

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
DOUTORADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

DENIS MARCELO CARVALHO DOCKHORN

**A REVOLUÇÃO DOS MUTILADOS
A HISTÓRIA DOS IDOSOS QUE SE PROPUSERAM A APRENDER PARA
ENSINAR CRIANÇAS SOBRE SAÚDE BUCAL**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Gerontologia Biomédica

Orientadora: Prof^ª. Dra. Dalva Maria Pereira Padilha
Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza

Porto Alegre
2007

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO(CIP)

D637r Dockhorn, Denis Marcelo Carvalho

A revolução dos mutilados: a história dos idosos que se propuseram a aprender para ensinar crianças sobre saúde bucal / Denis Marcelo Carvalho Dockhorn; orient. Dalva Maria Pereira Padilha; co-orient. Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza . Porto Alegre: PUCRS, 2006.
f.: 68

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. SAÚDE BUCAL. 2. IDOSO. 3. HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA. 4. EDUCAÇÃO DO PACIENTE. 5. CRIANÇA. 6. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PARA CRIANÇAS. 7. IDEOLOGIA. 8. ESTUDOS DE CASOS. 9. GERIATRIA. 10. GERONTOLOGIA. 11. SAÚDE DO IDOSO. 12. SAÚDE DA CRIANÇA. I. Padilha, Dalva Maria Pereira. II. Azevedo e Souza, Valdemarina Bidone de .III.Título.

C.D.D. 617.6
C.D.U. 616.314-084:616-053.9(043.2)
N.L.M. WU 113.7

À Sumara

Que via
que eu me irritava às vezes, me acalmava às vezes, me exasperava às vezes, me
entusiasmava às vezes e a respeito dessas muitas vezes disse muito pouco:
- Começou, termina.

E quando eu emergia dos momentos dedicados a esta tese, a casa estava lá, a
vida continuava, tudo tinha andado porque ela tinha feito tudo andar para que eu
pudesse me irritar às vezes, me acalmar às vezes, me exasperar às vezes, me
entusiasmar às vezes, para que eu pudesse aprender

Ao Daniel e à Juliana

Que me ensinam mais do que eu a eles

Aos meus pais

Com quem continuo aprendendo

Era uma vez um aprendiz e seu mestre.

O mestre pedia que o aprendiz observasse o mundo e perguntava:

- Estás ouvindo os sons dos seres humanos, a ética, a justiça, o amor, a ciência?

O aprendiz dizia:

- Não, mestre, não estou escutando.

O mestre, então, pedia ao aprendiz que colocasse tampões nos ouvidos.

E, algum tempo depois, perguntava novamente:

- E agora, estás ouvindo?

- Não ouço nada, mestre.

E o mestre novamente tampava os ouvidos de seu aprendiz.

O tempo passou, e um dia o aprendiz respondeu ao mestre que estava ouvindo: sons que jamais havia pensado que existissem, vozes e músicas que davam um sentido à vida dos seres humanos. E escreveu sua tese.

E o mestre deu-se por satisfeito. Estava cumprida, com aquele aprendiz, a sua jornada.

Anos depois, encontraram-se: o aprendiz e seu mestre.

-Mestre, lembras quando me tampavas os ouvidos? Eu era um discípulo aplicado, só não conseguia ouvir.

E o mestre respondeu:

- Entendeste que eu não te tampava os ouvidos para te repreender. Eu te tampava os ouvidos para que te concentrasses no que realmente interessava no teu aprendizado, para que finalmente pudesses ouvir, com o teu coração.

**À Professora Doutora Dalva Maria Pereira Padilha,
que me pediu que tampasse os ouvidos em várias ocasiões e que, neste
trajeto de nossas vidas, tornou-se, além de orientadora, uma amiga querida**

A insegurança é uma coisa terrível.

Indeciso, seguiria um pensamento cartesiano ou me aventuraria no qualitativo?

Contar histórias é ciência?

Aprendi que é. Mas passei uma boa parte da construção da tese me desculpando por isto.

Em certo momento, senti que precisava de segurança.

E ela veio como um anjo vem, segurando, apoiando e até empurrando.

**À Professora Doutora Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza,
Por ter surgido e se tornado, histórica e materialmente, co-orientadora
deste trabalho**

Aos educadores do Grupo Sorria

O relato de tudo e o meu muito obrigado

AGRADECIMENTOS

- Ao Diretor do Instituto de Geriatria e Gerontologia, Professor Antônio Carlos Araújo de Souza, pela oportunidade da qualificação acadêmica
- Ao Diretor da Faculdade de Odontologia, Professor Marcos Túlio Mazzini Carvalho, pela confiança e incentivo
- Ao Diretor do Centro de Extensão Vila Fátima, Professor José Francisco Bergamaschi, pela cedência dos espaços necessários ao desenvolvimento desta pesquisa
- À Vice-Diretora da Faculdade de Odontologia, Professora Angélica Maria Genehr Fritscher, pela convivência e amizade
- À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Professora Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza, pelo apoio e incentivo
- À Professora Elaine Bauer Veeck, pela amizade, vigilância e apoio
- Aos docentes e colegas do Curso de Doutorado em Gerontologia Biomédica, pelos ensinamentos e companheirismo
- Às colegas das Disciplinas de Odontologia Social, Professoras Salete Maria Pretto, Helenita Corrêa Ely, Maria Arlete Eloy do Nascimento e Simone Bonato Luisi, pela solidariedade, troca de opiniões e incentivo
- Aos docentes do Centro de Extensão Vila Fátima, pelo carinho e incentivo
- Aos funcionários da Faculdade de Odontologia, do Instituto de Geriatria e Gerontologia e aos funcionários e estagiários do Centro de Extensão Vila Fátima, pela atenção, presteza, solicitude e pelo tanto que os fiz, muitas vezes, alterarem suas rotinas
- Aos alunos dos Cursos de Graduação em Odontologia e Serviço Social, estagiários no Centro de Extensão, pelo auxílio em vários momentos da pesquisa

“DA SUA NATUREZA

Sorte nossa que as árvores não gemem e os animais não falam.

Imagine se cada vez que se aproximasse uma motosserra as árvores começassem a gritar “Ai, ai, ai!” e aos bois não faltassem argumentos razoáveis para não querer entrar no matadouro. Imagine porcos parlamentando em causa própria, galinhas bem-articuladas reivindicando sua participação na renda dos ovos e gritando slogans contra o hábito bárbaro de comê-las, pássaros engaiolados fazendo discursos inflamados pela liberdade. Os únicos bichos que falam são os papagaios, mas até hoje não se tem notícia de um que defendesse os direitos dos outros. O papagaio tem voz, mas não tem consciência de classe.

A vida humana seria difícil, se não pudéssemos colher uma beterraba sem ouvir as lamentações da sua família e insultos do resto da horta. Não deixaríamos de comer, claro. Nem beterrabas nem bois ou galinhas, apesar dos seus protestos. Mas o remorso e uma correta noção de prepotência inerente à condição de espécie dominante fariam parte da nossa dieta. Teríamos uma idéia mais exata da nossa crueldade indispensável, sem a qual não viveríamos.

Sorte nossa que os vegetais e os animais não têm nem uma linguagem, quanto mais um discurso organizado. Não os comeríamos com a mesma empáfia se tivessem. O único consolo deles é que também padecemos da falta de comunicação: ainda não encontramos um jeito de negociar com os germes, convencer os vírus a nos pouparem com retórica e dar remorso em epidemias.

Eu às vezes fico pensando em como seria se os brasileiros falassem. Se protestassem contra o que lhes fazem, se fizessem discursos indignados em todas as filas de matadouros, se cobrassem com veemência uma participação em tudo que produzem para enriquecer os outros, reagissem a todas as mentiras que lhes dizem, reclamassem tudo o que lhes foi negado e sonegado e se negassem a continuar sendo devorados, rotineiramente, em silêncio. Não é da sua natureza, eu sei, só estou especulando. Ainda seriam dominados por quem domina a linguagem e, além de tudo, sabe que fala mais alto o que nem boca tem, o dinheiro. Mas pelo menos não os comeriam com a mesma empáfia”.

LUIZ FERNANDO VERÍSSIMO. Da sua natureza. *Jornal Zero Hora*, Porto Alegre, 05/02/2000, p.3.

RESUMO

Esta pesquisa é um Estudo de Caso, realizado através de uma abordagem qualitativa com enfoque compreensivo e explicativo, tendo como base a observação participante, apresentada como informe escrito na primeira pessoa do singular, narrando o processo de capacitação de um grupo de idosos para trabalho em saúde bucal, de maneira a refletir sobre o processo ideológico, sobre as formas que os idosos utilizaram para desenvolver temas sobre saúde bucal e sobre a inserção do idoso na abstração *saúde bucal* como mercadoria com que se posiciona na estrutura do modo de produção capitalista e o trabalho de velhos que não têm mais dentes ensinando crianças com dentes. A sensibilização dos idosos para intervir em educação e promoção em saúde, com ênfase na abordagem em relação a autocuidado, dieta e higiene bucal encontrou respaldo em suas metas motivacionais. Estereótipos como o de que velhos devem ser comportados avozinhos puderam ser esclarecidos. Houve a escolha de formas próprias para desenvolver temas como aconselhamento sobre hábitos saudáveis; no grupo estudado estas formas eram sempre de conformismo e submissão e houve a opção por utilizar material não elaborado pelo grupo. A *boca social* deste grupo de idosos mostrou-se como consumida pela existência como trabalhadores de baixo salário e consumidora ávida de serviços protéticos. O trabalho de ensinar crianças fez-se real, não como educadores em saúde em sentido restrito, mas como contadores de histórias com temas sobre como conduzir a vida. Os encontros, tanto do grupo apenas e com crianças, resultavam em rodas de conversa que abordavam experiências de vida e comportamentos de submissão e conformismo.

Palavras-chave: Idosos. Estereótipos. Educação. Ideologia. Estudo de Caso.

ABSTRACT

This research is a Study of Case having the participant observation technique as base, resulting in a presented report as an inform written in the first person of the singular, telling the process of qualification of a group of aged for work in oral health, aiming at the reflection on the ideological process, the forms that the aged ones had used to develop subjects on oral health, the insertion of aged in the abstraction *oral health* as merchandise in the capitalist production and the work of elders who have not any more teeth teaching children with teeth. The sensitization of the aged ones to intervene in education and promotion in health, with emphasis in approach regarding self-care, diet and oral hygiene found endorsement in its motivation goals. Stereotypes as of that old they must be held grandfathers could have been clarified, through the choice of proper forms to develop subjects as advising on healthy habits; in the studied group these forms were always of conformism and submission and there was the option for using material not elaborated for the group. The *social mouth* of this group of aged revealed as consumed for appeared how consumed by the existence as workers of low wage and eager consumer of prosthetic services. The work to teach children became real, not as educators in health in limited sense, but like story-tellers with subjects on as to lead the life. The meetings, as much of the group only and with children, resulted in colloquy wheels that approached experiences of life and behaviors of submission and conformism.

Keywords: Elders. Aged. Stereotypes. Education. Ideology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Constatação, premissas e uma esperança	12
1.2 A experiência a ser contada	14
1.3 Encontrando a justificativa	15
1.4 A narrativa gera um produto?	17
1.5 Procurando um grupo	18
1.6 Uma proposta objetiva.....	20
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	22
2.1 Caracterização do estudo	22
2.2 Critério de inclusão	22
2.3 Descrição do guia de capacitação	22
2.4 A opção pelo Estudo de Caso	25
2.5 Passos metodológicos.....	27
2.6 Análise dos achados no estudo de caso	28
2.6.1 Estratégias Gerais	29
2.7 A observação participante.....	29
2.8 O informe qualitativo escrito na primeira pessoa do singular	30
2.9 Guia da narrativa da capacitação.....	33
2.10 Instrumentos e forma de coleta dos dados.....	33
2.11 Análise de Dados e Interpretação de resultados.....	35
3 DESCREVENDO, REVISANDO A LITERATURA E INTERPRETANDO O RELATO DO VIVIDO	36
3.1 Um nome para nós.....	36
3.2 Razões para a participação.....	37
3.3 Dentadura ou dinheiro para comprar comida?.....	38
3.4 A assistência odontológica	44
3.5 Conhecimentos sobre os problemas em saúde bucal coletiva	48
3.6 A saúde bucal em ato de produção e consumo: a fronteira entre razão e desejo	48
3.7 A saúde bucal do idoso.....	49
4 PROCESSO DE APRENDIZAGEM SOBRE SAÚDE BUCAL PARA O IDOSO.....	51
4.1 A produção de material educativo.....	52
4.2 O Grupo Sorria como educador	56

5 CONCLUSÕES	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	66

1 INTRODUÇÃO

“O jogo da ciência não é o da posse e do alargamento da verdade, mas aquele em que o combate pela verdade se confunde com a luta contra o erro”.

Morin (1996)

1.1 Constatação, premissas e uma esperança

Acredito que pode não ser muito fácil narrar uma história. Principalmente esta que, neste trabalho, proponho-me a interpretar. Como trabalho de cunho acadêmico, há que haver o rigor científico que tudo embase, reservando-me a liberdade de autor envolvido no processo de crescimento técnico e político de um grupo de idosos.

Para melhor esclarecimento, minha tese parte de uma constatação, a respeito dos estereótipos em relação aos idosos.

Martins e Rodrigues¹ conceituam *estereótipo*

como uma imagem mental muito simplificada de alguma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos que é partilhada, nas suas características essenciais, por um grande número de pessoas; dito de outra forma, é um “chavão”, uma opinião feita, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade, ou seja, é uma “generalização” e simplificação de crenças acerca de um grupo de pessoas ou de objetos, podendo ser de natureza positiva ou negativa.

O estereótipo positivo é aquele em que se atribuem características positivas a todos os objetos ou pessoas de uma categoria particular, por exemplo, “todos os idosos são prudentes”.

Contrariamente, um estereótipo negativo atribui características negativas a todos os objetos ou pessoas de uma determinada categoria, de que é exemplo “todos os idosos são senis”.

O conhecimento humano é complexo, mas nem sempre flexível e crítico e tende a cair no estereótipo para interpretar a informação sobre indivíduos e grupos, buscando outras interpretações apenas quando o estereótipo não oferece explicações suficientes, por se tratar de um conceito generalizador, estável e definidor de um grupo social, pré-concepção rígida, mais ou menos falsa e irracional¹.

