embora essa qualificação seja mais afirmada pelas mulheres.

G. (sexo feminino, 82 anos, ILPI) descreve os aspectos negativos presentes na sua boca em função das várias crises de herpes que a acometeram. Também revela o seu passado, quando tinha uma boca muito bonita e bem-feita, como todo o seu corpo. Mas G. sumariza sua resposta, dizendo que *“na vida tudo passa”*.

T. (sexo feminino, 76 anos, ILPI) ligou seu problema de dicção ao fato de estar sempre sorrindo. Incomoda-a que sua dicção não seja mais a mesma do passado.

As mulheres entrevistadas em geral evidenciaram uma certa tristeza com o que julgam se tornar feio quando envelhecem, mas, apesar disso, tentam destacar o que ainda consideram com belo.

J. (sexo masculino, 82 anos, ILPI) garantiu que o outro, para ele, é T. (sexo feminino, 76 anos, ILPI), sua esposa e cuidadora em tempo integral, a principal integrante do seu universo social para transmitir opinião sobre a questão da boca.

M. (sexo masculino, 72 anos, ILPI) se referiu à própria boca, fazendo menção à prótese que não quer mais colocar, dados os exemplos citados pelos amigos da ILPI, cujas próteses há muito tempo não mais se adaptaram ao assoalho bucal.

### **Relação entre Saúde e Idade**

Alguns idosos reconhecem que a saúde se relaciona à idade, outros não. Entre os que não ligam saúde e idade, existem os que são realmente saudáveis, que sempre se cuidaram, e os que, apesar da péssima saúde, encaram-na de uma forma positiva, mantendo boa disposição. Quem demonstra valorizar a vida pode também não estar assumindo a condição de velho sem saúde, pois pretende ter corpo de jovem, cheio de viço, vivacidade e beleza.

V. (sexo feminino, 73 anos, UAM) tentou afirmar que sua saúde não se relaciona com a idade, mas não conseguiu ir para além disso. H. (sexo feminino, 74 anos, UAM), amiga de V., observou que saúde não se relaciona com idade, mas que ela sofre das dores da alma, da solidão, o que também se liga a questões de saúde. O difícil é saber se este problema se relaciona à idade, ou às situações que o idoso vive com a família, como a própria H., que enfrenta problemas familiares, e também G. (sexo feminino, 82 anos, ILPI) que explicou o motivo de estar residindo na ILPI: justamente por ter vivido situações conflituosas com a família.

### **Hábitos bucais e saúde**

A respeito de certos hábitos bucais na sua relação com a saúde, M. (sexo masculino, 72 anos, ILPI), declara que:

*“Eu fumei desde a idade dos 10 anos, mas fumava na roça, no sítio, quando eu morava lá. Meu pai fazia fumo de corda, aí eu fumava lá. (...) Eu tive uma pneumonia, fui no médico, fui aqui na Santa Rita. O médico tratou de mim, ele até cuidou do meu coração, tratou do meu coração. (...) Fiquei 18 dias sem fumar, aí eu não fumei mais (...). Eu fumava 20 cigarros ao dia, fumava de noite também. (...). Mas influi muito, viu? Hoje está esses cigarros, essas fábricas de cigarro, a fábrica Continental. Ele não sabe como faz a mistura do cigarro. Você fuma até se viciar. E você pensa que não. Não tem droga mais perigosa que isso aí.(...)”*

Aqui se destaca a influência dos hábitos bucais nocivos à saúde dos velhos, mas G. (sexo feminino, 82 anos, ILPI) surpreende ao descrever como escovar os dentes, um hábito bucal sadio que poucos sabem realizar. Hábito que influi na prevenção das doenças dentárias e do periodonto, e também evita o mau hálito, ativa a produção de saliva, evitando a xerostomia (a sensação de boca seca), ativando também a circulação sanguínea na boca, além de higienizar a cavidade bucal. Esses procedimentos podem evitar que diversos problemas bucais possam se agudizar como: doenças periodontais, cáries de raiz, problemas nas pontes/próteses totais, lesões da mucosa bucal (candidíases, leucoplasias), o câncer bucal etc. Justamente por todas essas razões é que a população idosa precisa estar atenta aos cuidados e orientações específicas quanto à sua higiene bucal diária e prevenção constante.

G. (sexo feminino, 82 anos) e T. (sexo feminino, 76 anos), ambas frequentadoras da ILPI, relataram não fumar, o que influenciou benéficamente a saúde bucal de ambas, quando também ressaltam que não apresentam atualmente problemas cardíaco-respiratórios.

Os homens na ILPI declaram ter fumado até recentemente: M. (sexo masculino, 72 anos, ILPI) somente parou de fumar quando ficou doente. J. (sexo masculino, 82 anos, ILPI), assegura que “atualmente estaria morto”, se continuasse fumando.

