

## **Relatos de autopercepção e cuidados em saúde bucal da pessoa idosa institucionalizada**

**Reports of self-perception and oral health care of the institutionalized elderly person**

**Informes de autopercepción y atención a la salud bucal del anciano institucionalizado**

Recebido: 06/05/2022 | Revisado: 16/05/2022 | Aceito: 20/05/2022 | Publicado: 26/05/2022

**Gabriella Alves Amaral Nogueira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2220-0516>  
Universidade Federal de Alfenas, Brasil  
gabriella.nogueira@sou.unifal-mg.edu.br

**Camila Nayara Souza Menezes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3200-8467>  
Universidade Federal de Alfenas, Brasil  
camila.menezes@sou.unifal-mg.edu.br

**Victória Maria Neves Alves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6877-3526>  
Universidade Federal de Alfenas, Brasil  
victoria.alves@sou.unifal-mg.edu.br

**Maira Foresti Vieira Munhoz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6569-1699>  
Universidade Federal de Alfenas, Brasil  
maira.munhoz@unifal-mg.edu.br

**Marcela Filié Haddad**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3455-6624>  
Universidade Federal de Alfenas, Brasil  
marcela.haddad@unifal-mg.edu.br

### **Resumo**

A pesquisa teve como objetivo entender os conhecimentos, costumes e autopercepção na saúde bucal de idosos em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI), a fim de se determinar como este histórico influencia na saúde bucal do idoso institucionalizado. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo, configurado como pesquisa-intervenção, composto por relatos de moradores da ILPI; e que investigou, por meio de entrevista semiestruturada, seus conhecimentos prévios e hábitos de saúde bucal. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Foram entrevistados seis idosos e, a partir da análise de conteúdo, emergiram cinco categorias principais: todos os participantes nasceram no Sul de Minas Gerais, têm escolaridade incompleta e infância marcada por cuidados de saúde bucal insatisfatórios. Todos relataram cuidados ocasionais de saúde bucal que se tornaram irregulares na velhice. A maioria dos participantes se abrigaram voluntariamente na ILPI, relatando expressiva mudança de rotina e perda da autonomia e independência. Para os entrevistados, o significado de saúde bucal é compreendido entre função satisfatória, ausência de doenças e não consideram a própria condição satisfatória. Portanto, embora os relatos apresentem trajetórias de vida heterogêneas, as experiências de envelhecimento e vivência na ILPI são semelhantes. As experiências de saúde bucal são ainda mais similares, com hábitos irregulares de higiene, uso de próteses e desinteresse pelas condições bucais. Os relatos foram de extrema importância para compreensão das condições e necessidades dos idosos e, a partir daí, construir novos caminhos para a educação em saúde bucal, indo além da ausência de doenças e considerando a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Saúde bucal; Educação em saúde; Saúde do idoso institucionalizado.

### **Abstract**

The research aimed to understand the knowledge, customs and self-perception of the oral health of the elderly in a Long-Term Institution (LTI), in order to determine how this history influences the oral health of the institutionalized elderly. For this, a qualitative study was carried out, configured as an intervention research, composed of reports from residents of the LTI; and who investigated, through semi-structured interviews, their previous knowledge and oral health habits. The interviews were recorded, transcribed and analyzed. Six elderly people were interviewed and, from the content analysis, five main categories emerged: all participants were born in the south of Minas Gerais, have incomplete schooling and childhood marked by unsatisfactory oral health care. All reported occasional oral health care that became erratic in old age. Most participants took shelter voluntarily at the LTI, reporting a significant change in routine and loss of autonomy and independence. For the interviewees, the meaning of oral health is understood between satisfactory function, absence of diseases and they do not consider their own condition to be satisfactory.

Therefore, although the reports present heterogeneous life trajectories, the experiences of aging and living in the LTI are similar. Oral health experiences are even more similar, with irregular hygiene habits, use of dentures and lack of interest in oral conditions. The reports were extremely important to understand the conditions and needs of the elderly and, from there, to build new paths for oral health education, going beyond the absence of diseases and considering the quality of life.

**Keywords:** Oral health; Health education; Health of institutionalized elderly.

### Resumen

La investigación tuvo como objetivo comprender los conocimientos, costumbres y autopercepción de la salud bucal de los ancianos en una Institución de Larga Estancia (ILPI), con el fin de determinar cómo esa historia influye en la salud bucal de los ancianos institucionalizados. Para ello, se realizó un estudio cualitativo, configurado como una investigación de intervención, compuesto por relatos de residentes del ILPI; y que indagaron, a través de entrevistas semiestructuradas, sus conocimientos previos y hábitos de salud bucal. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas. Fueron entrevistados seis ancianos y, a partir del análisis de contenido, surgieron cinco categorías principales: todos los participantes nacieron en el sur de Minas Gerais, tienen escolaridad incompleta e infancia marcada por una atención a la salud bucal insatisfactoria. Todos reportaron atención de salud oral ocasional que se volvió errática en la vejez. La mayoría de los participantes se refugió voluntariamente en el ILPI, relatando un cambio significativo en la rutina y pérdida de autonomía e independencia. Para los entrevistados, el significado de salud bucal se entiende entre función satisfactoria, ausencia de enfermedades y no consideran satisfactoria su propia condición. Por lo tanto, aunque los relatos presenten trayectorias de vida heterogéneas, las experiencias de envejecer y vivir en la ILPI son similares. Las experiencias de salud bucal son aún más similares, con hábitos de higiene irregulares, uso de prótesis dentales y desinterés por las condiciones bucales. Los relatos fueron de suma importancia para comprender las condiciones y necesidades de los ancianos y, a partir de ahí, construir nuevos caminos para la educación en salud bucal, yendo más allá de la ausencia de enfermedades y considerando la calidad de vida.