A forma capitalista de acumulação de riquezas vem projetando sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e discriminando sistematicamente as pessoas porque são velhas. O fenômeno de envelhecer tem sido considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional. Traços negativos como senilidade, inatividade, fraqueza e inutilidade são atribuídos a todos os indivíduos desse grupo.

Também a odontologia, inserida neste contexto social, sofre influências que podem determinar atitudes negativas, como a gerontofobia e a infantilização.

Nesta perspectiva, os estereótipos tornam-se elementos impeditivos à procura de soluções precisas e de medidas adequadas, tornando-se importante o combate a estas representações sociais de caráter discriminatório, a partir do próprio reconhecimento do idoso como pessoa que, pela experiência de vida, pode ser capaz de influir para a busca de uma melhor qualidade de vida, pelas capacidades de negociação ou visão de estratégias para superar obstáculos.

Refletindo sobre esta constatação a respeito dos estereótipos acerca dos idosos penso em duas premissas empíricas: a primeira, que constitui o problema pesquisado neste trabalho, é que pessoas idosas humildes, algumas analfabetas, podem ser educadoras e a segunda é que, se a experiência delas for contada, pode contribuir para que outros grupos possam agir de maneira similar visando, em um sentido mais amplo, e aqui coloco a esperança de autor, entendermos como podemos nos organizar para melhorarmos a sociedade que vivemos.

As premissas empíricas fazem parte da história da ciência. Averiguá-las e/ou comprová-las faz parte de um processo que nasceu da dúvida dos homens sobre os fenômenos de seu dia-a-dia e confirmou-se como “degrau” do processo científico na visão de René Descartes² como “pregador” da dúvida como meio de raciocínio objetivo. A dúvida apregoada por Descartes significa o pensamento na busca de respostas. Ainda que para Descartes as

interpretações subjetivas devessem ser descartadas, a sua própria interpretação do que é o pensamento interpõe uma premissa subjetiva do que é a existência: *cogito ergo sum*.

Cogitar sobre um problema a partir de premissas empíricas faz parte de um processo humano que hoje chamamos pesquisa científica.

A narrativa que faço atende aos critérios de qualidade, transparência e clareza em seus procedimentos, através de indicadores de confiabilidade³. Para tanto, foi preciso acolher também o critério de relevância, apresentando referências da origem das afirmações, comprovando como surgiram e qual o referencial analítico de minha interpretação.

1.2 A experiência a ser contada

O trabalho consiste em narrar, segundo minha interpretação como investigador que participou do processo, a experiência de um grupo de idosos em processo de conscientização e criticidade, exercendo ação de educadores.

E também a minha experiência, como pessoa/profissional que capacitou um grupo de idosos como contribuição a que se supere o estereótipo a respeito das potencialidades das pessoas velhas e para questionar os poderes do modelo de prática dominante, a partir de uma visão da boca e suas relações com o mundo, estudada sob a conceituação de *bucalidade* de Botazzo⁴: a dimensão civilizatória daquilo que é bucal – a mastigação, o erotismo e a linguagem e, segundo Kovalski⁵, boca social, que fala, que geme, que ri e que canta, repleta de aspectos humanos e produtora de subjetividades, uma complexa trama de desejos, prazeres, sentimentos e repressões.

Assim colocada a idéia, entende-se que será preciso, neste trabalho, ir além da ciência cartesiana para compreender a produção da subjetividade humana, localizada na boca, uma tentativa de ver *a boca* de um grupo de pessoas idosas em movimento com o mundo.

Outro obstáculo evidenciado e que deve ser ultrapassado tem relação com a própria visão estereotipada da boca durante o envelhecimento. Séculos de perda dentária culminaram na associação de “passar dos anos” (não envelhecimento) com ausência de dentes. A base

epidemiológica do estigma do idoso desdentado é forte e precisa ser transposta. Difícil imaginar como um grupo de idosos pode ensinar saúde bucal se o seu imaginário representa a perda dentária como inexorável durante o envelhecimento.

De acordo com Kovaleski⁵, os avanços da Odontologia identificam-se com um saber técnico e a relação entre Odontologia e Ciências Sociais é pouco desenvolvida, o que a expõe a uma debilidade conceitual e interpretativa, com conseqüências para as práticas de saúde. Assim, será necessária a utilização de categorias incomuns à Odontologia, usuais às Ciências Humanas, aplicadas para a compreensão desta *boca social*.

Para tanto, narro neste trabalho, buscando compreender e interpretar, a capacitação de um grupo de idosos em saúde bucal, de forma a entender sua boca como centro de prazer e repressão e, a partir daí, a maneira como se posicionam diante do mundo. Segundo Kovaleski³, mundo material, definido por um modo de produção da vida composto e componente de um conjunto de regras, valores, hábitos e costumes, discussão que se trava entre a ideologia dominante e as possibilidades de resistências.

A boca é espaço de consumo, na relação com o mercado, onde não faltam atrativos: cheiros, imagens, lugares, tempos e pessoas. Muito pode ser consumido pela boca, não só pela alimentação, mas também pela bucalidade do erotismo e pela bucalidade da comunicação. Esta boca de consumo pode ter prazer, mas é boca de suplício e de lamento para os desdentados, famintos, pobres, excluídos, de rua, prostitutas, presidiários, idosos. Bocas que não têm o que consumir, ou que consomem os restos do que é consumido por quem detém o poder de acumulação das riquezas. *Boca social* que pode reagir diante de um sistema que oprime. Idosos que vivem, nesta investigação, uma sociedade como agentes e pacientes, produzindo e construindo-se como sujeitos sociais.

1.3 Encontrando a justificativa

A revolução dos mutilados é uma história. Ela narra a trajetória de um grupo de velhos desdentados que resolveu fazer uma revolução. Ou concordou em fazer uma revolução. Ou concordou em participar de alguma coisa que poderia ser uma revolução, até porque, até ali, para eles, revolução se contrapunha a tudo o que tinham aprendido sobre como levar a vida.

Revolução, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Caldas Aulette⁶, é conceituada como ação ou efeito de revolucionar-se; revolta; sublevação; transformação das instituições de um país ou Estado; alteração ou mudança violenta na política de um país ou nacionalidade; perturbação moral; indignação; agitação; sistema de opiniões hostis ao passado e pelas quais se procura uma nova ordem de coisas, um futuro melhor; desvio no modo de considerar os assuntos relativos a um ramo qualquer do pensamento humano; perfilhamento de idéias novas e destoantes das que existiam num dado momento.

Para um grupo de idosos pobres, de pouca ou nenhuma escolaridade e desdentados, o que poderá significar essa palavra? Sublevar-se em relação à opinião de que velhos devem ser bem comportados vovozinhos? Indignar-se e agitar para o despertar de opiniões hostis ao passado e procurar uma nova ordem de coisas, um futuro melhor? Um desvio no modo de considerar os assuntos relativos à saúde bucal e um perfilhamento a idéias novas, destoantes das que existiam aqui, em relação à prática da odontologia e a seus comportamentos como idosos?

A boca *gaveta* é a própria imagem do modelo hegemônico em odontologia, mas sou levado a pensar e concordar que em algum momento estes idosos foram *aliciados* para uma revolução, participando de um grupo com a perspectiva de uma boca nova, que é *guardável* numa gaveta, substituindo o simbolismo da não-integralidade e da não-resolubilidade pela imagem objetiva do que é removível, substituível ou provisório. A dentadura artificial, consumo de bocas que foram consumidas, é o próprio contraponto das dimensões políticas da bucalidade.

Então, esta revolução que relato neste trabalho não se fez, ao contrário do que se poderia esperar de um grupo em desenvolvimento de um processo de criticidade, diretamente contra a Odontologia, conjunto de saberes que falhou como ciência da saúde e que arrancou das pessoas daquele grupo a possibilidade delas viverem e morrerem inteiras. Não sei se um grupo de velhinhos pobres conseguiria transformar a Odontologia, protegida por argumentos baseados em comprovações cartesianas, trabalhando com profissionais formados para o mercado de consumo da boca, desconhecedores do que seja atendimento integral e participação da comunidade e buscando uma qualidade medida por parâmetros cirúrgico-restauradores. Penso até que os idosos, educados de acordo com a ideologia dominante, nem se dêem conta de que o sistema é excludente e de baixa qualidade e culpem a eles mesmos por

não terem mais dentes, simplesmente reproduzindo as premissas do modelo hegemônico, no qual as dimensões mastigatória, erótica e de comunicação exercidas pela boca nem são consideradas por sua visão estática de mundo, que separa a boca do restante do corpo.

Ao contrário, a revolução dos velhinhos foi feita para transformar o saber e os hábitos de outras pessoas, que ainda têm dentes, para que, ao largo da estreiteza do modelo de prática profissional incoerente e injusto, se demonstre o valor da ação solidária e comprometida, educando sem culpar, responsabilizando pela criação de uma consciência crítica.

No dizer de Scliar⁷,

a história das profissões de saúde é uma história de vozes. As vozes misteriosas do corpo: o sopro, o sibilo, o burburinho, a crepitação, o estridor. As vozes inarticuladas do paciente: o gemido, o grito, o estertor. As vozes articuladas do paciente: a queixa, o relato da doença, as perguntas inquietas. A voz articulada do profissional: a história, o exame clínico e sua interpretação.

Mas não são apenas estas vozes a compor o cenário da comunicação na área da saúde. Há que se escutar outras: as das pessoas com dificuldade de acesso à assistência, as dos excluídos do e pelo sistema, as das instâncias de controle social, as das corporações, as de quem lida com saúde coletiva.

Os idosos que compuseram o grupo tiveram direito a voz, e eu o dever de tentar compreendê-la e interpretá-la à luz dos autores que discorrem não apenas sobre capacitação de grupos de idosos e dos que escrevem sobre as práticas em saúde bucal mas, principalmente, daqueles que pesquisam a inserção do ser humano com mais tempo de vida no modo capitalista de produção e repartição de riquezas.

1.4 A narrativa gera um produto?

A narrativa da capacitação de um grupo de idosos para trabalho em saúde bucal gera um produto? Qual produto? O conhecimento de minha experiência como investigador naquele grupo. Minha pesquisa, relatada na primeira pessoa através de um processo narrativo, então, deve gerar um produto. A compreensão da capacitação relatada é este produto? Se for, servirá

para quê? Se servir para a reprodução da capacitação para outros grupos de idosos, é reprodutível e, portanto, passível de pesquisa de base positivista? Se for, a pesquisa positivista produzirá o produto “compreensão” do fenômeno?

O grupo que capacitei é único e sua capacitação não poderá ser reproduzida naquele grupo. Ele já estará capacitado. A experiência não poderá, portanto, ser reproduzida. Por ser único, próprio para mim e para o grupo específico, ele e eu nos apropriamos do processo. Contá-lo é minha tarefa como pesquisador, porque o vivi e desejo compartilhá-lo. Narrá-lo na primeira pessoa é minha tentativa de buscar a compreensão do leitor a respeito deste processo específico, com a pretensão de contribuir para o estudo da capacidade de idosos reaprenderem a aprender.

1.5 Procurando um grupo

Segundo Azevedo e Souza⁸, os idosos constituem um grupo social, biológico e psicológico característico, para o qual as situações didáticas precisam considerar suas metas motivacionais.

Segundo Tapia⁹, as metas das pessoas que constituem um grupo podem orientar-se para a aprendizagem, a partir de necessidades como autonomia e controle pessoal, aceitação, desejo de aprender e experimentar competência, desejo de aprender o que seja relevante e útil e desejo de poder ajudar outras. Podem também advir de uma orientação para resultados, como desejo de êxito e reconhecimento, de obter recompensas. Entre esses dois eixos estaria uma orientação advinda do desejo de ser aceito por amigos e poder estar com eles, participar do grupo.

Tamayo et al.¹⁰ levam em consideração que as tendências motivacionais são deduzidas a partir das necessidades biológicas do organismo, necessidades sociais relativas à regulação das interações interpessoais e necessidades referentes à sobrevivência dos grupos.

A satisfação destas necessidades acontece através de formas específicas definidas pela cultura. O desenvolvimento cognitivo e a socialização desempenham um papel importante

neste processo. Por intermédio do primeiro, o indivíduo capacita-se para representar conscientemente essas necessidades como metas a serem atingidas. Através da socialização, aprende as maneiras culturalmente apropriadas para comunicar com os outros ao nível dessas metas¹⁰.

As prioridades axiológicas do indivíduo expressam, além das suas motivações, as suas concepções daquilo que é bom para ele próprio e para a sociedade. Neste sentido, os valores possuem diversas funções importantes que são relevantes para as opções do indivíduo e para a compreensão do seu comportamento¹⁰.

Buscando entender as características de um grupo de idosos, considerando suas metas motivacionais, fiz uma aproximação com o Grupo de 3ª Idade Nossa Senhora de Fátima, cujas reuniões aconteciam nas segundas-feiras à tarde no Centro de Extensão Vila Fátima, da PUCRS. Dadas as dificuldades de horário e de objetivos do grupo, passei a pensar sobre a possibilidade de formar um grupo específico para uma pesquisa. Conversei com a Assistente Social do Centro e combinamos que faríamos uma tentativa nas quintas-feiras à tarde. Ela convidou os interessados e fizemos a primeira reunião. Para minha surpresa, dada a inconsistência de uma proposta que hoje percebo pouco atrativa, compareceram oito idosos. Sete desdentados totais e um com os últimos dentes a extrair. Nenhuma ilusão com relação à sua presença neste grupo: ficou claro, desde o primeiro momento, que eles tinham comparecido para verificar a possibilidade de que eu facilitasse a obtenção de próteses, que entendi, por suas manifestações, presentes intensamente nos seus sonhos e imaginário.

Conversamos, expus meus objetivos e dificuldades e obtive do grupo uma proposta: eles queriam ser capacitados como multiplicadores em saúde bucal, para poderem, como grupo, percorrerem creches e escolas para reforçar conteúdos sobre saúde com as crianças, porque não concordavam que crescessem como eles cresceram, sem informações e pacientes de um sistema de saúde mutilador, e eu poderia descrever este processo como base de minha pesquisa. Ao mesmo tempo, eu envidaria esforços para confeccionar suas dentaduras ou o tratamento clínico necessário.

