

# *Percepção de idosas com sintomas depressivos sobre acesso e cuidado em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família*

Mariana de Matos<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-8388-0415) (maridmatos@gmail.com)

Luana Pinho de Mesquita Lago<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-9863-3062) (luanamesquita@usp.br)

Alexandre Fávero Bulgarelli<sup>2</sup> (Orcid: 0000-0002-7110-251X) (alexandre.bulgarelli@ufrgs.br)

Soraya Fernandes Mestriner<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-7482-8041) (somestri@forp.usp.br)

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, Brasil.

**Resumo:** A população brasileira está envelhecendo em um processo de feminização. Dentre as doenças crônicas mais prevalentes em idosos, a depressão impacta diretamente na percepção de saúde bucal. Este estudo descritivo, com abordagem qualitativa, teve como objetivo analisar a percepção de idosas com sintomas de transtornos depressivos de uma unidade de saúde da família, sobre o acesso e cuidado em saúde bucal e autopercepção de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida. Participaram do estudo 20 idosas com 60 anos ou mais, cadastradas em uma unidade de saúde da família. Foram realizadas entrevistas semidirigidas audiogravadas, posteriormente transcritas e analisadas pela técnica da Análise de Conteúdo. Os resultados expressaram uma importante relação entre a autopercepção de saúde bucal e a qualidade de vida, barreiras de acesso ao cuidado em saúde bucal, a importância do saber popular nas práticas de autocuidado, a autopercepção da boca como parte de sua saúde geral e sentimentos de insatisfação e insegurança diante da falta de informação, associados à vivência de um modelo curativista mutilador. Enfatiza-se a importância de abordagem ampliada e em equipe multiprofissional com foco no cuidado integral e qualidade de vida das idosas.

► **Palavras-chave:** Idoso. Saúde Mental. Qualidade. Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Assistência Odontológica.

Recebido em: 04/02/2023

Revisado em: 27/12/2023

Aprovado em: 04/02/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434070pt>

Editora responsável: Tatiana Wargas | Pareceristas: Sonia Maria Bertolini, Paulo Barbato e Eloá Rossoni

## Introdução

O Brasil vem enfrentando uma mudança no perfil sociodemográfico e o aumento da expectativa de vida se caracteriza por um cenário com uma população com maior número de idosos do sexo feminino (Miranda; Mendes; Silva, 2017; Rocha *et al.*, 2019; Hellwig; Munhoz; Tomasi, 2016), fator que impacta a saúde bucal, além da renda, presença de dor de dente, utilização de serviços públicos e procura por tratamento (Bulgareli *et al.*, 2018). O envelhecimento da população brasileira envolve mudanças econômicas e sociais para toda a sociedade e demanda cada vez mais uma abordagem em equipe multiprofissional com foco no cuidado integral. Nesta fase da vida, o desenvolvimento de doenças crônicas - e suas sequelas - não interfere necessariamente na expectativa de vida dos indivíduos, mas pode restringir a capacidade funcional e mental durante o envelhecimento (Hellwig; Munhoz; Tomasi, 2016).

Dentre as doenças associadas ao envelhecimento, destacam-se os transtornos mentais comuns, que são considerados importante problema de saúde pública por se acentuarem durante o processo de envelhecimento com maior probabilidade de estar presente em mulheres, caracterizando-se por ansiedade, insônia, esquecimento e declínio cognitivo (Silva *et al.*, 2018). Um estudo de base populacional realizado no sul do Brasil com idosos evidenciou que 15,2% da população estudada apresentou algum sintoma depressivo, sendo maior entre as mulheres, e entre aqueles de pior situação econômica, que não trabalhavam, que eram fisicamente inativos ou que tinham alguma incapacidade funcional e que pior autoavaliaram sua saúde (Hellwig; Munhoz; Tomasi, 2016). Diante do crescimento no número de casos relacionados aos transtornos depressivos em idosos, evidencia-se a necessidade de intervenções em equipe multiprofissional, com comprometimento com a qualidade de vida desta população, uma vez que esta é multifatorial pois envolve as diferentes dimensões da vida, seja física, mental, funcional e bem-estar psicológico e tem influência no processo saúde-doença, no cuidado, na tomada de decisão e na independência do indivíduo para realizar as atividades de vida diária (Martins *et al.*, 2016).