**Palabras clave:** Salud bucal; Educación en salud; Salud del anciano institucionalizado.

## 1. Introdução

O envelhecimento da população brasileira ocorre sobre um contexto de grandes mudanças sociais, culturais, econômicas, institucionais, no sistema de valores e também na configuração dos arranjos familiares (Camarano & Kanso, 2010). Embora a velhice não seja sinônimo de doença, na idade avançada é observado aumento do risco de comprometimento da capacidade funcional, com consequente perda de autonomia e independência do indivíduo (Rocha *et al.*, 2013), o que leva, muitas vezes, à institucionalização do mesmo (Colomé *et al.*, 2011).

Contudo, a transferência da pessoa idosa da própria casa para a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) faz com que ela tenha que se adaptar a uma nova realidade, que inclui mudanças de hábitos, rotinas, ambientes, relações pessoais e sociais (Loureiro & Silva, 2015). Esta situação pode acarretar em modificações na condição de saúde e qualidade de vida destas pessoas, uma vez que cada indivíduo, considerando sua história de vida, vivências anteriores e aquelas construídas na ILPI, elabora significados diferentes para viver no local, a partir do impacto que o processo de institucionalização gera em sua vida (Ferretti, 2014; Loureiro & Silva, 2015).

Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante (Rosa *et al.*, 2008). Enfermidades e distúrbios bucais podem provocar disfunção mastigatória o que dificulta o idoso a se alimentar corretamente, passando assim a modificar sua alimentação e causando redução na ingestão de nutrientes essenciais, facilitando ou potencializando doenças sistêmicas (Fidel Júnior *et al.*, 2013). Assim, uma saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa (Rosa *et al.*, 2008).

A condição de saúde bucal dos idosos, institucionalizados ou não, é deficiente, possivelmente em decorrência do caráter excludente da atenção odontológica pública vigente no passado (Bulgarelli & Manço, 2006; Austregésilo *et al.*, 2015). A população idosa brasileira carrega a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras, o que resultou em um quadro precário, com ausência de dentes e acúmulo de necessidades de tratamento (Austregésilo *et al.*, 2015). Com a institucionalização, o processo de decaimento da saúde bucal acentua-se. De modo geral, os idosos institucionalizados

apresentam desinteresse pela sua saúde bucal, diminuição da acuidade visual e da destreza manual, declínio cognitivo e pelo menos uma doença crônica. É importante destacar que o idoso apresenta maior vulnerabilidade em diversos parâmetros da sua condição, mas particularmente na incidência e prevalência de enfermidades psicofisiológicas especificamente aquelas cuja manifestação decorre na cavidade oral (Melo *et al.*, 2016).

Neste contexto, o conceito de qualidade de vida está intimamente relacionado ao de autopercepção que, em saúde, pode ser entendida como a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Dessa maneira, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, pois os conceitos de saúde e de doença são determinados por valores culturais, sendo percebida de modo diferente por indivíduos, sociedades e gerações, mostrando a diversidade de experiências e valores dos idosos (Beloni *et al.*, 2013).

Para desenvolver intervenções adequadas às características sociais e culturais da população idosa, é preciso conhecer um pouco mais sobre a maneira como os idosos brasileiros integram a sua experiência, a forma como o percebem seus problemas de saúde, como procuram resolvê-los e quais são as dificuldades que encontram nesse percurso (Colomé *et al.*, 2011). O acesso deficiente ao conhecimento e informação dos cuidados para com a saúde bucal aliado a utilização de algumas condutas ultrapassadas de tratamento podem levar à perda dentária em pessoas idosas (Bulgarelli & Manço, 2006); conjuntura essa considerada um empecilho para o uso dos serviços odontológicos, visto que se configura no desconhecimento da importância desses serviços de forma preventiva (Austregésilo *et al.*, 2015).

Em vista disso, ações de educação em saúde, sobretudo aquelas realizadas em grupos, se mostram como ferramentas capazes de possibilitar às pessoas idosas a construir maior aporte de conhecimento sobre saúde bucal que se traduzam em mudanças efetivas quanto ao autocuidado, com consequentes resultados sobre os níveis de saúde bucal das mesmas (Alves *et al.*, 2017; Mendonça *et al.*, 2017; Oliveira Júnior *et al.*, 2017).

Assim, o presente trabalho teve por objetivo reconhecer os conhecimentos prévios sobre higiene e cuidados bucais e a autopercepção em saúde oral de idosos institucionalizados a fim de se determinar como este histórico influencia em sua saúde bucal e, a partir dos resultados obtidos, propor atividades educativas visando a melhora da qualidade de vida dos mesmos.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, de caráter descritivo-exploratório retrospectivo, desenvolvido a partir das narrativas de seis idosos institucionalizados, residentes em uma ILPI do sul de Minas Gerais.

Devido ao desafio de selecionar uma amostra probabilística em uma ILPI, foi determinado que a amostra mais adequada ao contexto seria não probabilística do tipo conveniência. Assim, durante as visitas, na medida em que as pesquisadoras conheciam melhor o ambiente e os moradores, foram convidados a participar das entrevistas os idosos que se interessavam e encaixavam no perfil da pesquisa. Os critérios de participação exigidos foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser capaz de ouvir e entender o suficiente para participar das entrevistas e atividades educativas, não se importar em ser gravado durante as entrevistas e concordar em participar da entrevista assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Assim, dez idosos foram convidados a participar das entrevistas, sendo que todos foram informados sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios de colaborar com a pesquisa e manifestaram sua anuência através do TCLE. Três dos dez moradores convidados não aceitaram participar do estudo após serem explicados os detalhes e objetivos das entrevistas. Uma das entrevistas realizadas teve que ser descartada devido a impossibilidade de transcrição e entendimento da mesma (moradora com demência avançada). Sendo assim, seis entrevistas foram transcritas e analisadas.