Tratando da minha parte, providenciei, junto à Faculdade de Odontologia, que a Disciplina de Prótese Total os acolhesse e as exodontias da que disso tinha necessidade fossem feitas no Ambulatório Odontológico do Centro de Extensão.

Desta forma, ao se formar o grupo, ficaram muito claras as metas motivacionais das pessoas que o compunham. A oportunidade de acessarem serviços protéticos, o alívio de dores, a possibilidade de resgatarem a estética e as relações com outras pessoas, de ainda buscarem oportunidades de trabalho ou de reconhecimento.

1.6 Uma proposta objetiva

Este trabalho acompanha a trajetória de um grupo de idosos, que tomou o nome de Grupo Sorria, em sua aquisição de conhecimentos sobre saúde, comunicação e solidariedade, no que estou denominando “A revolução dos mutilados”.

A capacitação desse grupo deu-se em reuniões, coordenadas por acadêmicos de Odontologia e de Serviço Social, que visaram permitir que os idosos conhecessem as formas de aquisição e perpetuação das doenças e agravos considerados como problemas de saúde bucal coletiva, realizassem aconselhamento sobre hábitos saudáveis e, especificamente, sobre dieta cariogênica, bem como higienização dos dentes de forma supervisionada.

Especificamente, enfoquei as relações e a inserção do idoso na saúde bucal, neste texto entendida como abstração, cujo território é delimitado pelas ações e limites da Odontologia, mas que existe na totalidade do sujeito cuja boca faz parte da mercadoria com que se posiciona na estrutura do modo capitalista de produção de riquezas, descrevendo, buscando compreender e interpretando seu discurso e sua prática, em contraponto à passividade do idoso com relação à prática em Odontologia, que só fez mutilá-lo. Foi, portanto, uma revolução no ensino sobre saúde bucal. A revolução dos mutilados. Velhos que não têm mais dentes aprendendo para ensinar crianças com os dentes a cuidá-los para que o sistema não faça com estas o que fez com aqueles.

A possibilidade de trazer para uma discussão de cunho acadêmico a atuação de idosos na construção da saúde bucal coletiva foi uma das motivações para elaborar este trabalho.

Pela importância de seu papel e pelo fato de ser uma contribuição inovadora no cenário da saúde, julguei importante focar sua prática, tendo como **objetivo geral** narrar o processo da capacitação e do fazer desse grupo, realizando uma leitura interpretativa da sensibilização dos idosos do Grupo Sorria para intervir em educação e promoção em saúde, com ênfase na abordagem em relação a autocuidado, dieta e higiene bucal e como **objetivo específico** propiciar a reflexão, ao longo da narrativa, buscando compreender e analisar:

- nos limites da saúde da boca, o processo ideológico de uma premissa empírica: pessoas idosas humildes, algumas analfabetas, podem ser educadoras;
- a *boca social* de um grupo de idosos;
- as formas que os idosos utilizaram para desenvolver temas como as formas de aquisição e perpetuação das doenças e agravos considerados como problemas de saúde bucal coletiva, aconselhamento sobre hábitos saudáveis e, especificamente, sobre dieta cariogênica, bem como higienização dos dentes de forma supervisionada.
- as relações e a inserção do idoso na abstração *saúde bucal* como mercadoria com que se posiciona na estrutura do modo capitalista de produção de riquezas;
- o trabalho de velhos que não têm mais dentes ensinando crianças com dentes;

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“A própria natureza do humano é justamente o subjetivo, o sensível, o afetivo, o valorativo, o opinativo. Como transformá-lo em objetividade, sem destruir sua principal característica, a subjetividade?”

Chauí (1997)

2.1 Caracterização do estudo

A revolução dos mutilados: a história dos idosos que se propuseram a aprender para ensinar crianças sobre saúde bucal é um Estudo de Caso que se desenvolve a partir de uma abordagem qualitativa, com enfoque compreensivo e explicativo, tendo como base a observação participante, resultando em um relatório de pesquisa apresentado como informe escrito na primeira pessoa do singular.

2.2 Critério de inclusão

Oito idosos, sete mulheres e um homem, com idades entre 67 e 80 anos, residentes na Vila Nossa Senhora de Fátima, na área territorial do Centro de Extensão Vila Fátima, da PUCRS, que constituíram o grupo Sorria.

2.3 Descrição do guia de capacitação

Segundo Vasconcellos¹¹,

a ação educativa desenvolvida e os meios utilizados (metodologia, técnicas, conteúdos, relacionamentos) podem ajudar as pessoas a irem se libertando de tudo que as escraviza interior e exteriormente, mas pode também ser de natureza tal que mantenha as pessoas e os grupos em situação de dependência, manipulando-os como objetos e sujeitando-os às estruturas injustas. Deixa de ser educação para converter-se em instrumento de dominação, de domesticação, responsável pela formação de homens e mulheres acomodados e alienados.

De acordo com Vasconcellos¹¹, para que o conhecimento seja construído, o sujeito do processo precisa recorrer à sua estrutura de assimilação, representações mentais prévias relativas ao objeto e à capacidade de operar estas representações, no sentido de poder transformá-las e recriá-las, ou seja, conhecimentos anteriores que constituam uma rede pela qual seguir na construção do novo, decompondo-o e adaptando-o, através de aproximações sucessivas, aos esquemas mentais já existentes, claros o bastante para poderem ser expressos por alguma forma de linguagem, forma concreta das sínteses elaboradas (critérios de construção do conhecimento)¹¹. Além disto, é necessário sentir necessidade, ou seja, há que haver o que, no entender de Tapia⁹, seriam metas motivacionais.

Assim, busquei possibilitar o encontro entre o velho pobre e desdentado e a saúde bucal, relação na qual o mutilado conflitua com o prevenir, o concreto e o abstrato debatendo-se na reconstrução do conhecimento (critérios de construção do conhecimento)¹¹ do idoso a respeito dos porquês de sua boca apresentar-se como está e como agir para que outras pessoas não percam seus dentes.

A apropriação significativa, crítica e criativa (critérios de construção do conhecimento)¹¹, por um grupo de idosos, de parte do conhecimento acumulado em saúde bucal, de tal forma que possa servir como instrumento de construção da cidadania e de transformação da realidade, é uma meta desafiadora, que requer um referencial teórico que oriente o desenvolvimento da prática articulada à realidade¹¹, para melhor entendimento de como os idosos aprendem ou, melhor, de como reaprendem a aprender.

Com o grupo Sorria, as ações para aquisição do conhecimento levaram em consideração as metas motivacionais e os ritmos individuais, utilizando a sistematização dos assuntos sobre saúde bucal como mediação e ajuda para a proposta de entendimento dos desafios das realidades vividas pelos idosos.

A capacitação descrita a seguir incorpora aquelas sugeridas por Fajardo¹², embora, na prática, tenha sido previsto que algumas seqüências e forma de tratamento dos conteúdos deveriam ser modificados, uma vez que a autora trabalhou com a capacitação de agentes comunitários de saúde, cujos objetivos de aprendizado diziam respeito a um aprofundamento de questões referentes a serviço.

Segundo esta autora, é importante a interação entre educando e educador de maneira contínua, visando propiciar a ambos a oportunidade de compartilhar e vivenciar alternativas e dilemas próprios da vida. Os conteúdos em saúde bucal foram trabalhados em conjunto com outros saberes do campo da saúde, contemplando trabalhos em grupo com revezamento de função dos participantes, para possibilitar o intercâmbio de vivências e alternância de papéis.

A proposta de capacitação em saúde bucal buscou resgatar o conhecimento próprio que já possuíam em relação à realidade da comunidade, pretendendo privilegiar o intercâmbio entre o saber científico e o popular.

A metodologia proposta compôs-se da realização de encontros para percepção de seu conhecimento a respeito de saúde bucal e discussão dos saberes apresentados nas oficinas e consolidação de novos conhecimentos.

O total foi de seis turnos de aproximadamente quatro horas cada um para desenvolvimento da proposta, além de dois para planejamento e preparo de conteúdo e material, resultando em oito turnos de trabalho.

Além de espaço físico adequado, o material necessário foi constituído por rolos de papel pardo, canetas coloridas, revistas, tubos de cola, tesouras, odontoscópios, abaixadores de língua, fardos de papel-toalha, luvas descartáveis, espelhos de mão e folhas ofício, além de equipamento audiovisual.

A proposta de desenvolvimento das atividades de educação em saúde bucal contemplou principalmente as seguintes etapas e conteúdos, interligados entre si:

- 1) apresentação do capacitador e dos participantes, bem como sua motivação para realizar esse trabalho;
- 2) sensibilização para participar do processo de capacitação em saúde bucal;
- 3) conhecimento prévio sobre os problemas em saúde bucal coletiva: causas, prevenção e controle;
- 4) métodos de auto-cuidado;
- 5) possibilidades de intervenção na realidade local.

A partir do segundo encontro, no primeiro momento da atividade os idosos foram estimulados a resgatar os conceitos anteriormente trabalhados, o mesmo sendo feito também ao final de cada reunião, privilegiando o nível de comunicação alcançado entre o grupo.

Da mesma forma, os idosos descreveram brevemente o que conheciam a respeito do conceito a ser trabalhado em cada turno de capacitação. Busquei resgatar essa contribuição e vinculá-la ao conteúdo trabalhado.

Sempre que possível, o grupo de idosos produziu material educativo, levando em conta suas possibilidades e a população com a qual trabalharão, tentando reforçar o conceito de educação como troca de saberes e não repasse de informações apenas, caracterizando um processo dialógico.

Os tópicos abordados contemplaram doenças e agravos considerados como problemas em saúde bucal coletiva: cárie dentária, doença periodontal, câncer bucal, fendas bucais, fluorose e traumatismos dentofaciais, sempre tentando relacionar suas causas, conseqüências, prevenção e alternativas reabilitadoras com o estado geral de saúde da pessoa, a relação com o ambiente e os fatores socioeconômicos que os determinam.

Como processo educativo, essa proposta pôde e foi readequada a cada realidade e momento de implementação.

2.4 A opção pelo Estudo de Caso

“O território das tecnologias leves, das relações, é o lugar estratégico de mudanças no modo de produzir saúde”.

Merhy (1998)

De acordo com Ceccim e Capozzolo¹³, construiu-se, ao longo de uma trajetória de racionalidade científica, uma especialização corporativista, uma associação da saúde com a mecânica e uma mensuração de gradientes de saúde e de doença através de modelos matemáticos, ficando excluídas as artes, as letras e a sensibilidade dos encontros humanos,

inscritas no campo de cenários de produção de saúde, através da criação de tecnologias leves. Disto resulta, tanto na parte privada quanto na estatal do sistema de saúde brasileiro, uma dificuldade de percepção de dimensões relacionadas à subjetividade dos usuários, pela falta de recursos tecnológicos para a escuta.

Escolhi realizar um Estudo de Caso pelo seu potencial de contribuição na compreensão dos fenômenos individuais, sociais e políticos, cuja intervenção não apresenta um conjunto simples de resultados. Segundo Yin¹⁴, um referencial desta natureza assume relevância por constituir uma estratégia de pesquisa de constatações empíricas.

Além disso, o Estudo de Caso proporciona ao investigador estímulo a novas descobertas também em relação a algum evento ou entidade que é menos definido do que um indivíduo, como, no caso desta pesquisa, um grupo de idosos.

Para Yin¹⁴, esta é uma forma de se fazer pesquisa empírica, de investigar fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto de vida real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas, onde se utilizam múltiplas fontes de evidência.

Este estudo trata de um caso único, de natureza crítica, no qual parti de uma descrição de duas constatações empíricas: a) pessoas humildes, algumas analfabetas, podem ser educadoras; b) se a experiência delas for contada, pode contribuir para que outros grupos possam agir de maneira similar, configurando a problemática investigada, o que possibilitou percorrer um caminho rumo ao desenvolvimento da base teórica necessária, ampliada até a finalização da pesquisa.

O estudo de caso proposto, além de auxiliar na definição da pesquisa e na coleta de dados, permitiu generalização analítica, significando uma construção teórica a partir dos resultados encontrados.

2.5 Passos metodológicos

Segundo Yin¹⁴, o Estudo de Caso busca contemplar elementos básicos:

- a) Questões principais do estudo: constatação a respeito dos estereótipos sobre a velhice e as premissas empíricas de que pessoas idosas humildes, algumas analfabetas, podem ser educadoras e que, se a experiência delas for contada, pode contribuir para que outros grupos possam agir de maneira similar;
- b) Proposições: dizem respeito ao que será examinado, à decisão de onde procurar achados relevantes e à definição dos critérios pelos quais o sucesso da investigação será analisado - o processo da capacitação e do fazer dos idosos do Grupo Sorria para intervir em educação e promoção em saúde e propiciar a reflexão sobre o processo ideológico da *boca social* de um grupo de idosos, sobre as formas que os idosos utilizaram para desenvolver temas considerados como problemas de saúde bucal coletiva, sobre as relações e a inserção do idoso na abstração *saúde bucal* como mercadoria e sobre o trabalho de velhos que não têm mais dentes ensinando crianças com dentes;
- c) Unidades de análise: estão relacionadas com a definição do que o caso é e, no presente estudo, foram constituídas a partir da vivência do processo de capacitação de um grupo de idosos. A definição das unidades de análise está ligada à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas e que resultaram, neste informe, nos títulos *Um nome para nós; Razões para a participação; Dentadura ou dinheiro para comprar comida?; A assistência odontológica; Conhecimentos sobre os problemas em saúde bucal coletiva; A saúde bucal em ato de produção e consumo: a fronteira entre razão e desejo; A saúde bucal do idoso; A produção de material educativo e O Grupo Sorria como educador;*
- d) Lógica que une os dados às proposições e critérios para interpretar as descobertas (consistência, coerência), relacionando-se as informações obtidas com as proposições estabelecidas. Com relação aos critérios para interpretação dos dados, as análises e inferências, em Estudos de Caso, são feitas por analogia de situações e buscam responder às questões inicialmente formuladas.

Ao desenvolver estes componentes, como investigador construí uma maneira objetiva e habilitada para orientar-me durante o processo de realização do estudo, dando direção para a definição dos dados a serem coletados e estratégias para a análise, possibilitando fazer contribuições/generalizações.