A saúde bucal nesses indivíduos é parte integrante e inseparável da saúde geral e está diretamente relacionada às condições sociais e econômicas (Brasil, 2004; Silva; Oliveira, 2018). No levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal na população brasileira, o SB Brasil 2010 (Brasil, 2012), 46% dos idosos, na faixa etária de 65 a 74 anos, declararam sentir algum impacto da saúde

bucal na vida diária, sendo a dificuldade para comer a principal queixa apontada. Ainda, nos últimos anos, houve um aumento nas pesquisas que visam identificar a relação entre a saúde bucal e a qualidade de vida de idosos, a fim de aprimorar o planejamento de ações de promoção de saúde em equipe multiprofissional (Vargas; Vasconceos; Ribeiro, 2011; Vasconcelos *et al.*, 2012; Bulgareli *et al.*, 2018; Bitencourt; Correa; Toassi, 2019; Silva *et al.*, 2019).

Em relação à saúde bucal e transtornos mentais, sabe-se que idosos que apresentam sintomas de transtornos depressivos apresentam um declínio no estado geral de saúde, e na saúde bucal, com consequências principalmente relacionadas a autoimagem e autoestima, devido a perda dentária, sensação de boca seca ou dor (Vargas; Vasconcelos; Ribeiro, 2011). As alterações bucais interferem diretamente na saúde geral do indivíduo, provocando um impacto negativo na qualidade de vida (Bulgareli *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2019). No entanto, para avaliar o quanto a saúde bucal interfere na qualidade de vida, índices biológicos e dados clínicos não são suficientes para um resultado relevante, visto que estes não avaliam, por exemplo, a dor e o quanto tal condição afeta sua vida diária (Vargas; Vasconcelos; Ribeiro, 2011). Estudos apontam que a autopercepção de saúde bucal é multifatorial, e deve levar em consideração características sociodemográficas, tais como idade, etnia, escolaridade e renda, bem como autopercepção da saúde geral e conhecimentos adquiridos (Vasconcelos *et al.*, 2012; Bitencourt; Correa; Toassi, 2019). Assim, é possível reconhecer como os valores sociais, culturais e econômicos, interferem na sua qualidade de vida (Silva; Oliveira, 2018). Nesse sentido, o relato do próprio paciente se torna uma maneira mais abrangente de avaliar as relações entre sua saúde e sua qualidade de vida, bem como os fatores associados (significados, motivos, crenças, valores e atitudes) (Mussolin *et al.*, 2020).

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de idosos com sintomas de transtornos depressivos de uma unidade de saúde da família, sobre o acesso e cuidado em saúde bucal, além da autopercepção de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida.

## Metodologia

Estudo descritivo, com suporte teórico na Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004), com aproximação metodológica qualitativa e participação de idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Ribeirão

Preto-SP. Esta USF é um campo de ensino e pesquisa para estudantes de graduação e pós-graduação de diferentes áreas de saúde de uma Universidade pública. É importante ressaltar que esta USF está cadastrada junto ao Ministério da Saúde com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) mínima sem a inclusão de equipe de saúde bucal no modelo do Ministério da Saúde (USP, 2020, entretanto, com a participação de residentes e preceptores de um programa de residência multiprofissional, da qual possui profissionais de saúde bucal.

Foram selecionados, aleatoriamente, 50 idosos com 60 anos ou mais, cadastrados na área de abrangência da referida USF. O contato com os idosos e convite para a participação aconteceu por telefone ou pessoalmente. Não conseguiu-se o contato com 8 idosos, após cinco tentativas, por um dos motivos a seguir: o telefone estava desatualizado, não aceitaram a ligação, não estiveram presentes na unidade durante o período de realização da pesquisa, não estavam na residência por motivos profissionais ou pessoais. A produção dos dados com aplicação de questionários e entrevistas foi conduzida por uma das pesquisadoras, cirurgiã-dentista residente na mesma unidade, após treinamento por meio de entrevista piloto. Foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida seguiu-se à produção de dados. Primeiramente foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), utilizado como instrumento para avaliar o grau de déficit cognitivo de idosos (Melo; Barbosa, 2015) e foram excluídos da pesquisa os idosos que não apresentaram pontuação mínima da nota de corte. Até que se atingisse a saturação dos dados, foram convidados a participar 32 idosos, entre homens e mulheres, dos quais 1 não atingiu pontuação mínima no MEEM e outros 11 não aceitaram participar da pesquisa. Em seguida, foi aplicado o questionário Patient Health Questionnaire - Two itens (PHQ-2) (Kroenke; Spitzer; Williams, 2003). Foram incluídos aqueles que tinham pontuação positiva para sintomas de transtornos depressivos após responderem ao PHQ-2 (Kroenke; Spitzer; Williams, 2003), sendo considerada pontuação positiva aquela maior ou igual a 3. A produção de dados ocorreu por meio de entrevistas semidirigidas audiogravadas, com duração de aproximadamente 30 minutos, em visita domiciliar ou na USF, respeitando-se a escolha de cada participante, em horário previamente agendado, visando maior conforto e privacidade. Foi aplicado um questionário de avaliação socioeconômica com o objetivo de caracterizar o perfil dos idosos quanto a sexo, idade, escolaridade, renda, doenças referidas e utilização de serviços odontológicos (Brasil, 2012). Para a entrevista, utilizou-se um roteiro

de questões acerca da percepção do cuidado e acesso ao serviço odontológico em experiências vividas previamente e na realidade dos participantes no momento da entrevista, autopercepção quanto às funcionalidades relacionadas à saúde bucal (falar, sorrir, mastigar, deglutir) e sua interferência na qualidade de vida.