Além das entrevistas, também foi empregada a observação participante, que consistiu na inserção das pesquisadoras no meio pesquisado, convivendo no mesmo ambiente durante um período de tempo, buscando partilhar o cotidiano dos

moradores para compreender melhor as condições de vida ali. Após cada visita, as pesquisadoras registraram os eventos ocorridos durante o dia em diários de campo. Existem diferentes concepções e contribuições em relação à elaboração e ao uso de um diário de campo. Na pesquisa em questão, o diário se tornou um apoio para o delineamento das decisões na condução da pesquisa, evidenciando os acontecimentos de forma a auxiliar a orientar e conduzir as entrevistas, não sendo parte da análise de conteúdo em si (Araújo *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2021).

Antes da entrevista propriamente dita foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico, a fim de recolher informações pessoais sobre o perfil socioeconômico, o tempo de residência na ILPI e principais características clínicas de cada participante, buscando iniciar uma conversa com os entrevistados e introduzir certos temas antes de serem abordados na entrevista.

A coleta dos relatos foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, utilizando perguntas norteadoras, organizadas a partir do levantamento teórico prévio. Tais perguntas buscavam compreender como é o processo de viver a velhice num ambiente institucionalizado e as conseqüências para a saúde bucal; qual é a autopercepção sobre saúde desses participantes; como se constituíram seus hábitos de cuidado, conhecimentos populares e práticas de saúde oral e, nesse sentido, como eles se sentem em relação a esses cuidados. O objetivo foi coletar vivências, experiências, saberes, percepção de saúde bucal, cuidados para com a mesma, além da informação de alguma dúvida ou curiosidade ou de alguma dificuldade que cada idoso tenha em relação a sua saúde oral.

Foi dada liberdade aos participantes para escolherem onde desejavam ser entrevistados, portanto cinco moradores escolheram o pátio da instituição e um o seu respectivo quarto. Foram reunidas seis entrevistas gravadas, com duração média de 64 minutos cada, que foram transcritas pelas três pesquisadoras. As transcrições não foram devolvidas aos participantes e nem houve feedback dos resultados devido à dificuldade de retorno à instituição (Souza *et al.*, 2021).

Após o esgotamento das categorias temáticas estabelecidas nas perguntas da entrevista semiestruturada, a etapa de coleta de dados foi encerrada, assim como a amostra, pois o estudo qualitativo preconiza a amostragem por saturação como forma de organizar e limitar a coleta de dados de modo a garantir o desenvolvimento completo das categorias da pesquisa sem sobressaturar a análise com informações que não serão aproveitadas. Assim, a amostragem por saturação é uma técnica utilizada para estabelecer o tamanho final de uma amostra ao suspender a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta dos mesmos (Falqueto *et al.*, 2018).

A avaliação dos dados recolhidos foi realizada através da análise de conteúdo temático-categorial. A análise de conteúdo compreende a técnica de pesquisa que permite a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. Dessa forma, em termos de aplicação, permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto. O foco desse método é qualificar as vivências do sujeito pesquisado, bem como as suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (Silva *et al.*, 2021).

Assim, a técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. Essa etapa de pré-análise compreendeu as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Para isso, duas pesquisadoras realizaram leitura flutuante de cada uma das entrevistas, buscando a orientação do material e o reconhecimento das ideias iniciais do texto. Nesse momento houve contato direto e intenso das pesquisadoras com o material de campo recolhido, para a definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado (Deslandes *et al.*, 2007; Marin *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2021).

Foi iniciada a exploração do material de forma mais aprofundada na etapa de codificação, na qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades pertinentes ao objetivo da pesquisa e referencial teórico (Marin *et al.*, 2012). Para isso, foram determinadas pelas pesquisadoras, através de marcação colorida na transcrição das

entrevistas, as chamadas unidades de registro. As unidades de registro transformam os dados brutos em recortes do texto, através de classificação e agregação condizentes com o referencial teórico, buscando representação do conteúdo para a reagrupação em temas e formulação de categorias (Marin *et al.*, 2012). Foi definido que a unidade de registro do tipo objeto de pesquisa é a mais condizente com o trabalho em questão. O objeto de pesquisa consiste em temas eixos, nos quais foi agregado ao seu redor tudo o que o locutor disse ao seu respeito. Assim, utilizando como tema eixo as perguntas norteadoras da entrevista semiestruturada, foram definidas as unidades de registro em todo o material de campo.

Foram definidos os temas, isto é, associações lógicas das unidades de registro. Cada tema foi composto por um conjunto de unidades de registro que se relacionavam através dos eixos pré-definidos das perguntas norteadoras. Os temas estabelecidos foram definidos, quantificados e organizados segundo as suas dimensões em categorias representativas da reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelas pesquisadoras, expressando uma intencionalidade ao rerepresentar o objeto de estudo a partir de um olhar teórico específico (Deslandes *et al.*, 2007). A terceira e última etapa da análise temática-categorial consistiu no tratamento dos resultados. Através de inferência e interpretação, as informações fornecidas pela análise foram organizadas e expostas, através de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria. Os temas inclusos nas categorias e suas unidades de registro principais também foram organizados em tabelas para a melhor visualização dos resultados.

Após a releitura dos dados recolhidos por meio das entrevistas semiestruturadas e das respectivas análises comparativas, foram selecionados dois temas para as rodas de conversa: a necessidade de higienização da boca sem as próteses dentárias e a dificuldade de adaptação das próteses dentárias, em especial a inferior. As atividades de educação em saúde ainda não ocorreram em virtude da pandemia, porém, pretende-se executá-las assim que seja possível. Os temas serão trabalhados através de rodas de conversas, caracterizando assim a pesquisa-intervenção, pois a identificação de problemas e necessidades foi construída a partir do discurso dos próprios atores sociais do cenário da pesquisa. A proposta de pesquisa-intervenção é baseada nas teorias histórico-cultural de Vygotsky e na educação libertadora proposta por Paulo Freire, e está fundamentada no discurso das populações, fazendo com que não seja entendido nem aquém e nem além do contexto cultural em que se encontram. Assim, a intervenção ocorrerá através das demandas dos próprios participantes da pesquisa (Snyder *et al.*, 2016).