Estes passos básicos permearam:

- Orientação e preparação
- Redação do estudo de caso
- Coleta de documentos e registros
- Elaboração de protocolo

O protocolo indicou os procedimentos, os instrumentos e as regras gerais que foram seguidas na aplicação e no uso dos instrumentos e constituiu tática para aumentar a fidedignidade da pesquisa. Segundo Yin¹⁴, um protocolo deve conter:

- uma visão geral do projeto do estudo de caso - objetivos, ajudas, as questões do estudo de caso e as leituras relevantes sobre os tópicos a serem investigados;
- os procedimentos de campo;
- as questões que tive em mente na coleta de dados, as fontes de informação, os formulários para o registro dos dados e as potenciais fontes de informação para cada questão;
- um guia para o relatório do Estudo do Caso.

Isto facilitou a coleta de dados, possibilitando que ela ocorresse dentro de formatos apropriados, reduzindo a necessidade de retornar às pessoas envolvidas.

2.6 Análise dos achados no estudo de caso

No presente Estudo de Caso obtive achados a partir da observação participante, das atas de reuniões e artefatos físicos.

A análise de achados é um dos menos desenvolvidos e um dos mais difíceis passos na condução de um Estudo de Caso. Muitas vezes, um investigador inicia um estudo de caso sem

uma visão muito clara dos achados a serem analisados e pode sentir dificuldades para realizar este passo, que Yin¹⁴ aponta como necessário se ter uma estratégia geral para a análise.

2.6.1 Estratégias Gerais

O autor apresenta duas estratégias para a análise dos achados:

Confiança nas Proposições Teóricas - Segui as proposições teóricas estabelecidas no início do Estudo de Caso, uma vez que os objetivos foram estabelecidos com base nas proposições que refletem as questões da pesquisa, a revisão da literatura e novos *insights*.

As proposições me ajudaram a manter o foco e a estabelecer critérios para selecionar os dados. Ajudaram também a organizar o caso e a analisar explicações alternativas.

Desenvolvimento da Descrição do Caso - Constituiu-se na elaboração de um esquema descritivo para organizar o Estudo de Caso e como um padrão geral de complexidade para ajudar a explicar.

Considero que fiz uma opção que em termos científicos não é convencional ao não especificar e descrever cada um dos oito encontros. Sempre foi intenção apanhar e narrar o todo do processo. Descrevendo cada encontro, seguiria uma seqüência talvez mais lógica e provável para quem analisa um trabalho científico, mas que talvez prejudicasse a apreensão do todo.

2.7 A observação participante

De acordo com Mercado-Martinez e Bosi¹⁵, o desenho de uma pesquisa pode ser entendido como a seleção das opções que permitem a obtenção, análise e, no caso desta investigação, a interpretação dos dados obtidos não em função de manifestações individuais, mas levando em consideração o comportamento de um grupo frente a uma proposta. Dizem estes autores que nenhum desenho pode ser considerado melhor que outros, uma vez que devem ser construídos pelo contexto de cada pesquisa em particular, e a utilização de uma

estratégia discursiva pode ser uma opção de investigadores procedentes da sociologia, ou com motivações de natureza social ou política.

A opção pela observação participante significou para mim, dentre outras estratégias, a possibilidade de, conforme os autores acima, diluir a visão dominante que confere superioridade à abordagem técnico-científica, reconhecendo, no grupo de idosos com que trabalhei, a importância de suas percepções, opções, opiniões, significados, experiências e práticas, sem preconceitos como ignorância e limitações, observações que não teriam condições de serem feitas através de questionários ou entrevistas, mas somente participando e colocando-me no processo, trazendo, nesta condição de sujeito, minhas crenças e valores para serem trocados no interior do grupo.

2.8 O informe qualitativo escrito na primeira pessoa do singular

Creio importante a referência de Mercado-Martínez e Bosi¹⁵ em relação à conceituação de pesquisa qualitativa, preferindo o emprego do termo *informação qualitativa*, para aqueles trabalhos que não encontram expressão em números, uma vez que retratam uma dimensão subjetiva, designando emoções, vivências, sentimentos, crenças e percepções. Designam, assim, estudos discursivos que se referem a objetos que não admitem uma resposta em termos de valores numéricos, razões, proporções ou frequências de distribuição, resultantes, como no caso desta investigação, da observação participante, mas que consiste em um modo de fazer ciência, congregando uma série de implicações sociais, políticas e éticas.

A narrativa, como forma de descrição científica de um estudo, implica uma atitude de reflexão e um método onde há a construção explicativa do que está se passando, seguindo o ponto de vista de quem está vivendo a situação concreta. Há, portanto, um centro na utilização do método: a subjetividade, entendida como cientificidade, satisfação à idéia de ciência, retorno às coisas, ao mundo vivido, à unidade do sentido, no sujeito. Trata-se, aqui, do relato da capacitação do grupo Sorria, através de uma forma de narrativa que leva em consideração as manifestações dos idosos do grupo, gravadas nas reuniões de capacitação, e depois transcritas.

De acordo com Abma¹⁶, muitas pesquisas qualitativas têm experimentado formas alternativas de apresentação para trabalhos científicos: formas literárias incluindo poesia, biografias e autobiografias, testemunhos, etnodramas e ficção. Exemplos de formas não-literárias incluem fotos, vídeo, música, teatro e dança.

Assim, pesquisas qualitativas na área da saúde podem ser desenhadas para explorar estas novas formas de apresentação para seus achados científicos, uma vez que, diferentemente do tipo de argumentação comum na pesquisa de base quantitativa, elas visam retratar a essência dos fenômenos, no que tange a formas de linguagem, meios de produção do conhecimento e, principalmente, à questão do poder. Dados da pesquisa, sua análise e discussão, são apresentados de tal forma que sejam reflexo de como o pesquisador os entende e sua expressão significará a maneira como ele pensa que pode melhor se fazer compreender, envolvendo relações entre linguagem, poder e modo de produção do conhecimento, a partir do ponto de vista de que o conhecimento não é um espelho do mundo externo, mas a construção deste mundo, em um processo que não é neutro, mas sócio-político, no qual o poder para estabelecer o modo dominante é crucial. A realidade é considerada um processo ativo do modo de construção do conhecimento através de interações sociais.

O processo é, deste modo, relacional e social e o poder, definido em termos da possibilidade de influenciar o processo do modo de produção do conhecimento e não distribuído igualmente na nossa sociedade representa um papel inevitável sobre ele. As experiências e perspectivas de algumas pessoas serão prevalentes e poderão dominar no processo, adquirindo um status de incontestáveis¹⁵.

Segundo Zeller¹⁷, dois pressupostos são fundamentais no informe de caso: o primeiro é que o principal objetivo é criar compreensão e novos sentidos. O segundo é que, diferentemente de um informe técnico, deve ser um produto em vez de um registro da investigação.

A eleição do informe de caso em vez de um artigo científico dividido estereotipadamente em quatro partes indica também uma opção por não adotar seu estilo de redação.

Nos estudos de caso é mais apropriado, segundo a autora, um estilo de redação informal, narrativo e com citações textuais, ilustrações e até alusões ou metáforas que um estilo de informe técnico. Há um benefício duplo se for construído como narrativa de caso: pode-se descrever claramente a própria interação e pode ser utilizado o informe de caso para descrever ou demonstrar toda a gama de influências mútuas que se encontram presentes no caso. Há ainda o benefício de descrever, na narrativa de caso, as posições de valor do investigador, a teoria fundamental, o paradigma metodológico e os valores contextuais locais¹³.

Ainda segundo Zeller¹⁷, a narrativa emerge, ela mesma, como um produto do estudo de caso. Mais que na narração objetiva de experiências, se converte em um filtro narrativo através do qual se modela a experiência e se lhe dá sentido.

Segundo Coltro¹⁸, a finalidade de uma pesquisa não pode ser simplesmente acumular fatos do mundo existencial, mas compreendê-los, uma vez que o que percebemos não devem ser apenas os fatos em si mesmos, mas os seus significados. Esta compreensão dar-se-á pela observação e pelo exame do fenômeno, provido de uma indagação significativa referente à fundamentação da vida social tal qual ela se apresenta na cotidianidade.

Qualquer construção científica é resultante da atividade do ser humano de buscar conhecer com maior certeza o mundo, a sociedade que vive ou a humanidade que existe nele, envolvendo significativas dificuldades metodológicas. Nestes termos, a metodologia, na pesquisa cientificamente embasada, tem como objetivo ajudar a compreensão, não dos produtos da pesquisa, mas do processo de construção do conhecimento¹⁸.

A vida humana é de difícil mensuração e quantificação, mas apropriada para ser analisada pelos métodos e procedimentos da pesquisa qualitativa, que tem como foco penetrar seu significado, utilizando-se de procedimentos que levam a uma compreensão por meio de relatos descritivos das ações sociais, valorando o objeto da investigação e recusando os mitos da neutralidade e da objetividade¹⁸.

Tal postura para compreender questionando os fundamentos ultrapassa a relação de sujeito-objeto, porque o ser humano não é objeto e, portanto, passa a ser uma relação de sujeito-sujeito. Em uma relação assim compreendida, o pesquisador é obrigado a assumir plenamente a vontade e a intencionalidade de rever seus próprios valores, que serão

confrontados com os valores do outro sujeito¹⁸, nesta pesquisa entendido como o Grupo Sorria.

No método adotado no presente estudo a validação da prova científica foi buscada no processo lógico da interpretação e na capacidade de reflexão do pesquisador sobre a compreensão voltada para os significados do perceber e do relatar pelo próprio sujeito que percebe, no confronto das visões de mundo, de crenças, de valores. Apresenta-se, assim, como método de natureza exploratória, já que é interpretação aberta a outras interpretações¹⁸.

2.9 Guia da narrativa da capacitação

De modo simplificado, pode-se dizer que esta análise se desenvolve de acordo com as seguintes etapas¹⁷

- Reunião e discussão de dados do vivido, fixado em sucessivos registros/relatos;
- Análise/constituição de uma interpretação desses relatos do vivido;

Nova compreensão, que se concretiza em uma nova proposta, repetindo-se o círculo.

2.10 Instrumentos e forma de coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu no transcorrer das reuniões, com anotações sobre as manifestações orais dos participantes. Estas anotações foram completadas pela transcrição de fitas de gravação. Optei por não realizar entrevistas porque descrevo as manifestações do grupo, coisas que foram compartilhadas, sem detalhamento das expressões individuais, que não poderiam ser divididas.

Anotei as manifestações do grupo, busquei compreendê-las e expressei a interpretação/explicação de autores sobre elas.

Com referência à observação participante, os dados foram registrados utilizando o proposto por Taylor e Bogdan¹⁹, por meio de notas de campo - referentes aos acontecimentos,

anotando também os comentários e as citações de partes do discurso dos participantes (literais ou resumidas), incluindo o que não foi compreendido e o que surpreendeu.

As notas de campo, aos poucos, foram se transformando em descrições acompanhadas de comentários analíticos a partir da interpretação de fatos e comportamentos, que constituíram os focos para as discussões teóricas e reflexões. Incluíram a minha descrição de acontecimentos, conversações, ações, sentimentos, dúvidas e certezas provisórias. Os comentários referiram-se também a registros de idéias e interpretações emergentes de gestos, comunicações não verbais, tom de voz e velocidade dos discursos dos participantes.

Como principais elementos estruturantes das observações foram considerados os propostos por Wittrock²⁰:

- O conteúdo - descrevendo a experiência associada à identificação de antecedentes históricos e ambiente social,
 - reformulando hipóteses pelas descobertas ocorridas no decurso do trabalho e por meio de inferência e compreensão do conhecimento sócio-cultural dos participantes,
 - pequenas narrações com citações, pequenas histórias,
 - discussão teórica, reinterpretando o sentido do apreendido;
- Os âmbitos de interesse - fase narrativo-descritiva, incluindo informações sinópticas e afirmações empíricas;
- Descrição de episódios interativos durante a observação;
- Elaboração e análise de resumos à luz das notas de campo;
- Atenção às orientações teóricas;
- Interpretação - na narração sobre a realidade observada foram incluídos comentários interpretativos do observador, reconstruindo a situação mais ampla e o contexto, transformando os dados descritivos de elementos significativos em marco teórico explicativo.

Constaram registros sobre a reconstrução do processo de aprendizagem tanto individual como do grupo a partir da explicitação dos propósitos do estudo, das produções, reflexões e declarações.

Durante a capacitação, o grupo produziu material didático, convivendo com uma exploração pedagógica crítico-criativa de recursos tecnológicos estereotipados.

2.11 Análise de Dados e Interpretação de resultados

Os registros da observação participante foram analisados utilizando-se análise de conteúdo de natureza qualitativa com base em Haguette²¹:

- leituras sucessivas dos dados, reunindo as notas do campo e outros materiais;
- rastreamento de pistas emergentes, registrando o que pareceu importante durante a leitura e a reflexão sobre os dados;
- desenvolvimento de conceitos e proposições teóricas, passando da descrição à interpretação e à teoria, inclusive utilizando palavras e frases do próprio vocabulário dos componentes do grupo que representassem o sentido do que diziam e faziam;
- leituras do material bibliográfico que ajudaram na interpretação dos dados;
- desenvolvimento das interpretações dos dados;

Em um determinado período de tempo, no Centro de Extensão Vila Fátima, um grupo de sujeitos nos debruçamos sobre um objeto de conhecimento. Nossas atenções, sentimentos, pensamentos e fazeres estão descritos no capítulo que se segue.

3 DESCRREVENDO, REVISANDO A LITERATURA E INTERPRETANDO O RELATO DO VIVIDO

Ao iniciar o relato das reuniões do grupo Sorria, considero importante citar que ordenei as manifestações dos idosos em relação aos seus interesses de participação e aos conhecimentos atuais sobre saúde bucal não na ordem cronológica em que ocorreram, mas de forma a facilitar a leitura e a apreensão do todo. Era interesse, desde o início, considerar o grupo como um todo, ressaltando sempre o coletivo e construindo uma discussão com diversos autores.

3.1 Um nome para nós

As primeiras manifestações sugeriram uma sensação de utilidade, porque a sociedade limita as oportunidades de ação dos idosos. Ali, naquele grupo, eles sentiam-se úteis pela oportunidade de colaborar com a saúde bucal de suas famílias e das crianças com que iriam trabalhar.

Assim, na discussão sobre qual seria o nome do nosso grupo, expressões como Grupo de Terceira Idade foram rejeitadas,

porque a gente participa de outros grupos e todos têm o mesmo nome, parece tudo a mesma coisa.