O número final de participantes, caracterizado por uma amostra intencional, foi atingido por saturação teórica. Deste modo, após a leitura das entrevistas, o encerramento destas aconteceu a partir do momento que se observou que as informações obtidas já eram suficientes para trazer consensos quanto ao tema estudado, juntamente com os contextos teóricos envolvendo a questão da pesquisa e o tipo de estudo (Minayo, 2017; Fontanella *et al.*, 2011). Ao final, o número de participantes entrevistados foi de 20 e adotou-se a nomenclatura de “Participante” numerados de 1 a 20.

As entrevistas foram transcritas em um arquivo do Word (Microsoft Office) e armazenadas em drive de propriedade dos pesquisadores. O processo de análise dos dados iniciou-se desde o contato com a realidade a ser estudada, na interação pesquisador e participante, durante a produção dos dados (Preti, 1993). Após as transcrições, os dados foram sistematizados e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2011) em três etapas: 1) Pré-análise e exploração do material; 2) Tratamento dos dados com a construção de categorias temáticas; e 3) Inferência e interpretação das categorias; os dados foram interpretados e associados com estudos já existentes e a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o número do parecer 3.150.556.

## Resultados e Discussão

A pesquisa contou com 20 participantes do sexo feminino, com idade entre 60 e 84 anos (média de 74 anos), 90% de cor branca, 35% casadas e 65% viúvas, solteiras ou divorciadas e 20% viviam sozinhas. Possuíam, em média, 6 anos de estudo e referiram ter doenças crônicas, 80% hipertensão arterial, 60% diabetes *mellitus* e 11% câncer. Das que declararam renda familiar (50%), todas tinham renda de pelo menos dois salários mínimos. Quanto ao acesso aos cuidados em saúde bucal, 65% delas visitaram o dentista a menos de um ano e, destas, 60% utilizaram o serviço público e 40% o serviço privado.

Algumas idosas relataram utilizar os serviços de saúde bucal oferecidos pela USF, como assistência odontológica, enquanto outras tinham por preferência frequentar serviços de saúde bucal privados, mesmo cadastradas na USF, e utilizando outros serviços de saúde ofertados como atendimento médico, atendimento por equipe multiprofissional e participação em grupos de promoção de saúde. O uso dos serviços privados foi justificado devido à demora no acesso à atenção secundária pública, como reabilitação protética, ou por terem construído vínculo com profissionais na atenção privada ao longo de sua vida.

A partir da análise das entrevistas, os resultados foram organizados em quatro categorias temáticas que serão apresentadas a seguir: Acesso ontem e hoje; A construção do saber popular no cuidado à saúde bucal; Significados das Vivências do Processo Saúde-doença; e Alimentação: sinônimo de felicidade.

### **Acesso ontem e hoje**

A primeira categoria diz respeito principalmente às barreiras de acesso à atenção à saúde bucal. No trecho a seguir, a idosa fala sobre a vivência da perda dentária quando vivia na zona rural.

E também perdi vários dentes também né... porque ... a gente morava na roça e o dentista era longe então ia para casa da minha vó em (outra cidade) para eu tratar dos dentes... né? (Participante 2).

Além das barreiras geográficas, a consulta com o profissional de saúde bucal (dentista) mostrou-se modulada por aspectos financeiros e pela vivência de um modelo curativista de saúde bucal.

Quando criança nunca fui... Fui no dentista com 17 anos com todos os dentes danificados já... precisou tirar todos os dentes e pôr prótese com 17 anos [...] nesse momento doía porque a gente não foi no dentista... porque aonde a gente morava era um lugar muito longe era para lá de (cidade próxima)... uma fazenda [...] era difícil... não tinha como se tratar um dente...(Participante 15).

A partir da vivência das participantes e de seu contexto de vida foi possível identificar diferentes barreiras de acesso aos serviços como a ausência de recursos humanos e o fato de terem vivido em zona rural. Esta realidade está presente principalmente em populações rurais, em que os idosos têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido a necessidade de locomoção, falta de transporte ou grandes distâncias até as unidades de saúde (Costa *et al.*, 2019).