V. (sexo feminino, 73 anos, UAM) declara a respeito do hábito do fumo e da bebida:

*“Eu fumei bastante, mas agora eu parei. Um par de anos, mas agora eu parei, porque eu tive um infarto, também. Toda a minha vida eu fiz regime porque, sempre, eu tive tendência a engordar (...). E bebida*

*alcoólica, eu gosto, mas eu não vivo tomando; de vez em quando eu tomo vinho tinto (...).”*

V., assim como N. (sexo feminino, 85 anos, UAM), foram adeptas do fumo e da bebida e, muito embora tenham parado com tal hábito, V., que é mais falante, admite que teve afetada sua saúde, sendo que, hoje, ela não mais fuma e, se bebe, o faz apenas socialmente. V. também refere os hábitos bucais em uma perspectiva de controle na alimentação.

Pelo que se pode verificar, a Odontologia deve estar articulada a outros setores sociais, para que possa consolidar a construção de um novo conceito de saúde mais positivo e integralizado na população, para que não apenas na velhice, quando já se está em situação de doença, as pessoas se deem conta da necessidade de não ingressarem em vícios como o fumo e a bebida, dois dos grandes fatores de risco à saúde e à saúde bucal. Cruvinel, Franco, Bezerra, Alves, Miranda, e Carvalho (2010, p.13) apontam o avanço da área odontológica:

Durante as últimas décadas, alguns estudos epidemiológicos de âmbito nacional (SB Brasil 1986, 1996, 2003, e 2010) foram desenvolvidos com a finalidade de identificar os problemas de saúde bucal que acometem a população brasileira e os principais fatores de risco associados, para propor medidas que solucionem estes problemas. O acesso a serviços foi observado como de baixo alcance populacional...”.

## **Considerações Finais**

A vaidade e os cuidados com o corpo e com os dentes dependem da comunicação com o outro, inicialmente com a família. A família do idoso — agora não mais a mãe, o pai e os avós, mas filhos e netos—, pode não estar presente na vontade que o idoso tem de viver, de ser querido e de ser cuidado. A inversão de papéis (os filhos cuidarem dos pais) pode até não ocorrer. As amizades devem ser recicladas para os idosos serem cuidados numa relação de reciprocidade, o que é mais fácil na UAM, porque os encontros vão além do convívio com a família; os colegas da universidade

são uma reciclagem para as amigas que acabam somente com a morte, e para as conversas com a família, que podem ficar cada vez mais divertidas.

Na instituição pesquisada, a situação é muito diferente: os residentes não têm a oportunidade de se reciclarem por novas informações e novas amigas. O dinheiro não recobra a autoestima dos residentes, embora lá eles tenham direito à alimentação, à saúde, à moradia, aos cuidados em geral; enfim, a um mínimo de sobrevivência em troca da retenção da aposentadoria. O contraste com a universidade é grande: as idosas da UAM/PUC-SP, de forma geral, além desse *kit* de sobrevivência, ainda desfrutam da independência de administrar os próprios recursos.

A prevenção e o tratamento em saúde bucal, nos dois grupos, foram fortemente influenciados pelos cuidados bucais na infância, pela política de exodontias no passado, e pela informação atual nas revistas, TV etc.; o melhor ou o pior tratamento, entretanto, depende de quem dispõe de mais dinheiro. Pelos relatos dos sujeitos, os velhos do grupo da UAM não têm prótese total, ou prótese parcial removível, mas sim, prótese fixa e implantes, enquanto nos da instituição asilar prevalece a prótese total.

Um tema bastante discutido entre os entrevistados refere-se aos hábitos bucais nocivos à saúde como o fumo e a bebida. Apesar de conhecerem os problemas que causam o fumar e o beber, alguns não conseguiram se livrar total e imediatamente desses hábitos. Atualmente, nenhum dos entrevistados, no momento da realização da pesquisa, bebia ou fumava, o que não deixa de ser uma boa-nova para sua saúde e saúde bucal.

No item que relaciona a boca com uma parte do corpo, a maioria dos entrevistados fez o *link* boca *versus* órgãos da mastigação/digestão. Uma ressaltou que a boca está ligada à língua e ao estômago pela associação com a comunicação.

Quando a questão versou sobre o que havia entre a boca e as características de personalidade, as respostas predominantes, para os idosos institucionalizados, foi não haver uma relação; para algumas idosas da UAM, o sorriso se apresentou como a maior ligação.

Sobre as bocas dos idosos, de como são vistas ou percebidas por outras pessoas, alguns idosos residentes não entenderam a questão. Outros referiram que as pessoas não notam suas bocas no presente; somente no passado, enquanto jovens, é que na verdade suas bocas ganhavam evidência. Outra entrevistada lamenta que sua boca somente seja vista quando a voz não lhe sai de maneira adequada, pelo uso de uma prótese total.

A respeito da questão relativa aos direitos à saúde bucal na velhice, todos os entrevistados acham que têm direito, mas reiteram que quem tem dinheiro é quem mais pode usufruir desse direito.