O nome que os participantes sugeriram, Sorria, segundo eles traduzia tudo o que desejavam integrando aquele grupo, ou seja, supria suas metas motivacionais. Idosos com dificuldades de acesso ao sistema de referenciamento para o nível de média complexidade do sistema de saúde brasileiro, enxergavam, com sua participação, a possibilidade de, finalmente, terem dentes.

Queriam dentes, um grupo que os satisfizesse e os mantivesse alegres, além de, como objetivo de seu aprendizado, fizesse sorrir às crianças com as quais trabalhariam.

Estas aspirações do Grupo Sorria, referentes ao território boca e às relações com o mundo, evidenciam o que, para Souza²², é o trilhar das subjetividades se produzindo e sendo produzidas nas marcas dos corpos dos sujeitos convivendo com o agravo, uma maneira de viver.

3.2 Razões para a participação

Mais razões, todas importantes, começaram a aparecer: fugir da solidão, buscar informações, fugir da depressão, buscar ajuda. No falar do grupo, anotei

o velho se sente muito sozinho, e a gente tem medo de ficar sozinho, de acontecer alguma coisa e não haver quem socorra a gente;

a gente não gosta de ficar sozinho porque gosta de conversar, de ensinar, de passar o que a gente sabe;

solidão é uma coisa muito triste, parece que a gente já morreu;

eu não sei ler e tomava o remédio errado, só fui descobrir quando uma senhora de um outro grupo leu a receita pra mim;

no grupo a gente vê que é tudo parecido na casa dos outros e daí a gente se ajuda.

Estas frases provocam sensações e merecem uma análise, no contexto atual do idoso em nossa sociedade.

O Brasil tem hoje aproximadamente 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade e a proporção demográfica indica um efeito direto nos indivíduos, nas famílias e nas comunidades, com implicações psicológicas, biológicas, econômicas, sociais e políticas, em uma sociedade hoje pouco compreensiva com a crise da transição pessoal para a velhice e que tolhe os possíveis espaços de amadurecimento do idoso²³.

Há uma visão ideologizada de que o idoso é uma pessoa que necessita de cuidado, e pouca referência ao idoso como aprendiz, como aluno, ou como cuidador, como educador, como pessoa que, pela experiência de vida, pode ser capaz de influir positivamente para que

sua família e a comunidade busquem melhor qualidade de vida, seja pelo desenvolvimento de capacidades de negociação, seja pela utilização de estratégias para superar obstáculos.

Na sociedade que estamos vivendo, os idosos têm, de uma forma geral, assumido um papel que configura um estereótipo de conformismo, de inutilidade para outra coisa “mais importante” (o trabalho fora de casa é endeusado como “mais importante” que as tarefas de casa, resultado, por um lado, do processo de participação na força produtiva e, por outro, das forças de persuasão a serviço da concentração de capital) ou uma relação de violência: “não serve para outra coisa” ou de violência invisibilizada, no sentido de preservação de uma imagem estereotipada de “avós bem comportados”²⁴. Dentro do estereótipo do vovô comportado inclui-se a violência da infantilização que pressupõe o sujeito idoso incapaz das decisões e não gerenciador de seus rumos e destinos. O “vovozinho” ou “vovozinha”, ao serem assim tratados, são usurpados de seu direito de conjugar verbos na primeira pessoa e em frases afirmativas. Tal prática se constitui em uma cínica estratégia de exclusão.

Porém, na medida em que necessita do cuidado que sua idade requer, o idoso pode oferecer em troca o cuidado representado por sua presença e experiência²⁵.

Assim, as informações dos idosos a respeito dos processos saúde/doença tornam-se fundamentais, no sentido de novos hábitos, tanto no que diz respeito aos aspectos de higiene, quanto no que se refere à busca da satisfação das aspirações e da qualidade da vida em geral, mesmo que esta possa ser afetada por estados de sua saúde ou por condições socioeconômicas e fatores do meio onde o idoso vive ou interage²⁶.

3.3 Dentadura ou dinheiro para comprar comida?

“Oitenta anos passados. Não tenho mais vista, nem ouvidos, nem dentes, nem pernas, nem fôlegos e, uma vez feitas as contas, a gente pode muito bem passar sem eles”.

Paul Claudel

Outra questão interessante, colocada nas reuniões, quando iniciamos o processo de entender os conhecimentos próprios do grupo, foi de que devemos cuidar dos dentes porque o preço das dentaduras é alto. Ressalta, para mim, algo que sinto permear a prevenção de doenças bucais em populações de baixa renda e escolaridade: o conformismo com a perda dentária, e a naturalidade com que essa perda é reparada por próteses. A reclamação não é pela perda dos dentes, mas pelo custo da prótese. Uma das componentes do grupo manifestou-se, a respeito, de uma forma que traduziu o pensamento de todos: tirar os dentes era de graça, mas comprar dentadura implicava em opções – ter comida ou ter dentes. No dizer de uma das participantes,

professor, fui ver o preço das chapas lá na Faculdade. Professor, eu até tenho o dinheiro para pagar. Mas o que é que adianta comprar os dentes e não ter dinheiro para comprar comida? Daí eu vou poder rir, mas não vou ter o que mastigar.

Ferreira et al.²⁷ comentam que a dor constitui uma anormalidade e a extração dentária faz retornar a normalidade, que conflitua com a anormalidade de não ter mais o dente. O retorno à normalidade se efetua com a colocação da prótese, que se constitui anormal por ser estranha à estrutura biológica bucal, mas é aceita como normal socialmente, ou seja, para o desempenho das dimensões da bucalidade.

O processo de envelhecimento é biológico, mas também deve ser encarado como sócio-histórico. Se, por um lado, ficar mais velho implica ter dentes que envelheceram ao longo da trajetória do mesmo corpo e sofrendo os mesmos agravos que o corpo sofreu, por outro, para a boca, ficar mais velho em sociedade tem significado diferente, porque ela reflete, conforme Almeida e Souza²⁸, as condições em que as pessoas se cuidaram e foram cuidadas.

As pessoas do Grupo Sorria eram idosos marcados, em suas feições, aparência geral, roupas, mãos, pés e bocas por anos de analfabetismo e baixa renda, consumidos pelo mundo do trabalho.

A discussão passa, neste momento, por uma verdade que vem à tona: a ideologia dominante expressa na cultura de acomodação e conformismo com a pobreza e à falta de acesso a serviços de saúde. Restaria às pessoas, conforme o tempo de suas vidas vai passando, concordarem com o alívio de suas dores através da mutilação. Este conformismo torna-se

aparente, se pensarmos que os resultados trazidos pelo Ministério da Saúde²⁹, na análise dos dados do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, em relação à autopercepção em saúde bucal, são de que 45,99% dos idosos percebem sua saúde como boa, 42,29% classificam a aparência de seus dentes e gengivas como boa; classificam como boa a sua mastigação 44,58%; 53,64% consideram boa sua fala, que não sofre a influência do estado dos dentes e gengivas; 62,53% entendem que a saúde bucal não afeta o relacionamento; em relação a quanto de dor sentiu nos últimos seis meses, 77,56% referiram que não sentiram nenhuma dor, poderemos argumentar sobre a importância dos dentes para as pessoas e questionar sobre se somente um grande mal-estar ou dor leva as pessoas a eliminar seus dentes, procurando alívio porque, segundo estes dados, tanto faz ter dentes ou não, ter próteses ou não.

Segundo Reis e Marcelo³⁰,

autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoa faz de suas experiências de saúde e estados precários de saúde no contexto da vida diária. Esse julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais. A percepção em saúde bucal está associada aos aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca e é influenciada por fatores sociais e econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo. Para muitas patologias, a necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, e também dos critérios de valor atribuídos à saúde perdida..

Segundo Souza³¹, o modelo de prática odontológica que reduz o conceito de *bucalidade*, que significa a beleza, a delicadeza, a voracidade e a potencialidade da boca no corpo humano, ou seja, a linguagem, a vida e o trabalho que se cruzam no entendimento do território *boca*, conceito de materialidade e projeção sociopsíquica, faz emergir os efeitos dessa restrição, sobretudo na naturalização da perda dentária e na ênfase ao protésismo. O *banguela*, segundo a autora, é símbolo da exclusão social e o estudo do Ministério da Saúde pode ser discutido, em minha opinião, no que Souza³¹ denomina *subjetividade de sobreviventes*.

Esta subjetividade, para o Grupo Sorria, manifestava-se pelo conformismo, primeiro, em relação às exodontias realizadas; depois, em ir

vivendo assim mesmo, como Deus quer, tendo saúde está tudo bom, não é mesmo?

Mas e há saúde?

ora, a gente tem o que comer. Mastiga um pouco, antes corta bem miudinho, e vai se vivendo. A fala? A gente assobia um pouco, mas todo mundo entende o que a gente diz, então as relações com outras pessoas, mesmo com o marido, é boa, até porque ele é assim também. Não doendo, a gente vai levando a vida.

A desigualdade social determinada pelo caráter excludente do modo de produção de riquezas vem produzindo, no Brasil, um quadro epidemiológico no qual, lado a lado, encontram-se um perfil de saúde comparável ao de países desenvolvidos e um alto contingente populacional que carrega expressivos índices de doenças³².

O conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe trabalhadora impôs, no curso da sociedade capitalista, constitui o que Netto³³ chama de questão social, como os aspectos que envolvem a saúde bucal, na medida em que se inserem na globalidade e complexidade das relações no interior do modo de produção capitalista e fazem parte de sua ideologia³⁴, que Gadotti³⁵ toma como superestrutura ligada à distorção no sentido de dissimular a situação real e está implícita nas mais variadas situações do cotidiano.

A educação é influenciada pela concepção de mundo³⁶, mascarando os problemas reais ao encobrir a essencialidade dos processos sociais na sua relação com a biologia bucal³⁷. Na racionalidade imposta pelo capitalismo monopolista, as instituições geradoras e reprodutoras de políticas de saúde são vitais para a hegemonia e responsáveis pelo modelo assistencial vigente na Odontologia que, nos espaços da atividade cirúrgico-restauradora, pratica uma prevenção de base consumista e modernizante, com avanços na teoria da atividade biológica, mas sem argumentos com relação à dialética do processo saúde/doença, ou seja, a Odontologia desenvolve-se como se fossem duas atividades simultâneas: aquela que consiste em seu trabalho concreto de diagnóstico e tratamento de pacientes e aquela que se desenvolve inconscientemente, como consequência das condições sociais que o Estado gera para essa prática³⁸.

A saúde e a doença resultam primeiramente do relacionamento homem/natureza e, secundariamente, das propriedades biológicas, devendo sempre ser analisadas em conjunto e nunca isoladamente e esta compreensão do processo saúde/doença, a partir de sua determinação social, tem possibilitado a inclusão de variáveis sociais como escolaridade, moradia, trabalho e renda familiar como instrumentos essenciais preditivos de risco³⁹.

A consciência dos riscos sócio-culturais e biológicos, individuais e coletivos, pode levar a medidas capazes de controlar doenças, desde que exista disposição política de participação nas decisões fundamentais dos programas de atenção em saúde bucal sob a égide do Sistema Único de Saúde.

Com os idosos do Sorria, trabalhar uma educação libertadora a partir de suas metas motivacionais de inclusão naquele grupo seria superar a superestrutura calcada anos a fio pela sociedade civil³⁴, buscando um entendimento das relações entre saúde e qualidade de vida.

Segundo Resende⁴⁰, a compreensão do processo de determinação da doença tem sido estudada, buscando-se um relato das interpretações através dos tempos. A causalidade é determinada, de um lado, pelas condições concretas de existência e, de outro, pela capacidade intelectual do ser humano em cada contexto histórico.

No final do século XVIII, depois da Revolução Francesa, aparece com força crescente a concepção de relações entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento de doenças. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas, ou seja, os fatores externos que até então eram responsabilizados pela produção de doenças têm seu papel minimizado. Esta concepção, dada a necessidade ideológica de manter o proletariado ajustado, não se tornou hegemônica, mas obteve respostas como medidas sanitárias e leis trabalhistas⁴⁰.

As descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX deslocam as concepções sociais, restabelecendo o primado das causas externas. A bacteriologia veio liberar a Ciência dominante dos determinantes econômicos, sociais e políticos. A questão da causalidade fica reposta em termos simplificados: para cada doença, um agente etiológico deverá ser identificado e combatido, por meio de produtos químicos⁴⁰.

No início do século XX, dar-se-á o retorno às concepções multicausais, sem que se recupere o conceito de causalidade social. Durante todo o século XX, a noção de multicausalidade será dominante, embora o conceito sofra modificações ao longo do tempo como tentativa de redução do social e sua descaracterização através de construções ahistóricas e biologicistas que, extremamente estáticas e mecanicistas, aparecem no conceito de “balança”, no qual a saúde é vista como um estado de equilíbrio entre fatores. A doença ocorre quando o equilíbrio é alterado por uma mudança na força com que operam um ou mais destes fatores: os do agente, os do hospedeiro e os do meio-ambiente⁴⁰.

Outra formulação é a que agrega à anterior os fatores psíquicos, definindo o homem como ser bio-psico-social, onde o social aparece como atributo e não como essência da existência humana: o homem tem um corpo biológico com funções psíquicas e atributos sociais como ocupação, escolaridade e renda⁴⁰.

O modelo mais refinado do conceito de multicausalidade é o ecológico, no qual as inter-relações entre os fatores são apresentadas na forma de um modelo fechado com um *feedback* regulador, processando uma redução naturalista na interpretação das relações sociais e introduzindo uma racionalidade coerente com a ideologia do modo de produção capitalista, ocultando as profundas diferenças de classe que resultam da organização produtiva. Com as relações reduzidas ao campo ecológico, pode-se atuar sobre seus fatores com medidas ecológicas reformistas, sem necessidade de modificar a estrutura social⁴⁰.

A partir da década de 60, uma nova conceituação do processo saúde-doença, determinado pelo modo de produção de riquezas, defronta-se com o modelo ecológico: de um lado, a noção ahistórica e biologizante; de outro, o modelo de determinação social, com maior poder explicativo e com potencialidade transformadora, mas que não interessa aos grupos dominantes⁴⁰.