Antes da criação do SUS e da implementação de ações propostas na PNSB, o acesso universal à saúde bucal era considerado precário com poucos recursos destinados a insumos e formação de profissionais (Brasil, 2004), entende-se, portanto, a necessidade de um modelo de transição de cuidados aos idosos que seja centrado nas pessoas e que envolvam diferentes atores como cuidadores, familiares e gestores (Nitschke *et al.*, 2022). A implementação da PNSB deveria, então, reorientar o modelo de atenção à saúde bucal desenvolvendo ações em rede, descentralizadas e prioritárias frente aos casos de dor, infecção e sofrimento, a fim de qualificar o cuidado integral (Brasil, 2004).

Para essas idosas, a cultura de escovação dental pouco habitual e dificuldades de acesso à água foram consideradas barreiras aos cuidados de saúde bucal, sobretudo para aquelas que moravam durante a infância em zona rural.

Bom, no começo, antigamente não usava né? Quase ninguém escovava os dentes mesmo... Não tinha pasta... não tinha nem escova né? Aí também (após o casamento) continuou assim: a gente escovava... mas menos... porque se for ver a água era lá na mina... lá na bica [...] (Participante 2).

Na fazenda escovava só na hora... de manhã... porque depois a gente ia ao trabalho né? Ajudava meus pais e só a noite para ir dormir tinha (escova de dente e creme dental)... (Participante 6).

Além de aspectos culturais, as dificuldades financeiras para acesso a tratamentos restauradores e a hegemonia do modelo curativista mutilador foram relatados como fatores que influenciaram suas escolhas e que podem repercutir em sofrimento pela perda dentária.

É... preferia arrancar... extrair... do que ... do que tratar né? Porque ficava mais barato... É onde falta muito dente na minha boca... falta muito. Preferia pagar pra tirar na época. (Participante 3).

Tinha um sangramento na gengiva quando tinha uns 17... 18 anos... até menos...14...por aí... meu travesseiro já amanhecia todo cheio de sangue... todo dia... e aí... mas não tinha esse tratamento que nós temos hoje... (Participante 19).

No Brasil, apesar dos avanços na odontologia, o edentulismo ainda é bastante prevalente entre os idosos, com média de 29,4 dentes perdidos na faixa etária de 65 a 74 anos, evidenciado pela necessidade e/ou uso de próteses para a reabilitação oral na maior parte da população nesta faixa etária (Brasil, 2012). Os relatos de procedimentos invasivos nos serviços como a exodontia dentária explicitam o predomínio do modelo de atenção curativista cujas perdas dentárias resultam em

desconforto psicológico, um importante fator que impacta na qualidade de vida de idosos (Echeverria *et al.*, 2019).

Outro ponto levantado foi o desejo por ter informações sobre o próprio quadro de saúde bucal e necessidades de tratamento, antes que o prognóstico da doença “fosse o pior”, com a necessidade de realizar procedimentos mais invasivos.

Eu gostaria, então, igual eu falei para você, que tivesse alguém que orientasse. Falasse ‘Oh, a senhora pode ter alguma doença na gengiva, vai procurar’. Orientar né? Porque a gente não tinha tanta assim informação. Hoje já tem mais né? Mas na época assim que tudo começou não tinha né?[...] É, eu acho que tem que ter! (Participante 1).

Na literatura, é visto que fatores sociais como condições de moradia, localização geográfica, convívio social, acesso ao saneamento básico e informações de saúde são importantes para a saúde bucal (Costa *et al.*, 2019). Travassos e Castro (2009) explicam que as barreiras de acesso demarcam as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Para estes autores, a ausência de profissionais de saúde é uma das principais barreiras de acesso, além desta, destacam-se também barreiras geográficas, relacionadas à localização de moradia; financeiras, relacionadas ao poder aquisitivo de bens e serviços; organizacionais; informacionais, relacionadas ao acesso à informação; e culturais, referentes a valores e crenças. Ainda, as barreiras relacionadas ao tipo de oferta dos serviços de saúde também contribuem ou dificultam o acesso aos serviços.

Observa-se ainda que a relação com o profissional que prestava o cuidado era fundamentado no serviço prestado e não na relação entre paciente e profissional ou trocas de saberes no processo saúde-doença. Assim, reconhecer as barreiras de acesso, inclusive de comunicação e vínculo entre profissional e paciente são aspectos importantes quando se pretende ampliar a clínica para além da saúde bucal, e resgatar as necessidades biopsicossociais.