Finalizando o presente artigo, entende-se que as respostas dadas pelos entrevistados, de maneira geral, justificam que todo e qualquer indivíduo necessite da integridade bucal como algo importante a seu bem-estar psíquico e de saúde, especialmente para garantir-lhe qualidade de vida na velhice.

## Referências

- Aguiar, M.C.A.de, & Montenegro, F.L.B. (2007, jun.). Avaliação do conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica do estado de São Paulo sobre a interrelação entre saúde bucal e saúde sistêmica. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 10(1), 155-174. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2580/1634>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70, 2011. (279 p., ISBN 9788562938047).
- Beauvoir, S. (1990). *A Velhice*. Maria Helena Franco Martins, Trad.. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira, 343-443.
- BRASIL. (1997). *II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993)*. Brasília (DF), (25 a 27 de setembro de 1993. Relatório Final). Brasília (DF): CFO/MS.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2000). Secretaria de Políticas da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Idoso, documento preliminar*. Brasília (DF). Recuperado em 25 fevereiro, 2011, de: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2000). *Portaria n.º 1444, de 28 de dezembro de 2000*. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 28 dez. 2000. Recuperado em 25 fevereiro, 2011, de: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).
- Cardos, M.C.A.F., & Bujes, R.V. (2010). A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. Porto Alegre (RS): *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15(1), 53-67. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/9580/10909>
- Carvalho, H.B.C., Rocha, S.M., & Leite, M.L.C.B. (2001). A interação do idoso à prática de saúde. In: Freitas, E.V., & Py, L., et al. *Tratado de Geriatria e de Gerontologia*, 1051-1055. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Cavalcanti, Y.W., Cartaxo, R.de O., & Padilha, W.W.N. (2010, out.-dez.). Educação odontológica e Sistema de Saúde Brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. Belo Horizonte (MG): *Arq. Odontol.*, 46(4). Recuperado em 01 junho,

2014, de: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-09392010000400006&lng=es&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392010000400006&lng=es&nrm=iso).

Cruvinel, V.R.N., Franco, E.J., Bezerra, L., Alves, M.M., Miranda, A.F., & Carvalho, D.R. (2010). A formação do cirurgião-dentista generalista na Universidade Católica de Brasília. *Revista da ABENO*, 10(2), 12-19.

Geertz, C. (1973). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro (RJ): Zahar.

Lodovici, F.M.M., & Silveira, N.D.R. (2011). Interdisciplinaridade: desafios na construção do conhecimento gerontológico. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 16(2), 291-306. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/24814>.

Machado, F.C.deA., Costa, A.P.S.da, Pontes, A.L.B., Lima, K.C., & Ferreira, M.A.F. (2013, jan.-out.). Dificuldades diárias associadas às próteses totais. Rio de Janeiro (RJ): *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10). Recuperado em 01 de junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000034>.

Mercadante, E.F. (1997). *A Construção da identidade e da Subjetividade do Idoso*. Tese de doutorado em Ciências Sociais. São Paulo (SP): PUC-SP.

Minayo, M.C.S. (2000). *O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*, 197-247. (7ª ed.). São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.

Moisés, S.J. (2004). Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Brasília (DF): *Revista da ABENO*, 4(1), 30-37. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.abeno.org.br>.

Oliveira, F.T.da S. (2013). *O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos*. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4125.pdf>.

Otta, E.O. (1994). *Sorriso e seus significados*. Petrópolis (RJ): Vozes.

Reis, S.C.G.B., & Marcelo, V.C. (2006). Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 191-199. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n1/29464.pdf>.

Sequeira, E., Chao, R.S., Moraes, M.J.T., Haddad, V.K., & Wen, C.L. (2013). Modelo de teleeducação sobre cuidados com a saúde oral do idoso usuário de prótese total dental. *Revista da ABENO*, 13(2), 2-12.

Silva, S.R.C.da, & Fernandes, R.A.C. (2001). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista Saúde Pública*, 35(4), 349-355. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/16828/S0034-89102001000400003.pdf?sequence=1>.

Unfer, B., Braun, K., Silva, C.P., & Pereira Filho, L.D. (2006, jan.-jun.). Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface, Comunic., Saúde, Educ.*, 10(19), 217-226. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a15v1019.pdf>.

Recebido em 12/09/2014

Aceito em 30/12/2014

**Rachel Batista Araújo** – Dentista da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003). Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (2000).

E-mail: rachel.batista@yahoo.com.br; rachel.batista@gmail.com

**Fláminia Manzano Moreira Lodovici** – Linguista. Docente e Pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia/FACHS/PUC-SP e do Departamento de Linguística/FAFICLA/PUC-SP.

E-mail: flalodo@terra.com.br; flodovici@pucsp.br

**Elisabeth Frohlich Mercadante** - – Antropóloga e doutora; Docente, Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais: Antropologia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia/FACHS/PUC-SP.

E-mail: elisabethmercadante@yahoo.com.br