De acordo com Cordón e Garrafa³⁷, a questão da saúde bucal tem sido deliberadamente reduzida a uma mera questão odontológica, quando significa um problema social coletivo, responsabilidade da própria sociedade, relacionada com o processo de participação nas decisões políticas e sociais, nas formulações das políticas de saúde bucal, na alocação de recursos e nas decisões dos Conselhos e das Conferências de Saúde, ressaltando que a responsabilidade da população não significa uma simples responsabilidade individual de

fazer ou não fazer a limpeza dos dentes, de saber ou não o que é cárie dentária ou doença periodontal, mas o resultado do processo de crescimento e desenvolvimento da cidadania.

As manifestações cidadãs dos idosos do Grupo Sorria foram, em geral, reproduções das futilidades transmitidas pelos meios de comunicação, como a necessidade de possuir carteira de identidade, título de eleitor, não votar em branco, reclamar do governo por tudo de ruim que acontece, a questão da violência e do valor do salário mínimo. Mas tudo em um tom de conformismo,

é assim mesmo, um dia melhora.

Sobre quem e como vai fazer melhorar,

a gente reza, vai educando os filhos e os netos, eles estudam e a vida deles vai ser melhor do que a da gente.

Esta, no seu entendimento, as possibilidades de mudança. Esta, no meu enxergar, a revolução dos mutilados. Ensinar; educar. Soa meio inconseqüente, como se revolução tivesse que ter sangue, choro e ranger de dentes. Mas, no entender deles, a forma de superar seu contexto de vida.

3.4 A assistência odontológica

A partir da década de 90, o número de cirurgiões-dentistas, em função do aumento do número de Faculdades de Odontologia, passou a crescer em ritmo proporcionalmente três vezes e meia maior que o ritmo do crescimento populacional. Este aumento do número de dentistas foi, entretanto, direcionado para o atendimento em clínicas privadas e para a sofisticação tecnológica, que implica na atenção individualista e sem impacto social, em detrimento das abordagens sustentadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde. Esta distorção na direção da atenção reproduz a racionalidade de fundo positivista do livre mercado e do desejo do lucro, atribuindo-se culpas à inadequada distribuição de recursos, à falta de educação e à má vontade política que nega o problema fundamental: não é o simplesmente estar ciente que muda a vida das pessoas, mas a decisão de cada um de fazer parte da mudança do estilo de vida.

Uma visão integral e politicamente comprometida da prática odontológica deveria levar em consideração as características sociais, econômicas, biológicas, culturais e psicológicas da sociedade como um todo completo, tomando como ponto de partida as reais necessidades da sociedade e, através de ações multidisciplinares e economicamente determinadas, desenvolver métodos coletivos para solução dos problemas odontológicos, entendidos como questão social.

Um novo momento foi-se construindo como movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 80, que culminou nas discussões da I Conferência Nacional de Saúde Bucal⁴¹, na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴² e, finalmente, desembocou no texto da Constituição Brasileira⁴³ e nas Leis Orgânicas da Saúde⁴⁴, como resultado das lutas técnico-científicas e políticas, com um novo conceito de saúde e com um sistema assentado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação popular para assisti-la.

Segundo Nadanovsky e Sheiham⁴⁵, as populações de condições sociais mais baixas apresentam maiores dificuldades de vencer os desafios das doenças, por não conseguirem romper as condições sociais e ambientais que as geraram, ou porque sua situação de classe não permite o acesso a práticas capazes de eliminá-los.

Dockhorn⁴⁶ comenta que não há dúvida de que o conhecimento sobre os fatores etiológicos biológicos e sobre as reações bioquímicas que levam à deterioração dos tecidos deve embasar as ações de assistência à saúde bucal.

Entretanto, para que não se mascare a essência de que saúde/doença é um problema social, as ações de atenção em saúde bucal, aí compreendida a assistência odontológica, devem ser embasadas pelo conhecimento científico da estrutura do modo de produção capitalista, de forma que as políticas públicas resultem em soluções eficazes e responsáveis, produzindo impacto sobre a saúde bucal da população, através de um conceito que agregue, acolha e legitime, tal como o de *bucalidade*⁴⁷.

A superação do modelo assistencial de odontologia por um modelo de atenção em saúde bucal pressupõe o reconhecimento de forças oponentes, as concessões necessárias para

acumular vitalidade e força, as apropriações em termos de saber e dos espaços virtuais presentes nas contradições do modelo hegemônico de produção de serviços em odontologia.

De acordo com Santos e Assis⁴⁸,

a prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção.

As concepções de produção de serviços em Odontologia têm sofrido modificações nas últimas décadas, mais concretamente passíveis de constatação a partir das mudanças nas estratégias de manejo da doença cárie dentária, que cada modelo de produção de serviços em Odontologia encara de maneira diversa, segundo o aprofundamento da ideologia dominante e o desenvolvimento do conhecimento sobre o processo biológico da doença.

Para Kovalski, Freitas e Botazzo⁴⁹, o mundo da odontologia, baseada na ciência cartesiana, é insuficiente para discutir e compreender a saúde bucal, produção da subjetividade da boca, a partir da relação da boca com a sociedade, para eles pensada como

o óstio de entrada do mundo pelo corpo e do corpo pelo mundo, uma boca produtora de subjetividades.

Em decorrência disso, a saúde bucal deve ser discutida a partir da sociedade, seus condicionantes e suas necessidades coletivas.

Em relação ao mundo, os mesmos autores falam do

mundo material, dialeticamente definido por um modo de produção da vida, estruturado e estruturante, a partir de um conjunto de regras, valores, hábitos e costumes historicamente definidos.

Segundo Moysés⁵⁰, as condições de vida, formas de produção e de acesso aos bens e serviços determinarão, em maior ou menor grau, a distribuição dos problemas de saúde.

Segundo a UNICEF⁵¹, as escassas oportunidades e precárias condições de vida e acesso aos serviços de saúde, educação e trabalho da população estão associadas à pobreza,

percebida como fenômeno integral, associando fatores econômico-estruturais, psicossociais e culturais, e mensurada a partir de indicadores referidos à renda e à satisfação de necessidades básicas, e à desigualdade, a qual aponta as diferenças materiais e de posição relativa entre os diversos grupos sociais. A análise da desigualdade complementa a da pobreza, pois situa os pobres em um esquema hierárquico de participação na riqueza social e evidencia qual é a sua situação em relação aos demais setores da sociedade.

Segundo Sheiham e Moysés⁵², a crítica sobre a ênfase em estilo de vida individual como causa e solução de problemas da saúde continua particularmente pertinente em odontologia, porque muitos formuladores de políticas odontológicas ainda culpam as pessoas por suas doenças bucais. Quanto mais próximos são examinados os detalhes de estilo de vida, mais se ouve um chamado para os indivíduos assumirem maior responsabilidade pela sua saúde bucal, e mais complexas se tornam as questões.

Petry e Pretto⁵³ relatam que a educação e a saúde, ao longo da história, serviram para diversos objetivos, definidos pelas classes dominantes que, para manutenção do poder, regulamentaram, controlaram atitudes, comportamentos e hábitos das classes dominadas, moralizando e domesticando a visão sobre o corpo, a saúde e a doença. Além disso, esses autores enfatizam que, no Brasil, as práticas educativas têm características autoritárias e coercitivas, quando deveriam ser um instrumento de transformação social, pensadas como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência das causas reais dos problemas e uma prontidão para a mudança. Quando se constituem em instrumento de transformação social, proporcionam uma visão dinâmica do processo saúde/doença, uma vez que a doença é um atributo da vida, um mundo de fluxos entre os componentes do corpo e do corpo com o ambiente no qual ele existe; a doença é atividade biológica mediada e modificada pela atividade social e pela qualidade do estilo de vida.

De acordo com Dickie de Castilhos e Padilha⁵⁴, a evolução de tecnologias e de técnicas, além de maiores conhecimentos sobre a prevenção de doenças bucais, tem levado a um aumento do número de idosos que mantêm seus dentes naturais. No entanto, no Brasil ainda é muito grande o número de idosos edêntulos.

Segundo Cordón e Garrafa³⁷, a responsabilidade da população não significa uma simples responsabilidade individual de fazer ou não fazer a limpeza dos dentes, de saber ou

não o que é cárie dentária ou doença periodontal, mas o resultado do processo de crescimento e desenvolvimento da cidadania.

3.5 Conhecimentos sobre os problemas em saúde bucal coletiva

Estimulados a manifestar seu conhecimento sobre as doenças e agravos considerados como problemas em saúde bucal coletiva, os idosos do Grupo Sorria exprimiram que entendiam cárie dentária como os buracos nos dentes causados pelos bichinhos; buracos nos dentes causados por açúcar; buracos nos dentes de quem não escova os dentes.

Doença periodontal era, para eles, o sangramento das gengivas; piorréia.

Câncer bucal apresentou-se diferente: câncer na boca.

Fendas bucais: lembraram o fanho e exprimiram conceitos relativos à associação do agravo a doenças sexualmente transmitidas.

Fluorose: simplesmente desconheciam o agravo.

Violência e trauma: o assunto mais polêmico, talvez porque fossem acostumados a um cotidiano no qual a violência é parte do cenário de suas vidas.

Más oclusões: associadas aos aspectos estéticos necessários a certos ambientes de trabalho e às relações com as outras pessoas e aproximação de pessoa do sexo oposto.

3.6 A saúde bucal em ato de produção e consumo: a fronteira entre razão e desejo

A teoria social da saúde bucal, segundo Botazzo⁴⁷, envolve três dimensões: a mastigação, o erotismo e a linguagem, esbarrando, cada uma delas, na razão, imposta pela ideologia dominante, e o prazer de seu exercício. Assim, comer, manter relações sexuais e se comunicar são trabalhos da boca realizados dentro de padrões culturais estabelecidos e os desvios colocam os sujeitos em conflito com eles mesmos e com os outros. E é nesse pensar o

comportamento do sujeito que entendo a relação dos idosos do grupo Sorria com a política e com o desejo.

Educados para serem conformados à dominação e à exploração, as dimensões do trabalho da boca se confundem com os limites biológicos da Odontologia. Desta forma, o conflito acontece não apenas em relação a este próprio tema, mas também no que diz respeito à totalidade, tomando a boca como integrante do comer, de relações sexuais e da comunicação.

3.7 A saúde bucal do idoso

Segundo Reis e Marcelo³⁰,

a velhice é percebida de maneira diversa entre os idosos, existindo idéias positivas e negativas. A percepção da saúde bucal está ligada a aspectos físicos, subjetivos e sociais.

O conceito de saúde bucal proveniente do movimento de reforma sanitária brasileiro é de que ela é

parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação⁵⁵.

É importante que aqui se coloque que saúde bucal não pode existir como saúde parcial, servindo apenas para identificar objetivos em programas de saúde, como uma condição da boca do indivíduo que lhe permita desenvolver a sua tarefa social, modificando-se com o tempo de existência da pessoa, como consequência de seu relacionamento com o mundo e com sua própria história.

Durante as últimas décadas, estudos têm apontado que diversas circunstâncias influenciam a saúde bucal, desde as individuais, como estilo de vida e de consumo, até as que dizem respeito a características regionais e socioeconômicas. A análise de como a vida difere

em regiões, cidades, bairros ou casas evidencia a necessidade da ampliação do espectro de considerações com relação às propostas de mudanças positivas na saúde das populações, reconhecendo o impacto da imensa variação das oportunidades e escolhas⁴⁶.

Mesmo com melhorias que medidas como a fluoretação das águas poderiam conferir, não se antevê probabilidades de que ocorra uma maior redução da prevalência de doenças bucais sem uma elevação paralela das condições de vida das famílias. As populações em piores condições sociais apresentam maiores dificuldades de vencer os desafios das doenças, por não conseguirem romper as condições sociais e ambientais que as geraram, ou porque sua situação de classe não permite o acesso a práticas capazes de eliminá-los. Em muitas instâncias, mudanças socioeconômicas mais amplas e profundas são pré-condição para que isso aconteça⁵⁶.

Resultante de um modelo de prática iatrogênico e mutilador, o edentulismo, na população acima de 60 anos de idade, possui fortes raízes sociais e econômicas⁵⁷, tanto que a distribuição porcentual de indivíduos com ausência total de dentes, no Brasil, verificada no levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde (1986)⁵⁸ mostrou que 2,5% das pessoas de 16 anos de idade e 90% das pessoas com 78 anos de idade tiveram todos os seus dentes extraídos. Para este aumento no edentulismo, dado o modelo de prática hegemônico, aventa-se a hipótese da realização maciça de exodontias com objetivos protéticos.

Considerando a grande perda de dentes na faixa etária dos 65 aos 74 anos, o Ministério da Saúde⁵⁹, na análise dos dados do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 observa que os níveis estão aquém das metas propostas pela Organização Mundial da Saúde e Federação Dentária Internacional para o ano 2000. Tal meta deveria ser de que 50% das pessoas na faixa etária dos 65 aos 74 anos deveriam ter 20 ou mais dentes na boca. Na Região Sul, somente 10,41% das pessoas nesta faixa etária apresentam este número de dentes. Um outro dado que pode ser considerado importante é o de que, na Região Sul, 68,20% das pessoas na faixa etária dos 64 aos 75 anos de idade usam prótese total superior e 39,63% prótese total inferior. A necessidade de prótese total superior para esta faixa etária, nesta região, é de 7,95% e de 14,44% para prótese total inferior.

4 PROCESSO DE APRENDIZAGEM SOBRE SAÚDE BUCAL PARA O IDOSO

“A comunicação verbal é uma questão importante entre os idosos no seu convívio social e afetivo, e de sua própria afirmação na sociedade enquanto sujeitos que falam de si e do mundo”.

Almeida e Souza (2006)

Outro item que considerei importante no processo foi a capacidade que o grupo desenvolveu de ir muito além das razões científicas que, em linguagem que eu considerava como apropriada, me esmerava em relatar. Explicando: eu fazia uma explanação sobre qualquer tema. Todo o grupo prestava muita atenção. Ao final, quando solicitava que dissessem o que tinham aprendido, os conceitos explicitados nada tinham a ver com a minha fala, mas com suas experiências de vida e, em vez de explicações sobre cárie dentária ou doença periodontal, ficávamos a discutir sobre a criação dos netos e a trocar receitas culinárias.