## **A construção do saber popular no cuidado à saúde bucal**

O segundo tema diz respeito ao uso de remédios caseiros e a hábitos de higiene oral, construídos a partir do saber popular. Para Holanda *et al.* (2020), o trabalho da equipe multiprofissional na ESF é reorientadora das práticas em saúde quando tem como diretriz a valorização da educação popular em saúde. Este posicionamento pode potencializar movimentos de autonomia para construção de saberes de forma coletiva, na comunidade. Em vista da dificuldade de acesso aos serviços de saúde

bucal, observa-se entre as idosas o uso de plantas medicinais, chás e ervas como remédios caseiros para o alívio da dor.

[...] se você tinha uma dor de dente colocavam um chá... uma coisa lá e mandavam fazer gargarejo de folha de batata... com um CHÁ... e com aquilo fui crescendo nesse ritmo... (logo) fui perdendo todos os meus dentes... (Participante 9).

[...] a gente fazia um bochecho com remédio caseiro, inclusive, a gente fazia muito bochecho, quando tava inchada, com a folha da batata doce (Participante 15).

A partir destes relatos, pode-se refletir que os procedimentos clínico-restauradores no tratamento odontológico não são a única alternativa para lidar com o processo saúde-doença. O saber popular, ou seja, crenças e valores passados entre as gerações nas famílias mostram a força da autonomia do usuário e a valorização de seus saberes no cuidado em saúde. No Brasil, por influência das culturas indígenas, africana e europeia, o uso de plantas medicinais é uma prática comum de cuidado primário nas populações, e, caracteriza-se por ser oriundo do conhecimento e da tradição popular (Zeni *et al.*, 2017).

No sentido de ampliar a articulação com a comunidade e seus saberes, a Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2010) propõe o trabalho em rede, para que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivências da população nos diferentes territórios, promovendo a qualidade de vida e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde, de forma a ampliar a autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos.

A construção de hábitos em saúde, com referência na tradição familiar foram relatados pelas entrevistadas, como a participação e a vigilância dos pais nos cuidados com a saúde bucal.

Olha na verdade é: a gente não fazia nada porque a gente não tinha incentivo nem de pai nem de mãe ... (Participante 5).

À noite acabou de comer, já escovava o dente que minha mãe obrigava, né? Então, minha mãe... mas ela era muito rígida sabe. (Participante 18).

A percepção das idosas revela os valores familiares e culturais construídos desde a infância, que compõem fatores que podem influenciar nos hábitos de higiene, na dieta cariogênica ou no desenvolvimento da doença cárie na infância, com consequências na saúde bucal de seus filhos (Carmo *et al.*, 2023). Segundo as participantes, a vivência de saúde bucal relatada repercutiu nos hábitos e criação dos filhos e mostra diferenças de acesso entre as gerações.

Meus filhos eram pequenos... a gente levava (no dentista). (Participante 2).

Eu levava os dois. Porque o que eu tinha passado com os dentes, eu não queria que eles passassem... E ele tem TODOS os dentes... Ele tem e o outro também... Porque eu levava os dois sempre na faculdade, sabe? (local onde havia atendimento odontológico). (Participante 7).

As ações de promoção da saúde propostas na PNSB, nesse sentido, devem contribuir para a autonomia dos cidadãos por meio de abordagens sobre os fatores de risco, ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade oral quanto para outros agravos (Brasil, 2004). Os estudos de Quintela *et al.* (2019) e Dutra, Bossato e Oliveira (2017) apontam sobre a importância da valorização da autonomia, valorização das potencialidades do indivíduo e empoderamento do usuário a partir do compartilhamento de saberes entre profissional e paciente, de forma que nenhuma das partes é vista como detentora do saber.

Em consequência às perdas dentárias precoces, muitas idosas relataram a presença de próteses dentárias removíveis, bem como seu cuidado com as mesmas em sua rotina diária. E assim como encontrado na literatura, as participantes relataram o hábito de realizar higiene oral e das próteses de forma mecânica, isto é, com o uso de escova de dente, e o conhecimento sobre a importância de remoção das mesmas para dormir (Oliveira *et al.*, 2018; Falcão *et al.*, 2019).

[...] a dentadura eu tiro e lavo todinha ela... aí escovo os de baixo tudo... e coloco de volta na boca... (Participante 17).

Desse modo, é possível observar que o sofrimento pela dor e angústias no passado levou à busca de alternativas para o cuidado, como remédios caseiros, e a fim de proteger os filhos, a construção de seu saber popular no cuidado à saúde bucal contribuiu para mudanças de hábitos entre as gerações.