Para as atividades, serão realizados encontros semanais com todos os idosos que tiverem interesse em participar e também os cuidadores que tenham disponibilidade. Serão feitas “rodas de conversa” seguindo os preceitos da educação popular em saúde, priorizando a participação igualitária e o conhecimento popular dos participantes. Além da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, o trabalho da promoção em saúde possibilita a quebra da relação vertical existente entre o profissional da saúde e sujeito que está recebendo a ação (Oliveira Júnior *et al.*, 2017).

A primeira atividade planejada é a higienização das próteses dentárias. Os idosos serão convidados a demonstrarem como realizam a higienização de suas próteses no dia a dia utilizando macromodelos, de maneira dinâmica e lúdica. A partir disso, serão discutidas alternativas para melhorar a higienização das próteses dentárias. As atividades propostas nas “rodas de conversa” serão pautadas pelo diálogo bidirecional entre as partes envolvidas no processo, sempre respeitando e valorizando o conhecimento e a experiência dos participantes (Amaral *et al.*, 2014).

O próximo tópico será a higienização da boca sem dentes e/ou sem as próteses e a higienização do dorso lingual. Para isso, os idosos serão convidados a discutir a importância de higienizar a cavidade bucal diariamente, mesmo que não tenham dentes. Em seguida, será feita uma dinâmica de escovação supervisionada (de preferência com a participação dos cuidadores) para tornar a escovação mais eficiente. O cuidado com as próteses antes de dormir também será discutido em grupo e as instruções para a higiene oral serão repassados por meio de cartazes de orientação confeccionados pelos próprios idosos durante as atividades. Os cartazes serão expostos nos banheiros da instituição.

Outra atividade proposta é uma “roda de conversa” informativa sobre as principais doenças e condições bucais que podem acometer os idosos, discutindo sobre as próprias experiências dos idosos residentes com saúde bucal e adaptação e retenção das próteses, e os fatores do dia a dia que interferem nessa retenção. Para o engrandecimento da conversa, diversos materiais de apoio, como ilustrações e vídeos serão empregados para tornar a experiência mais interativa e lúdica. Dependendo do tempo disponível e da quantidade de idosos que manifestarem interesse em participar, estas atividades planejadas serão espalhadas por diversos encontros e divididas em pequenos grupos.

### 3. Resultados

Os resultados são apresentados considerando a caracterização dos sujeitos (Tabela 1 e 2) e as cinco categorias emergidas dos relatos fundamentados nas questões da entrevista semiestruturada aplicada aos participantes, residentes em uma ILPI do sul de Minas Gerais (Quadros 1-10).

#### a. Características dos participantes em relação ao aspecto socioeconômico e variáveis clínicas (n=6)

**Tabela 1** - Características socioeconômicas dos participantes e experiência na ILPI.

Variáveis	Respostas	n (%)	Variáveis	Respostas	n (%)
<b>Cidade de origem</b>	Alfenas	2 (33,33)	<b>Situação econômica ao longo da vida</b>	Ruim	2 (33,33)
	Botelhos	1 (16,67)		Média	2 (33,33)
	Campos Gerais	1 (16,67)		Não comentado	2 (33,33)
	Divisa Nova	1 (16,67)	<b>Iniciativa do internamento na ILPI</b>	Iniciativa própria	4 (66,67)
	Machado	1 (16,67)		Trazido por familiares	1 (16,67)
<b>Gênero</b>	Feminino	4 (66,67)	Trazida por técnico de ação social (cuidadora)	1 (16,67)	
	Masculino	2 (33,33)	<b>Dependente de cuidador para vestimenta / alimentação / higiene pessoal</b>	Sim	2 (33,33)
<b>Idade (anos)</b>	69 – 81	6 (100)		Não	4 (66,67)
			<b>Gosta da instituição</b>	Sim	4 (66,67)
Divorciado	1 (16,67)	Não		2 (33,33)	
Viúvo	2 (33,33)	<b>Frequência com que o idoso sente-se solitário</b>		Sempre	1 (16,67)
<b>Nível de escolaridade</b>	Não estudou		1 (16,67)	Algumas vezes	2 (33,33)
	Ensino fundamental incompleto	5 (83,33)	Raramente	1 (16,67)	
<b>Aposentado</b>	Sim	5 (83,33)	Não comentado	2 (33,33)	
	Não comentado	1 (16,67)			

Fonte: Autores (2022).

**Tabela 2** – Considerações sobre saúde geral e bucal.

Variáveis	Respostas	n (%)
Consideração sobre sua saúde geral	Muito ruim	1 (16,67)
	Ruim	1 (16,67)
	Nem ruim e nem boa	2 (33,33)
	Boa	1 (16,67)
	Não comentado	1 (16,67)
Possui problema de saúde agudo?	Sim	1 (16,67)
	Não	3 (50,00)
	Não comentado	2 (33,33)
Portador de doenças crônicas	Sim	5 (83,33)
	Não	1 (16,67)
Tratamento médico atual	Hipertensão arterial sistêmica	2 (33,33)
	Diabetes mellitus	2 (33,33)
	Outros (problemas cardíacos, AVC, etc.)	1 (16,67)
	Nenhum	1 (16,67)
Medicamento de uso contínuo	Sim	5 (83,33)
	Não	1 (16,67)
Consideração sobre sua saúde bucal	Nem ruim e nem boa	1 (16,67)
	Boa	4 (66,67)
	Muito boa	1 (16,67)
Usuário de prótese dentária	Sim	6 (100)

Fonte: Autores (2022).