Em pesquisa realizada por Wehmeyer⁶⁰ foi constatado que os idosos apresentam intensa motivação para aprender. Porém, esta motivação primeiramente diminui quando as atividades educativas apresentam maior desafio, levando à suposição de que isto aconteça em razão do receio de fracasso, aumentando logo após, no sentido de superação da situação de desafio, uma vez que, aumentada a interação sujeito-objeto, a atividade do sujeito sobre o objeto leva-o a relacionar o objeto com os esquemas mentais e a apropriar-se dele, adaptando-o e fazendo a síntese necessária ao conhecimento¹¹.

A reflexão sobre esta situação levou ao questionamento de se a linguagem, que eu considerava como apropriada, no sentido de adequada, estava sendo apropriada, com a conotação de propriedade, pelo grupo.

Peculiaridades no processo educacional dos idosos tornam-se importantes, para que seja desenvolvido sem mudanças bruscas nos seus padrões de atividades diárias e seja adequado às suas experiências e metas motivacionais, bem como aos possíveis problemas cognitivos, principalmente os relacionados com a memória de curto prazo⁶¹.

Para tanto, ensiná-los implica considerar seu conhecimento prévio para que o conhecimento avance em movimentos de ruptura/continuidade com o conhecimento anterior. Isto tem o potencial de gerar sentimento de valorização e de reconhecimento de um conhecimento prático construído através da vida cotidiana.

4.1 A produção de material educativo

O Grupo Sorria produziu material educativo, conforme suas possibilidades. Este material consistiu de cartazes e álbum seriado e uma outra constatação é de que o grupo se interessou muitíssimo mais por utilizar material institucional e estereotipado, como o álbum seriado do Dr. Dentuço (Colgate-Palmolive Company), do que preparar cartazes elaborados a partir de seus novos conhecimentos. As falas eram sempre de enaltecimento à qualidade do material fornecido, contrapondo-se a uma suposta pobreza e ignorância do material elaborado pelo grupo. Muitas participantes tinham vergonha de exporem o que tinham preparado, ou não compareciam à reunião por não terem preparado nada. A idéia que me passavam era de que

como comparar um material tão pobre e mal feito com a beleza do material elaborado ricamente e por quem realmente entende do assunto?

Essa sensação perdurou por todo o processo. Por mais que o trabalho do grupo fosse elogiado, sempre que solicitado, preferia o material do Dr. Dentuço. Cheguei a pensar, no princípio, que essa preferência acontecia por acomodação ou desinteresse, mas depois me dei conta de que era uma questão que se referia à auto-estima: os desenhos que elas elaboravam, em papel pardo ou folhas ofício, na análise delas eram considerados feios, quando comparados com o outro material. Mãos e mentes que não tiveram na vida as oportunidades necessárias para desenvolvimento de habilidades que exigem motricidade fina tinham imensas dificuldades. Como pessoas que sempre foram empregadas domésticas poderiam superar o trabalho de quem era empregador? Então, no decorrer das discussões, aprendi que havia muito mais coisas a serem superadas do que uma mera aquisição de conhecimentos sobre os processos biológicos e ambientais das doenças da boca. As barreiras estavam dentro do próprio grupo, e não seria naquela capacitação que elas seriam transpostas.

Para Teixeira⁶² o grupo dos idosos justifica a necessidade de uma atenção especial daqueles que se envolvem com o desenvolvimento de projetos que promovem a relação idoso-

produto. Alterações decorrentes do envelhecimento cerceiam a comunicação do idoso e o constrangem e, quando o idoso supera as dificuldades e logra interagir, tem elevada sua auto-estima, reintegra-se ao conjunto social e cria novas perspectivas de vida.

A partir daí, o grupo usou somente o material estereotipado. Ele se sentia melhor assim. Teria vergonha de apresentar o que, na sua opinião, reproduzia sua incapacidade de superar a pobreza de suas vidas e de seus fazeres.

Segundo Kubota et al.⁶³, materiais ou meios instrucionais são instrumentos que possibilitam estímulos à aprendizagem. Existe uma série de materiais impressos utilizados como reforço às orientações e facilitação do processo de ensino-aprendizagem. Entretanto, dada a complexidade que envolve uma avaliação significativa, pouca pesquisa tem-se desenvolvido sobre a adequação e a eficiência desses materiais, seja durante o processo de produção do material, como meio de obter a percepção e interpretação do educando sobre as informações, seja durante o processo de utilização, visando a análise do comportamento dos indivíduos em relação ao material.

Quando falo em conhecimentos técnicos, refiro-me às explicações sobre processos de saúde e de doença. Ensinar a escovar dentes e a relacionar açúcares com cárie dentária o grupo fazia muito bem.

Doença periodontal, no entanto, apresentou muita dificuldade. Entender que o osso que sustenta os dentes é reabsorvido foi, para o grupo, bastante penoso. Gengivite foi mais fácil. Gengivas que sangram ao toque da escova era uma experiência que muitos recordavam. Porém, quando recomendavam limpeza dos dentes, esqueciam a gengivite e falavam somente sobre cárie, sonogando também as recomendações sobre a frequência de ingestão de sacarose. Então, toda a argumentação sobre cárie dentária ser uma doença multicausal caía por terra, porque sua prevenção se resumia a escovar os dentes. E eu ria, pensando que, muitas vezes, meus alunos de graduação faziam a mesma coisa.

Oliveira⁶⁴ aborda as relações sociais sobre doenças, comparando benzedeiros e médicos e estabelecendo as denominações de “doenças dos médicos” e “doenças das benzedeiros”, afirmando que as benzedeiros consideram “doença de médico” aquelas que

requerem a utilização de medicamentos industrializados e envolvem aspectos como febre, contágio e cirurgia. Reduzindo à odontologia, “doenças de dentistas” seriam aquelas nas quais estariam implicadas as noções de contágio, fatores etiológicos biológicos, vigilância em saúde, restauração, cirurgia.

Haveria, então, para essa autora, duas condições, doença como estado e doença como simbolização, oposição com expressões concretas de confronto entre profissionais eruditos e agentes populares, com um quadro importante de teorização sobre os elementos preventivos das doenças no interior de sua cultura, na qual a nomenclatura para essa erudição é desconhecida.

Aliás, é preciso que eu mencione que, em alguns momentos, senti claramente a vontade do grupo exprimir a noção de que não entendia “doenças da boca”, como se houvesse uma dicotomia entre o que fosse boca e o resto do corpo. Boca era uma coisa e corpo outra? Mas senti também a inibição de aprofundar o assunto, porque não se esqueciam que eu era dentista.

Em seu estudo, Reis e Marcelo³⁰ mostraram que a saúde bucal, para os idosos por elas abordados, é entendida associada à saúde geral e como algo além dos aspectos biológicos, tendo a ver com a capacidade de comunicação e contatos sociais.

A odontologia colabora na ideologia do capitalismo situando sua prática a partir da maneira de pensar o corpo como possuidor de uma boca isolada, consumida pelo mercado odontológico.

Para Oliveira⁶⁴, não existe no saber popular a cisão corpo-espírito-relações sociais, cujas raízes estariam no dualismo cartesiano. Acrescentando, eu sugeriria um estudo sobre compreensão da ótica popular sobre as cisões no próprio corpo, provocadas pela ciência positivista. O que seria interessante, dado que o discurso que estou fazendo pode levar à errônea compreensão de que penso que as atitudes dos idosos do grupo são de quem não acompanhou o progresso da ciência e não consegue lidar com isto, optando por perpetuar noções, na referência científica, exóticas e atrasadas.

Também não se pense que a capacitação foi realizada utilizando terminologia rebuscada e alheia à compreensão dos idosos. Em minha opinião, escapou-lhes, embora isto possa parecer uma contradição em relação à integralidade do saber popular, a noção do todo, na compreensão do processo saúde/doença, talvez porque seu imaginário não se construa por referências como essas, embora, na condição de pobres e analfabetos, sejam cotidianamente expropriados ideologicamente por elas.

Para Azevedo e Souza²⁸, é preciso aprofundar o conhecimento sobre motivação, para a criação de estratégias que motivem os idosos, por suas características como grupo social, biológico e psicológico, que exigem novo estilo educativo, novos conteúdos e formas de estímulo, no sentido de reaprenderem a aprender. Constituem nova situação didática, levando em consideração as características dos aprendentes e seu perfil motivacional, a atuação dos ensinantes e tempo de intervenção.

Ferreira⁶⁵ comenta que a tecnologia por um lado atrapalha os conhecimentos e habilidades dos idosos e, como exemplo, eu citaria as dificuldades de muitos nos caixas eletrônicos dos bancos, mas tem contribuído para os processos de ensino e aprendizagem, propiciando condições de pensar e tornar concreta uma educação continuada que vise à melhoria da qualidade da vida. Pergunta até que ponto os educadores estão preparados, uma vez que o conceito de pessoa sábia tem-se modificado na velocidade do surgimento das novas tecnologias, ou seja, desconsidera-se a sapiência pela experiência de vida, porque ela não inclui o domínio de nova tecnologia, que surgiu rapidamente e ainda não teve condições de ser assimilada, salientando-se, assim, a sapiência que domina a nova tecnologia, apropriada por pessoas mais jovens. Desta forma, o idoso é considerado desatualizado e mero consumidor. Se aprendemos com nossos erros e acertos, o idoso vai aprender experimentando a sensação de errar e de acertar, ao invés de ficar esperando o resultado de sua falta de ação.

Reaprender a aprender, neste contexto, passa pela idéia de reaprender a vida, proporcionar ao corpo e conseqüentemente à boca um significado diferente e importante na recriação de uma capacidade de reflexão e compreensão do mundo, em oposição à simples capacidade de memorização imposta pela ideologia, uma criticidade que evidencie a boca como dimensão não apenas biológica, mas de relação social.

Trabalhando com idosos institucionalizados, Brondani⁶¹ constatou que os procedimentos individuais de higiene bucal são dependentes das alterações, patológicas ou não, que estejam presentes durante o processo natural do avançar da idade, que podem estar associados a desinteresse do idoso e seus familiares.

Assim, dependendo destas peculiaridades, o processo educacional deve ser particularizado para esta faixa etária, levando em consideração a experiência, o conhecimento prévio e intensidade de motivação²⁸.

Caberia neste momento perguntar se todos os idosos do grupo acompanharam este processo, de tal forma que se poderia considerá-lo como uniforme. Entendo que o processo educativo depende das individualidades, na apreensão do conhecimento. Então, foi também minha pretensão dar espaço para os componentes do grupo que não apreenderam o todo no período da capacitação e se motivaram porque realizaram uma tarefa que compreendeu participar de oficinas, elaborar material com recorte e pintura, elaborar peça teatral e apresentá-la, sair, passear e receber *status* de educador.

4.2 O Grupo Sorria como educador

Dr. Dentuço embaixo do braço, papel, canetinhas coloridas, escovas de dentes, fio dental, macro-modelo e lá fomos nós, ensinar saúde bucal.

As crianças da creche nos receberam com entusiasmo e os rostos dos idosos demonstravam a alegria de estarem rodeados por elas.

Após as apresentações de praxe, notei uma tensão que não tinha sentido até ali. Muitos me olhavam como dizendo *temos que demonstrar conhecimento?*

E começaram. Uma coisa foi puxando outra, as crianças começaram a desenhar dentes hígidos e cariados, informações sobre escovação e fio dental e açúcar foram tomando forma, sentaram a uma mesa grande e as crianças em volta, e o grupo enveredou por histórias que diziam respeito à vida, a comportamentos em família, a regras sobre higiene.

Esta era a vida daqueles velhos. Eles se sentiam melhor falando como se estivessem em casa, com os netos e com sua família, do que repassando conceitos sobre cárie dentária e doença periodontal que eles pouco dominavam. Assim, fui aprofundando a constatação de que aquele grupo tinha dificuldade de transmitir conhecimentos técnicos. Em compensação, descobria em cada reunião uma habilidade incontestável de entreter crianças e eu, embevecido, sentava para escutar histórias e exemplos de vida, dos quais muitas vezes discordava, porque na maior parte eram de conformismo e acomodação à submissão e à miséria.

Faz-se importante novamente trazer a contribuição de Kowaleski, Freitas e Botazzo⁴⁹, que falam a respeito da disciplinarização dos corpos, argumentando que o capitalismo caracteriza-se, sobretudo, pela centralidade do trabalho alienado, exploração do homem pelo homem e apropriação privada da riqueza produzida socialmente e, neste contexto, pela docilidade ideológica da boca:

A boca proletária será boa e correta se também puder falar apenas aquilo que convém às pessoas certas, nas horas certas e nos momentos adequados. Língua presa, boca desdentada e inofensiva, boca que não deve erguer sua voz diante do rico nem do patrão – ou que queira ou deseje morder, que é o desejo de ter para si -, sob o risco de ser preso ou demitido, deixando que se revele pouco a pouco o significado político das perdas dentárias.

Para o grupo Sorria, aspectos eruditos sobre a prevenção das doenças bucais possibilitavam uma leitura diferenciada a partir das mentes de pessoas pobres e analfabetas. Esta redução impossibilitava as pessoas do grupo explanarem com desenvoltura sobre aquisição de bactérias, colonização dos dentes, substratos, desmineralização ou reabsorção óssea, mesmo utilizando uma linguagem própria. Nos encontros, retornavam ao simples entendimento que o saber popular ditava, ou seja, explanavam sobre escovar os dentes após as refeições e procurar o dentista a cada seis meses, *mas é difícil, professor, porque a gente nunca consegue consulta no Posto.*

Na realidade, as histórias e as noções de higiene contadas e transmitidas pelos idosos sempre foram carregadas de ser, cor, coração, emoção, essência e por isso tão atraentes, pelo menos para mim. Pelo silêncio e pelo respeito, penso que para os demais membros do grupo e para as crianças também.