## **Significado das vivências de saúde-doença**

Na terceira categoria, a autopercepção de saúde bucal levou à expressão de uma série de sentimentos, que representam suas experiências e emoções frente ao que viveram no processo saúde-doença. Além da insatisfação pelas perdas sofridas, as idosas expressaram angústias e insatisfações diante de sua história e desejos por mudanças, como, por exemplo, no relato de uma idosa que lamentou não ter mais os dentes naturais.

Aí eu gostaria de ser tratado de não ter precisado arrancar por mais que assim... eu não sinto nada... mas os dentes da gente são diferentes do que você ter uma ponte... uma coisa assim, né? (Participante 18).

Neste contexto, suas vivências de saúde e doença foram marcadas por inseguranças e medo frente ao modelo de saúde bucal curativista. E o medo destas mulheres idosas mostra-se como algo real e que interfere no autocuidado em saúde bucal. Tais aspectos se confirmam na literatura pois o medo do dentista é mais prevalente entre as mulheres e o medo afeta as escolhas sobre o cuidado odontológico (Silveira *et al.*, 2021; Alenezi; Aldokhayel, 2022). Assim, suas angústias novamente apontaram barreiras de acesso à informação como essenciais para a tomada de decisões de forma segura sobre sua própria saúde, além da expectativa acerca do acesso ao tratamento especializado.

Morria de medo... botou... nossa... aquele motorzinho... mas como eu ia ... eu sofria... mas eu ia ... Mas eu sofria... e até hoje, né?(Participante 18).

Mas se tiver certeza (que daria certo pela idade) eu bem faria um implante sim! Se for tudo verdade o que eles falam, né? Que não tem mais problema de comida embaixo do dente essas coisas... (Participante 1).

A melhor opção seria uma prótese total né? Tem a possibilidade de ter o implante né? Funcionalmente também é melhor, tem uma liberdade maior, né?" (Participante 12).

Até se for pudesse usar em cima e embaixo pensando de fazer um implante mas é muito caro gostaria de fazer um implante ficava fixo, né? (Participante 20).

O modelo de atenção à saúde bucal previsto pela PNSB tem foco na integralidade do cuidado, de forma que haja a incorporação progressiva de ações de promoção, proteção e recuperação à saúde bucal, em todos os níveis de atenção e é essa completude de ações que essas idosas almejam e esperam para a melhoria de sua qualidade de vida.

### **Alimentação: sinônimo de felicidade**

Nesta quarta categoria, as participantes apontaram que acreditam na relação direta entre a saúde do trato gastrointestinal com a funcionalidade de mastigação e indicaram a relação entre alimentação e a qualidade de vida.

É no estômago principalmente... que engole tudo inteiro... Às vezes dói o estômago... às vezes dá náusea... Eu acredito que é falta dos dentes, né? (Participante 4).

É uma boca saudável é importante para ter uma boa saúde meu corpo... não ter um dente doendo por exemplo.." (Participante 14).

A maior parte das participantes apontou alguma alteração quanto às funcionalidades da saúde bucal, principalmente relacionadas à dificuldade mastigatória e perda estética.

Porque hoje é assim 'ah não pode comer coisa muita dura; carne' outro dia eu falei para um dentista do convênio eu falei assim 'ah meus dentes não cortam mais carne... eu tenho que cortar com a faca (em pedaços pequenos) se não... eu não consigo'. [...] Nunca ficou igual os meus dentes anteriores que eram uns dentes largos na frente... nunca ficou igual né? [...] Por exemplo, eu vou tirar uma foto né? Bater uma foto, se eu for sorrir igual todo mundo sorri tem um dente mais alto... outro mais baixo aqui que não ficou da altura da prótese. Não tenho nem vontade de sorrir na foto. (Participante 1).

Ao refletirem sobre o significado de qualidade de vida, as participantes relataram sobre condições financeiras e a relação com a alimentação e o sentimento de felicidade.

Então qualidade de vida pra mim é comer bem comer bem [...] É o comer bem, estar feliz; (Participante 3).

E meu negócio era assim... de ter os dentes né? Para comer... para sorrir... para ser mais feliz do que eu já sou... Eu acho que a minha felicidade que me falta é dos dentes... (Participante 4).

Ah, sei lá, eu acho que qualidade de vida pra mim é ... (eu falo assim) comer o que dá pra comer né? Que pobre não tem condições, mas eu acho que qualidade de vida é isso comer bem se alimentar bem se alimentar na hora certa; (Participante 5).