**b. A partir dos relatos dos participantes, emergiram cinco categorias baseadas em doze temas (conforme exibidos abaixo), que surgiram como consequência da reunião de noventa e cinco unidades de registro.**

Os entrevistados serão identificados por E1- E6 e as pesquisadoras por P1 e P2, a fim de se preservar a identidade dos mesmos.

**Categoria 1:** Nascidos no Sul de Minas, com escolaridade incompleta e infância marcada por cuidados de saúde bucal insatisfatórios (TEMAS A e B).

**Tema A:** Nascidos na região do Sul de Minas, com escolaridade incompleta e condições extenuantes de trabalho (QUADRO 1).

**Quadro 1 – História de vida dos participantes.**

Unidades de registro	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nascidos entre um intervalo de 1939 até 1951.</li> <li>- Todos os participantes são de Alfenas ou região próxima.</li> <li>- Três participantes trabalharam/viveram em São Paulo (E4/E1/E5).</li> <li>- Cinco participantes confirmaram a aposentadoria (E1/E3/E4/E5/E2).</li> <li>- Cinco participantes não são fumantes (E3/E4/E5/E2/E6).</li> <li>- Quatro participantes viveram no Lar com um parente próximo durante um período de tempo (E4/E2/E5/E6).</li> <li>- Três participantes trabalharam com empregos fixos ao longo da vida (E3 – professora/ E6 – trabalhadora rural/ E2 – trabalhava com limpeza).</li> <li>- Cinco participantes nasceram e/ou cresceram na zona urbana (E1/E4/E3/E2/E5).</li> <li>- Cinco participantes têm o ensino fundamental incompleto (E1/E4/E3/E2/E5).</li> <li>- Dois participantes tiveram uma infância conturbada (E5/E6).</li> <li>- Três participantes cresceram sem a família biológica (E4/E3/E5).</li> <li>- Dois participantes nunca foram casados – homens (sem família) (E2/E5).</li> <li>- Duas participantes enxergam a velhice como um impedimento (E6/E3).</li> <li>- Três participantes sentem saudades do animal de estimação (E3/E2/E5).</li> </ul>	<p><i>“P1: E te perguntar, cê estudou até que série? E6 (75 anos): Eu? Eu num estudei... P1: Estudou não? E6 (75 anos): Meu pai não padecia... tanto que era pra nós estudá, e deu umas correçada, bem lançada... P1: Nossa senhora, que tristeza... E6 (75 anos): Era pra nós trabaiaá sabe?”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**TEMA B:** Durante a infância, tiveram acesso a profissionais dentistas que exerciam uma odontologia curativista e mutiladora, ocasionando medo e receio frente ao tratamento odontológico. Seus cuidados de higiene oral eram esparsos e diversificados durante a juventude (Quadro 2).

**Quadro 2 – Saúde bucal na infância.**

Unidades de registro	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinco participantes relataram não ter medo de dentista quando criança (E1/E3/E4/E5/E6).</li> <li>- Todos os participantes visitaram um dentista quando criança (E1/E2/E3/E4/E5/E6).</li> <li>- Dois participantes imediatamente relacionaram o dentista com a extração dentária (E2/E6).</li> <li>- Duas participantes não possuíam escova quando crianças (E1/E6).</li> <li>- Cinco participantes não relataram cuidados odontológicos na escola (E1/E3/E4/E5/E6).</li> <li>- Dois participantes citam a agulha/injeção como fonte de medo durante o tratamento odontológico (E2/E6).</li> <li>- Uma participante comentou que o acesso ao dentista durante a infância era difícil, pois era muito longe (E6).</li> <li>- Dois participantes comentaram que não possuíam hábitos de cuidados de higiene oral quando criança (E2/E6).</li> <li>- Um participante relatou que o consumo de melado na infância estragou os seus dentes (E5).</li> <li>- Uma participante relatou que o tratamento odontológico era caro na sua infância (E6).</li> <li>- Uma participante relatou que seus pais não cuidavam de sua saúde bucal quando jovem (E6).</li> <li>- Uma participante citou o hábito de remediar dores de dente quando jovem utilizando plantas medicinais (E6).</li> <li>- Dois participantes descreveram o uso de remédios caseiros para tratar a dor (E5/E6).</li> </ul>	<p><i>E2 (69 anos): “Eu achava [dentista] que era um bicho de sete cabeças. [...] Por isso eu nunca ia no dentista né? [...] Tinha um medo danado.”</i></p> <p><i>E6 (75 anos): “Ah, eu tenho raiva dos meus dente! P1: Raiva? Por quê? E6 (75 anos): Dor de dente. Eu tenho raiva que a dor de dente é horrível, que num passa e num deixa a gente sussegar... Credo! [...] E6 (75 anos): Ih... Cruz credo, Nossa Sinhora. E a gente mexia muito no buraco, mexia com água, e inchava, era baba, brincava e aí abria, estorava. Ah, mas era muito ruim, nós ficava ruim, a gente ia lá mas doía que eu lembro.... Ah! Já fiz tudo, hoje num sou nada mais. [...]”</i></p> <p><i>E6 (75 anos): “É... tinha uma erva que chamava erva de micha, era uma beleza pra pôr no dente... Era uma beleza pra dor no dente, era marronzinha. Ah, mas também a minha ansiedade com as coisa... Nós fervia muito pra pôr no dente... P2: Aí logo passava a dor? E6 (75 anos): Passava..., mas tinha que melhora alguma coisa né? Nós tinha muita erva do mato assim que era bão pra dente sabe? [...] Hortelã é bão né? Suco de romã... mais umas erva, tinha muita pra nós usá. Tinha dia que nós que pegava tudo, tinha tudo quanto há. Tinha rama de batata, a gente gostava muito de batata pra comê né?”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**CATEGORIA 2:** Cuidados de saúde bucal ocasionais durante a vida adulta que se tornaram irregulares na velhice (TEMAS C e D).