5 CONCLUSÕES

Opções de narrativa foram tomadas neste trabalho, inclusive a de usar a primeira pessoa para fazê-la. Isto se apoiou em autores que preconizam esta decisão;

Narrar o processo de capacitação de um grupo de idosos em relação à saúde bucal e verificar como eles utilizavam este conhecimento partia da tese de que isto era possível, ou seja, idosos desdentados que optaram por fazer parte de um grupo e apresentaram a proposta de que podiam fazer uma revolução, identificando-se como educadores em saúde bucal, teriam esta história narrada por mim, enquanto pesquisador que se propunha não apenas a capacitá-los, mas também a compreender e interpretar o processo;

A sensibilização dos idosos do Grupo Sorria para intervir em educação e promoção em saúde, com ênfase na abordagem em relação a autocuidado, dieta e higiene bucal encontrou respaldo em suas metas motivacionais. Durante todo o período da capacitação, de uma forma geral, permaneceram entusiasmados com as idéias de poderem proporcionar às crianças com quem iriam trabalhar cenários sem dor e participar de ações atuando como educadores;

O processo ideológico que embasa a conformidade dos idosos do Grupo Sorria, confirmando estereótipos de que velhos devem ser comportados avozinhos pode ser esclarecido, durante a narrativa;

Pessoas idosas humildes, algumas analfabetas, podem ser educadoras, escolhendo formas próprias para desenvolver aconselhamento sobre hábitos saudáveis; no Grupo Sorria estas formas eram sempre de conformismo e submissão. Com relação à própria capacitação, a opção por utilizar material não elaborado pelo grupo causou-me estranheza, embora tenha reconhecido como manifestação do grupo e buscado respeitar suas opções;

A *boca social* deste grupo de idosos, em suas dimensões de manducação, erotismo e comunicação, mostrou-se como consumida pela existência como trabalhadores de baixo salário e consumidora ávida de serviços protéticos;

O trabalho de velhos que não têm mais dentes ensinando crianças com dentes fez-se real, não como educadores em saúde em sentido restrito, mas como contadores de histórias

sobre como conduzir a vida. Os encontros, tanto do grupo apenas e com crianças, resultavam em rodas de conversa que abordavam experiências de vida e comportamentos, na minha opinião, de submissão e conformismo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Nas horas difíceis os olhos ficam cegos;
É preciso então enxergar com o coração.”*

Saint-Exupéry

Poderia ter encerrado este trabalho no capítulo anterior. Concluir é terminar, findar e considerar após as conclusões não é comum. Porém, encerrar esta pesquisa, para mim, significa mais do que verificar se objetivos foram atingidos. É necessário refletir sobre as conclusões de uma forma concreta e instigadora.

Pensar a capacitação dos idosos do Grupo Sorria levou-me a refletir sobre o próprio existir humano e sobre as posições e opções de classe social. Bocas de corpos velhos, consumidoras restritas do mundo e consumidas pelos anos de exploração e dominação mostraram-se impregnadas pela cultura imposta pela ideologia dominante, maneiras estereotipadas de agir, esclarecendo desejos manducacionais, eróticos e de comunicação e, ao mesmo tempo, reprimindo os prazeres, permanecendo sempre aquém dos limites, jamais ousando rompê-los, demonstrando que *a boca* é claramente um produto de relações dialéticas.

De acordo com Ceccim e Capozzolo¹³, pessoas tornam-se profissionais de saúde pelo resultado de exposições e experimentações de instrumentos e tecnologias de trabalho, escapando de percepções banais e cognitivas pela abertura da sensibilidade, escutando o estranhamento, constatando os desafios da aprendizagem, considerando o maior número de elementos do ambiente e compartilhando sensações, ousadia que implicará a ampliação dos referenciais para o desenvolvimento de habilidades tecnoprofissionais, o repertório de compreensão/ação e o reconhecimento das limitações uniprofissionais.

Para mim restou, após todo este processo, um aprendizado único, que reparto muito contente com o leitor que chegou até aqui e uma vontade imensa de que, quando atingir as idades dos componentes do grupo, possa contar histórias, não de submissão, mas com a desenvoltura e inventiva que o Grupo Sorria teve em seus encontros, na capacitação e junto às crianças.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Martins RML, Rodrigues MLM. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium Revista do ISPV* 2004 Jun;(29): 249-54.
- ² Descartes R. Discurso do método. Biblioteca Intratext: Acesso em: <http://www.intratext.com/X/POR0305.HTM>, 12dez2006.
- ³ Bauer MW, Gashell G (Editores). *Qualitative researching with text, image and sound*. ThousandOaks, CA: Sage; 2001.
- ⁴ Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: UNIFESP; 2000.
- ⁵ Kovalski DF. *A disciplinarização da boca: das tecnologias do “eu” ao regime de vida* [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2004.
- ⁶ Garcia H, Nascentes A. *Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa Caldas Aulette*. 2ª edição brasileira em 5 volumes. RJ: Delta; 1970.
- ⁷ Scliar MA. *A paixão transformada. História da medicina na literatura*. São Paulo (SP): Companhia da Letras; 1996.
- ⁸ Azevedo e Souza VB. *A motivação do idoso para reaprender a aprender: um desafio para propostas de intervenção educativa*. In: Terra NL, Dornelles B (Organizadores). *Envelhecimento bem-sucedido. Programa Geron da PUCRS*, Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002, p. 33-43.
- ⁹ Tapia JA. *Motivar en la escuela, motivar en la familia*. Madrid: Ediciones Morata, SL; 2005.
- ¹⁰ Tamayo A, Souza MGS, Vilar LS, et al. Value priorities as predictors of organizational commitment. *Psic.: Teor. e Pesq* [online] 2001; 17(1): 27-35. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-377220010001000006&lng=en&nrm=iso>.
- ¹¹ Vasconcellos CS. *Construção do conhecimento em sala de aula*. São Paulo (SP): Libertad; 1999.
- ¹² Fajardo AP. *Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva* [Dissertação]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2001.
- ¹³ Ceccim RB, Capozzolo AA. *Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação*. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Organizadores). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
- ¹⁴ Yin R K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

-
- ¹⁵ Mercado-Martínez FJ, Bosi MLM. Introdução: notas para um debate. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ(Organizadores). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004. p. 23-71.
- ¹⁶ Abma TA. Two texts in a posmodern context. *Qualitative Health Research* 2002 Jan;12(1): p. 5-27.
- ¹⁷ Zeller N. La racionalidad narrativa en la investigación educativa. In: McEwan H, Egan K (Organizadores). *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1998. p. 295-314.
- ¹⁸ Coltro A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. *Caderno de Pesquisas em Administração* 2000 1º trimestre;1(11).
- ¹⁹ Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1992.
- ²⁰ Wittrock M. *La investigación de la enseñanza, II: Métodos cualitativos y de observación*. Barcelona: Paidós; 1989.
- ²¹ Haguette TM. *Metodologia Qualitativa na Sociologia*. Petrópolis: Vozes; 1992.
- ²² Souza ECF. O adoecer bucal: trilhas para um conceito ampliado. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC (Organizadores). *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal, RN: EDUFRN; 2004. p. 33-38.
- ²³ Terra NL (Organizador). *Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001.
- ²⁴ Grossi PK, Barrili H, Souza CC. A violência invisível no cotidiano de idosos. In: Terra NL, Dornelles B (Organizadores). *Envelhecimento bem-sucedido. Programa Geron da PUCRS*, Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p. 23-31.
- ²⁵ Creutzberg M, Santos BRL. O que pensam as famílias de classe popular sobre saúde, velhice e cuidado ao idoso no domicílio. In: Terra NL (Organizador). *Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001. p. 33-38.
- ²⁶ Knorst MR, Silva MPM, Mantelli C, Bós AJG. Qualidade de vida do idoso. In: Terra NL (Org.). *Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001. p. 29-32.
- ²⁷ Ferreira AA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 211-218.
- ²⁸ Almeida MEL, Souza ECF. Envelhecimento e saúde bucal: alguns aspectos da bucalidade nas transformações do corpo do idoso. In: Dias AA (Organizador). *Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Livraria Editora Santos; 2006. p. 315-331.

-
- ²⁹ Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, Ministério da Saúde; 2004.
- ³⁰ Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(1): 191-199.
- ³¹ Souza ECF. Bucalidade: conceito ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(1): 24-28.
- ³² Ely HC. Fluorose e cárie dentária: estudo epidemiológico em cidades do RS com diferentes níveis de flúor nas águas de abastecimento [Dissertação]. Porto Alegre(RS): PUCRS; 1999.
- ³³ Netto JP. Capitalismo monopolista e serviço social. São Paulo: Cortez, 1992.
- ³⁴ Dockhorn DMC. O planejamento como construção da estratégia do movimento de atenção em saúde bucal. Porto Alegre: PUCRS; 1996. (mimeo).
- ³⁵ Gadotti M. Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito. 8ª ed., São Paulo: Cortez: Autores Associados; 1988.
- ³⁶ Portelli H. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
- ³⁷ Cordón J, Garrafa V. Prevenção versus preventivismo. *Divulg Saúde para Debate* 1991; 6:10-16.
- ³⁸ Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- ³⁹ Chaves SC, Santos RJPM, Souza APM. Determinantes socioeconômicos e a saúde bucal: um estudo das condições de vida e saúde em crianças com idade entre 3 e 5 anos na cidade de Salvador – Ba (1996). *Revista da ABOPREV* 1998;1(1):3-8.
- ⁴⁰ Rezende AMM. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez; 1989.
- ⁴¹ I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Anais: Relatório Final. Brasília (DF): UnB; 1986.
- ⁴² VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais: Relatório Final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
- ⁴³ Constituição da República Federativa do Brasil. Edição da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS): 1988.
- ⁴⁴ Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990.
- ⁴⁵ Nadanovsky P, Sheiham A. The relative contribution of dental services to the changes in caries levels on 12 years-old children in 18 industrialized countries in the 1970 and early 1980s. *Community Dental Oral Epidemiology* 1995; (23): 231-239.

-
- ⁴⁶ Dockhorn DMC. Um estudo sobre a produção da odontologia brasileira como ideologia da lógica neoliberal e a questão da formação de recursos humanos para uma proposta contra hegemônica. *Revista Odontociência* 1995/2; (20): 99-132.
- ⁴⁷ Botazzo C. Sobre a bucalidade : notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 7-17.
- ⁴⁸ Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 53-61.
- ⁴⁹ Kovalesski DF, Freitas SFT, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 97-103.
- ⁵⁰ Moysés SJ. O conceito de promoção de saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: Kriger L. (Organizador). *ABOPREV: Promoção de saúde bucal*. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1997. p. 371-407.
- ⁵¹ Unicef. Fundo das Nações Unidas Para a Infância. Situação mundial da infância. Educação. 1999.
- ⁵² Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: Buischi YP (Editora). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999. p. 25-37.
- ⁵³ Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger L. (Organizador). *ABOPREV: Promoção de saúde bucal*. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1997. p. 363-370.
- ⁵⁴ Dickie de Castilhos E, Padilha DMP. Um índice de placa para dentaduras. *R. Fac. Odontol.* 2001 Jul; 42(1); 20-24.
- ⁵⁵ Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília (DF): MS; 1986.
- ⁵⁶ Unicef. Fundo das Nações Unidas Para a Infância. A infância brasileira nos anos 90. Brasília (DF): 1998.
- ⁵⁷ Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo (SP): Santos; 2000.
- ⁵⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
- ⁵⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- ⁶⁰ Wehmeyer COT. O ensino com o uso de recursos informatizados na aprendizagem da língua espanhola por idosos [dissertação] Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

⁶¹ Brondani MA. Efeitos da aplicação do programa “Sorriso 10, Saúde 100” no controle de higiene bucal de idosos asilados, no município de Porto Alegre, RS [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.

⁶² Teixeira RB. O idoso e o computador: Um estudo dos obstáculos comunicacionais [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2004.

⁶³ Kubota N, Oshiro JH, Balduino MA, Faria Z. Evaluation of health education material: adequacy of leaflets on the nutrition of infants. *Rev. Saúde Pública* 1980 Mar; 14(1); 101-122.

⁶⁴ Oliveira ER. Representações sociais sobre doenças: os magos da ciência e os cientistas da magia. In: Botazzo C, Freitas SFT (Organizadores). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. Bauru (SP): EDUSC, São Paulo, Fundação Editora da UNESP; 1998. p. 43-85.

⁶⁵ Ferreira AJ. Terceira idade: novas tecnologias e solidariedade. In: Terra NL, Dornelles B (Organizadores). *Envelhecimento bem-sucedido. Programa Geron da PUCRS*. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2002. p. 55-64.

⁶⁶ Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 – 10.10.96. Disponível em www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/Resolucoes.htm

ANEXO A

ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa atendeu aos preceitos éticos e legais para a sua realização, na medida em que foi aprovada pela Comissão de Pesquisa e Ética do Instituto de Geriatria e Gerontologia e autorizada pela Direção do Centro de Extensão da PUCRS na Vila Nossa Senhora de Fátima. Solicitou-se um consentimento por escrito, documento que, no seu texto, explicou que os participantes do estudo somente terão relatadas suas falas nas reuniões do grupo ou entrevistados, não sendo de forma alguma submetidos a qualquer intervenção cruenta ou causadora de dor e que os dados obtidos serão utilizados confidencialmente.

Por outro lado, o estudo não ofereceu dados sobre o acompanhamento longitudinal das pessoas examinadas. No entanto, elas tiveram agendadas consultas no Ambulatório Odontológico do Centro de Extensão da PUCRS para tratamento das necessidades de atenção básica relatadas, não se permitindo, assim, que expectativas fossem levantadas, sem se proporcionar a atenção necessária. Seguiu as condições preconizadas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas em seres humanos, podendo ser categorizada como sendo pesquisa de risco mínimo.

ANEXO B

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL CURSO DE DOUTORADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

TERMO DE CONSENTIMENTO

Para a presente pesquisa, intitulada “A REVOLUÇÃO DOS MUTILADOS - A HISTÓRIA DOS IDOSOS QUE ENSINAM CRIANÇAS SOBRE SAÚDE BUCAL”, será narra a história dos Grupo de Idosos ... do Campus da PUCRS na Vila Nossa Senhora de Fátima.

As reuniões serão gravadas e o que as pessoas disserem nas reuniões será transcrito, para posterior análise.

Os idosos que necessitarem terão agendadas consultas no Ambulatório Odontológico do Centro de Extensão da PUCRS para tratamento das necessidades de atenção básica.

Os participantes do estudo não serão de forma alguma submetidos a qualquer intervenção cruenta ou causadora de dor e os dados obtidos serão utilizados confidencialmente.

Tendo lido e achado conforme, declaro que concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, .

.....
NOME:

ANEXO C



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 100/06-CEP

Porto Alegre, 19 de janeiro de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "A revolução dos mutilados - a história dos idosos que ensinam crianças sobre saúde bucal".

Sua investigação está autorizada a partir da presente

Dara.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Caio Coelho Marques
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)
Denis Marcelo Carvalho Dockhorn
N/Universidade