É possível notar forte relação entre a boa alimentação e a felicidade, desde o acesso à comida à possibilidade de mastigar e sorrir, estar feliz. A boca é então entendida como parte fundamental para estar no mundo. A partir do aspecto funcional da boca como componente-chave, estas idosas conseguiram resgatar a bucalidade (Botazzo, 2006), ou seja, a dimensão do cuidado bucal e a relação da boca e sua função social que se usa para sobreviver, viver e conviver. Segundo Botazzo (2006), este conceito diz respeito à boca se relacionando com o mundo em seus diferentes aspectos sociológicos, psicológicos e produtora de subjetividades. Nesse sentido, o profissional de saúde bucal deveria se conectar com esta dimensão na intencionalidade de reconhecer sua corresponsabilidade em restituir de alguma forma a dignidade perdida a estas idosas que querem novamente se alimentar e sorrir.

Ultimamente eu estou, assim, conversando, eu fico com vergonha de falar com a pessoa porque eu sinto que a minha boca tá amarga. Então, como eu sinto a boca amarga eu acho que eu estou com mau hálito. Aí, procuro não ficar perto das pessoas e nem conversar porque eu tenho pavor desse negócio de mau hálito! Meu neto, ele é muito grudado comigo, muito! Ele vive falando assim pra mim 'Vovó você escovou os dentes?' Eu falei 'Escovei'. Será que ele tá sentindo alguma coisa que ele fala isso pra mim? Porque se você

for ver eu não tenho dente atrás, só tenho aqui na frente. Então em restaurante é difícil, eu nem gosto de sair por causa disso. [...] às vezes eu deixo de sair por causa disso. Meu marido diz ‘Vamos em tal lugar’, eu deixo de comer. Eu não conto pra eles, mas eu deixo de fazer por causa disso. (Participante 3).

Silva *et al.* (2019) apontaram uma importante associação entre variáveis sobre a saúde bucal e sintomas depressivos na população idosa em que se observou uma forte prevalência de sintomas depressivos com a necessidade de reabilitação oral, visando justamente trazer de volta a função de mastigação e o prazer na alimentação. Assim, a falta dos dentes, ou ainda, as alterações percebidas nas funcionalidades de saúde bucal das participantes, reflete diretamente nos sentimentos de autocuidado e convívio social, ponto importante para a autoestima e qualidade de vida das idosas.

Tendo em vista a autopercepção em saúde bucal, sugere-se que a atuação da equipe de saúde bucal no tratamento odontológico, sobretudo de reabilitação oral, deve considerar não apenas aspectos técnicos, mas também a percepção da própria paciente sobre sua imagem e a necessidade de se trabalhar em equipe com foco na clínica ampliada, de forma a se promover um cuidado centrado no indivíduo de forma integral.

## Conclusão

O presente estudo mostra uma importante relação entre a autopercepção de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida, ressaltando que o indivíduo que cuidamos traz consigo as consequências tanto de suas experiências anteriores como de experiências recentes. Na população estudada, observam-se, especialmente, barreiras de acesso ao cuidado, a importância do saber popular, a autopercepção da boca como parte de sua saúde geral, sentimentos de insatisfação e insegurança diante da falta de informação e acesso a especialidades, associados à vivência de um modelo curativista mutilador em saúde bucal.

A atenção à saúde bucal ofertada a essas idosas apresentou aspectos estéticos e funcionais que influenciaram em seu convívio social e elas expressaram sequelas na sua autoestima e na relação com a sua saúde e com o profissional de saúde bucal. Enfatiza-se que a construção do vínculo e relação profissional-paciente deve ser baseada no diálogo e na construção conjunta de soluções de acordo com cada contexto social, favorecendo a autonomia do paciente nas escolhas sobre sua própria condição de saúde. A partir das percepções dessas idosas, espera-se contribuir no

desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde com uma abordagem ampliada, e em equipe multiprofissional, com foco no cuidado integral e qualidade de vida dos idosos.<sup>1</sup>

## Referências

- ALENEZI, A. A.; ALDOKHAYEL, H. S. The impact of dental fear on the dental attendance behaviors: A retrospective study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 11, n. 10, p. 6444, 2022. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_1030\_22
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BITENCOURT, F. V.; CORREA, H. W.; TOASSI, R. F. C. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 169-180, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.09252017>.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100002>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BULGARELI, J. V. *et al.* Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, n. 44, 2018. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000042>.
- CARMO, S. M. A. *et al.* Influência do ambiente familiar na saúde bucal: uma revisão integrativa. *Revista Faipe*, v. 13, n. 2, p. 110-119, jul./dez. 2023.
- COSTA, M. J. F. *et al.* Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. *Clinics*, v. 74, p. e972, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2019/e972>
- DUTRA, V. F. D.; BOSSATO, H. R.; OLIVEIRA, R. M. P. de. Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e20160284, 2017. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0284>.