**TEMA C:** Durante a vida adulta, as visitas ao profissional dentista se tornaram regulares, assim como os cuidados em saúde bucal (Quadro 3).

**Quadro 3 – Saúde bucal na vida adulta.**

Unidades de registo	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Três participantes relataram ter frequentado dentistas particulares em algum ponto da vida (E1/E2/E5).</li> <li>- Dois participantes relataram episódios em que não se sentiram confiantes no tratamento odontológico (E5/E6).</li> <li>- Um participante relatou ter removido os próprios dentes (E5).</li> <li>- Uma participante incentivava um familiar a cuidar de saúde bucal (E3). Enquanto outra participante relatou um episódio em que desmotivou um familiar a prosseguir com o tratamento odontológico (E6).</li> </ul>	<p><i>E5 (75 anos): “Ah, meu dente aqui! Meus dente a maior parte deles foi eu mesmo que ranquei, uai [...] Pegava um alicate, torcia os dente e [...] arrancava.  [...]</i></p> <p><i>E5 (75 anos): Aqueles dentes aqui arranquei tudo. Porque ah o cara pôs fixa né? [...] O cara falou: “cê tá doido!” Falei: “que doido o quê?” Uma vez eu tava com uma dor de dente, eu fui no dentista né?! Ai ele falou assim pra mim: “não vou rancá agora não, porque isso aí tá tudo inchada, não pega anestesia.” Eu: “mas cê não vai fazê isso não né?” [...] “Não, cê tem que esperá, eu vou ali dentro e já vorto.” Ele foi [risos] e deixou o boticão em cima [risos], eu peguei [risos]. A hora que ele chegou. “Pronto! Toma [risos].” [...] Ele falou assim: “mas quem mandó cê arrancá?” Eu falei: “eu já ranquei, uai. Não vou dá trabalho pro cê não [risos].” [...] Ah, torci assim só ouvi os barulho da rancando os dente, as raíz saindo tudo. [...] Fui tirano assim. Esses dia eu tirei três lá no dentista. [...] Quando ele chegô eu tava [risos] os três assim [risos]. [...] Ele falô: “não, vamo dá uns pontos.” Falei: “não precisa dá ponto em nada não.” [...] “Ah, mas eu vou te dá uns comprimidos.” Falei: “que comprimido, o quê?” Passei numa venda falei pro camarada: “me arranja um copo de pinga aí.”</i></p> <p><i>E2 (69 anos): “Ah, lembro oh! [...] No dentista particular [...]Rancô meus dente tudo da boca [...] Doutô falecido Edson, já morreu [...] Rancô tudo [...]”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**TEMA D:** A utilização de próteses dentárias, parciais ou totais, é comum a todos. Os conhecimentos de saúde e doença bucal são rasos, atrelados principalmente à presença de dentes, naturais ou protéticos (Quadro 4).

**Quadro 4 – Saúde bucal na velhice.**

<b>Unidades de registro</b>	<b>Trechos das entrevistas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Atualmente nenhum dos seis participantes sente medo de dentista (E1/E2/E3/E4/E5/E6).</li><li>- Quatro participantes relataram ser desdentados totais (E1/E2/E3/E5).</li><li>- Dois participantes relataram que passaram a fazer uso de próteses totais recentemente (E4/E5).</li><li>- Todos os participantes realizaram pelo menos uma troca de prótese em algum momento antes de irem para a ILPI (E1/E2/E3/E4/E5/E6).</li><li>- Quatro participantes citaram espontaneamente “doenças da boca” (cárie, obturação, boqueira) e tratamentos durante a entrevista (E1/E2/E5/E6).</li><li>- Uma participante não vê razão para tomar a medicação sistêmica, pois considera que não irá melhorar (E6).</li><li>- Três participantes associaram alterações bucais com o uso de medicação sistêmica (E2/E3/E1).</li><li>- Uma participante associa saúde bucal com somente a situação dos dentes – naturais ou prótese (E4).</li><li>- Todos demonstraram ter conhecimento prévio de hábitos de higiene oral (E1/E2/E3/E4/E5/E6).</li><li>- Uma participante sente falta dos dentes (E3).</li><li>- Um participante relatou que sentiu alívio ao extrair seus dentes (ausência de dor) para instalar a prótese (E6).</li></ul>	<p><i>E6 (75 anos): “[...] porque eu troquei a minha [dentadura] uma porção de vez [...]. Qualquer coisinha ficava trocando [...].”</i></p> <p><i>P1: “[...] mas a Senhora já ouviu falar de umas doenças que dá na boca, que o pessoal fala, tipo cárie, doença periodontal.... Já ouviu falar, alguém já falou que tinha [...]].</i></p> <p><i>E4 (73 anos): Olha eu não lembro não.”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**CATEGORIA 3:** Abrigamento voluntário na ILPI, com expressiva mudança de rotina e perda de autonomia e independência (TEMAS E, F, G, H e I).

**TEMA E:** Abrigamento voluntário na ILPI após complicações sistêmicas com acompanhamento de familiares ou conhecidos (Quadro 5).

**TEMA F:** Mudanças expressivas de rotina após o abrigamento na ILPI, com queixa de perda de autonomia e independência. Dificuldades de convivência interpessoal e intrapessoal, em especial relacionado ao autocuidado. A solidão é uma queixa comum dos participantes (Quadro 5).

**TEMA G:** Apesar do descontentamento com alguns aspectos da ILPI, são gratos pelos cuidados recebidos (Quadro 5).

**Quadro 5 – Vida antes e após o abrigo na ILPI.**

Unidades de registro	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quatro participantes sentem falta da vida ativa e questionam a perda de seu valor na sociedade (E3/E6/E2/E1).</li> <li>- Três participantes consideram-se integrados no Lar (E4/E3/E2).</li> <li>- Três participantes não gostaram do Lar no começo, mas depois se acostumaram (E3/E5/E6).</li> <li>- Cinco participantes relataram mudança de rotina expressiva após a mudança para o Lar (E1/E3/E2/E5/E6).</li> <li>- Seis participantes demonstraram descontentamento com brigas e discussões que ocorreram entre os moradores do Lar.</li> <li>- Os quatro participantes decidiram ir para o Lar por conta própria. Os mesmos foram com um parente próximo ou já tinham um parente próximo morando no Lar (E4/E2/E5/E6).</li> <li>- Três participantes foram morar no Lar após complicações de saúde (E2/E1/E5).</li> <li>- Duas participantes relataram dificuldades para o autocuidado no Lar (E1/E6).</li> <li>- Duas participantes não se sentem motivadas a cuidar de si no Lar (E1/E6).</li> <li>- Dois participantes apresentaram dificuldades de convivência no Lar (E1/E5).</li> <li>- Duas participantes se sentem “presas” no Lar e não desejam aquela “vida” para elas (E1/E6).</li> <li>- Duas participantes reclamam de roubo dos seus pertences no Lar (E1/E6).</li> <li>- Duas participantes se sentem desmotivadas para a vida (E1/E6).</li> <li>- Dois participantes relataram que estavam sofrendo muito antes de ir para o Lar (E3/E2).</li> <li>- Três participantes consideram que não falta nada no Lar (E2/E3/E4).</li> <li>- Dois participantes relataram solidão como motivação para ir morar no Lar (E2/E3).</li> <li>- Cinco participantes são gratos por um ou mais aspectos do Lar e os cuidados recebidos ali (E2/E3/E4/E5).</li> <li>- Motivos para a gratidão no Lar: alimentação (5 idosos); remédios (4 idosos); funcionários (2 idosos).</li> <li>- Duas participantes associaram a perda da autonomia e independência com a perda da autoestima (E1/E6).</li> </ul>	<p><i>E5 (75 anos): “Eu vim pra cá, porque eu tive um AVC [...] Eu tive um AVC e fiquei com essa perna aqui ruim, só essa perna.”</i></p> <p><i>E4 (73 anos): [...] aí eu tava sozinha, meu marido morreu, eu fiquei sozinha. Porque ele veio pra cá antes de mim, e ele morreu aqui, aí eu vim pra ficar aqui também, e tô aqui.</i> [...]</p> <p><i>E4 (73 anos): A Dona D. que fica comigo aqui, eu conheço ela desde eu menininha [...]</i></p> <p><i>E1 (78 anos): “[...] é pior que uma cadeia isso aqui [ILPI], chega um na grade aí pra visitar os outro aí, é as madame que vai.</i> [...]</p> <p><i>E1 (78 anos): Eu sei que eu vou morrer, eu vou ficar aqui [ILPI], mas isso eu não quero pra mim não, eu não quero ficar aqui, eu não quero isso.”</i></p> <p><i>P1: “[...] E quando o Senhor veio pra cá cê sentiu que mudou muita coisa assim?</i></p> <p><i>E2(69 anos): Ah, tudo, né?!</i> [...]</p> <p><i>E2 (69 anos): É. Porque aqui a gente tem paiz também, né? [...] Tiver um doente vê outro, né? [...] E a gente conforma, né?”</i></p> <p><i>P1: “E a Senhora gosta daqui?”</i></p> <p><i>E3 (81 anos): No começo não gostava não. Achava aqui desajeitado, desleixado, né?! Agora hoje, agora hoje eu já gosto! Gosto do cês tudo, tudo me agrada. Às veiz, a gente quer uma roupa, não precisa nem pedir que eles põe aquela ropa ni mim.”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**TEMA H:** Todos consideram que a saúde geral sofreu um declínio nos últimos anos, porém não relacionam o adoecimento com o abrigo (Quadro 6).

**Quadro 6** – Saúde geral após o abrigamento na ILPI.

Unidades de registro	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"><li>- Todos consideram que a saúde geral sofreu um declínio nos últimos anos.</li><li>- Cinco participantes não relacionam a ida para a ILPI com o declínio de saúde.</li><li>- Três participantes consideram que os cuidados fornecidos pelo Lar foram de grande ajuda para melhorar a saúde (E3/E5/E2).</li><li>- Uma participante se sente extremamente incomodada com a perda de autonomia e independência com a sua saúde e a interrupção de sua rotina de autocuidado no Lar (E1).</li><li>- Duas participantes se sentem extremamente desmotivadas com os cuidados de higiene devido à perda de seus itens pessoais de higiene no Lar (E1/E6).</li><li>- Cinco participantes confirmaram uso de medicamentos para condições crônicas (E1/E3/E5/E2/E6).</li><li>- Cinco participantes estão satisfeitos com a rotina de cuidados com a saúde geral que recebem no Lar (E3/E4/E2/E5/E6).</li></ul>	<p><i>E5 (75 anos): “Não, dei problema foi o AVC, mas eu tenho diabete [...]. Tenho problema de pressão [...]</i> <i>P1: Mas aí o Senhor tá tomando os remédios?</i> <i>E5 (75 anos): Ah, tô tomando os remédios direto, uai [...]. Aqui eles dão de tudo [...] Remédio, esses trem tudo.”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**TEMA I:** Após o abrigamento, as mudanças na saúde bucal não foram evidentes. A perda de interesse pelo cuidado com a saúde bucal é prevalente (Quadro 7).