- ECHEVERRIA, M. *et al.* Oral health-related quality of life in older adults-Longitudinal study. *Gerodontology*, v. 36, n. 2, p. 118-124, 2019. doi: 10.1111/ger. PMID: 30565315.
- FALCÃO, T. N. *et al.* Qualidade de vida e condições de higiene de próteses dentárias de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 23, n. 1, p. 73-80, 2019 <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n1.34935>.
- FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.
- HELLWIG, Natália; MUNHOZ, Tiago Neuenfeld; TOMASI, Elaine. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>.
- HOLANDA, C. W. B. *et al.* Educação Popular em Saúde e Estratégia de Saúde da Família: potencialidades do cuidado. *Id Rev. Mult. Psic.*, v. 13, n. 47, p. 1151-1159, 2019. doi: <https://doi.org/10.14295/online.v13i47.1974>.
- KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*, v. 41, n. 11, p. 1284-1292, 2003. doi: 10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C
- MARTINS, A. M. E. de B. L. *et al.* Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3387-3398, nov. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.07842015>
- MELO, D. M. de; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.
- MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 309-320, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0136>.
- MUSSOLIN, M. G.; MESQUITA-LAGO, L. P.; SARAIVA, M. C. P.; MESTRINER, S. F. Impact of oral and mental health over the quality of life of older people in a Family Health Unit. *RGO, Rev Gaúch Odontol.*, v. 68, p. e20200043, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372020000433676>
- NITSCHKE, I. *et al.* On the Necessity of a Geriatric Oral Health Care Transition Model: Towards an Inclusive and Resource-Oriented Transition Process. *Int J Environ Res Public*

*Health*, v. 19, n. 10, p. 6148, 2022. doi: 10.3390/ijerph19106148. PMID: 35627684; PMCID: PMC9141301.

OLIVEIRA, M. B. *et al.* Associação entre fatores socioeconômicos, comportamentais, saúde geral e condição da mucosa bucal em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3663-3674, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.26182016>.

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.

QUINTELA, S. H. C. *et al.* The perceptions of vascular dysfunction bearing patients with regards to health education as an autonomy instrument. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 25-30, 2019. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.25-30>.

ROCHA, M. L. C. *et al.* Quality of life and cognition in elderly: a systematic review. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 36, e180100, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180100>.

SILVA, J. V. da; OLIVEIRA, A. G. R. da C. Individual and contextual factors associated to the self-perception of oral health in Brazilian adults. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 29, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000361

SILVA, A. E. R. *et al.* A Saúde bucal está associada à presença de sintomas depressivos em idosos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 181-188, jan. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.12662017>.

SILVA, P. A. dos S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 639-646, fev. 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>

SILVEIRA, E. R. *et al.* Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*, v.108, p. 103632, 2021. doi: 10.1016/j.jdent.2021.103632.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 219-21.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Regimento do Centro de Atenção Primária e Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo* [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2020. Disponível em: <http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/REGIMENTO-DO-CAP-E-SA%3%9ADE-DA-FAM%3%8DLIA-E-COMUNIDADE.pdf>

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. de F. (Orgs). *Saúde Bucal: atenção ao idoso*. Belo Horizonte: Necon/UFGM, 2011.

VASCONCELOS, L. C. A. de *et al.* Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1101-1110, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600009>.

ZENI, A. L. B. *et al.* Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2703-2712, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.18892015>.

## Nota

<sup>1</sup> M. de Matos e S. F. Mestriner: concepção do estudo e seu projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada, responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. L. P. de M. Lago e A. F. Bulgarelli: análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada, responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

## *Abstract*

### *Perception of elderly women with depressive symptoms regarding access and oral healthcare in the Family Health Strategy*

The Brazilian population is aging and in a feminization process. Among the most prevalent chronic diseases in the elderly, depression directly impacts the perception of oral health, with reflexes on self-image and self-esteem. This descriptive study, with a qualitative approach, aimed to analyze the perception of elderly women with symptoms of depressive disorders at a family health unit, about access and care in oral health and self-perception of oral health and its relationship with quality of life. The study included 20 women aged 60 or over, registered at a family health unit in Ribeirão Preto-SP. Audio-recorded semi-structured interviews were carried out, later transcribed, and analyzed through the Content Analysis technique. The results expressed an important relationship between self-perceived oral health and quality of life, barriers to access to oral health care, the importance of popular knowledge in self-care practices, self-perception of the mouth as part of their general health, and feelings of dissatisfaction and insecurity due to the lack of information, associated with the experience of a mutilating curative model. The importance of actions with an expanded approach and in a multidisciplinary team is emphasized, focusing on integrative care and quality of life for the elderly.

► **Keywords:** Aged. Mental health. Health Care Quality. Access and Evaluation. Dental Care.