**Quadro 7** – Saúde bucal após o abrigamento na ILPI.

Unidades de registro	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dois participantes relataram ter recebido cuidados de saúde bucal na ILPI (troca de dentadura) (E3/E2).</li><li>- Quatro participantes não relataram mudanças específicas na sua saúde bucal. (E1/E3/E4/E5).</li><li>- Uma participante se sente muito incomodada, pois não possui escova de dente e sente que desacostumou com os cuidados de saúde oral (E6).</li><li>- Uma participante é satisfeita com o cuidado em saúde bucal que recebe na ILPI (as cuidadoras cuidam de sua dentadura) (E3).</li><li>- Duas participantes relataram perda de entusiasmo para o autocuidado, incluindo saúde oral (E1/E6).</li></ul>	<p><i>E1 (78 anos): “Da boca? Não, não tem problema não. Mas se ocê perguntar dos olhos... Acabei de fazer a terceira cirurgia [...]”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**CATEGORIA 4:** O significado de saúde bucal é compreendido entre função satisfatória e ausência de doenças (TEMA J).

**TEMA J:** O significado de saúde bucal é compreendido entre função satisfatória e ausência de doenças (Quadro 8).

**Quadro 8** – Significados de saúde bucal atribuídos pelos participantes.

Unidades de registro	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Três participantes relacionaram saúde bucal com a alimentação – “saúde bucal é poder comer de tudo!” (E2/E3/E6).</li> <li>- Três participantes consideraram saúde bucal como falta de problemas na boca (mau hálito e dor) (E4/E1/E5).</li> <li>- Uma participante citou a necessidade de hábitos de higiene oral (escovar os dentes) (E3).</li> <li>- Uma participante relaciona saúde bucal com dentadura nova (E3).</li> </ul>	<p><i>P1: “O que que a Senhora acha, fala que nossa, tá tudo bem?  E4 (73 anos): Eu acho que tá tudo bem, porque eu não sinto nada, não tem mau hálito, tá muito bem.”</i></p> <p><i>P2: “Deixa eu perguntá um trem pra Senhora ... o que que a Senhora considera como saúde da boca?  E6(75 anos): Añ? Ah, comê de tudo [...] eu acho até, porque a gente come e bebe de tudo é tão gostoso, né?”</i></p> <p><i>P2: “O que a Senhora pensa quando fala saúde da boca?  E3 (81 anos): Ah, de saúde da boca? [...] É armoçar, pegar a escova e escová ele. [...] Ficar uns dente cheiroso, vistoso [...].”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**CATEGORIA 5:** A saúde bucal atual não é considerada satisfatória (TEMAS K e L).

**TEMA K:** Os cuidados de saúde bucal oferecidos na ILPI não são considerados satisfatórios. O autocuidado é valorizado, mesmo que não seja exercido por todos. Os problemas de saúde bucal interferem no convívio social (Quadro 9).

**Quadro 9** – Cuidados de saúde bucal na ILPI.

Unidades de registro	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quatro participantes não comentaram receber cuidados odontológicos profissionais na instituição (E1/E4/E5/E6).</li> <li>- Dois participantes trocaram a dentadura na instituição (E2/E3).</li> <li>- Duas participantes relataram incômodo durante o período de adaptação da prótese (E1/E3).</li> <li>- Três participantes relataram incômodo com a prótese inferior – desadaptada (E2/E3/E5).</li> <li>- Três participantes relataram possuir a própria escova de dentes (E1/E4/E5).</li> <li>- Dois participantes valorizam o autocuidado frente ao cuidado profissional com a saúde fornecido no Lar (E1/E5).</li> <li>- Dois participantes relataram que problemas de saúde bucal interferem no seu convívio social (E3/E2).</li> <li>- Uma participante não confia nos cuidadores para ajudá-la a realizar a sua higiene oral (E1).</li> <li>- Duas participantes não apresentam queixa de saúde bucal (E1/E4).</li> </ul>	<p><i>E6 (75 anos): “Por que a gente com escova [de dentes] é bem melhor né?”</i></p> <p><i>P2: “Ái a dor que o Senhor sente na boca hoje é só por causa da dentadura debaixo mesmo? Ou sente mais alguma coisa?  E2 (69 anos): Eu tinha ... a de cima tá uma beleza.  [...]  E2 (69 anos): E não sai da boca. Agora a de baixo tá um escândalo [...] Nossa! Dá vergonha.  P2: Ahum. Machuca? Chega a machucá?  E2(69 anos): Não, não [...]. Nada disso. Não. Não machuca, nada disso. O problema é que sai né?”</i></p> <p><i>P1: “Ái a senhora mesmo vai lá e escova né?  E1 (78 anos): Ah, capaz que eu vou dar na mão dos outro os meus dente... Ele não vai nos outro não... Só quem caga pelas perna abaixo, aí [...].”</i></p> <p><i>E5 (75 anos): “Ah, eu sei como que cuida de mim né?”</i></p>

Fonte: Autores (2022).

**TEMA L:** Os hábitos de higiene oral se limitam ao cuidado das próteses dentárias (Quadro 10).

**Quadro 10** – Hábitos de saúde bucal na ILPI.

Unidades de registro	Trechos das entrevistas
<ul style="list-style-type: none"><li>- Os cuidados de higiene oral de todos os participantes se limitam a cuidar das próteses (E1/E2/E3/E4/E5/E6).</li><li>- Um participante relatou ter o hábito de remover as próteses para dormir (E2).</li><li>- Uma participante não realiza cuidados com a sua saúde bucal – diz que não tem motivo para cuidar de sua saúde, mas sabe que é necessário (E6).</li></ul>	<p>P1: “E a Senhora escova a boca também ou só a dentadura? E4(73 anos): É tudo dentadura.”</p> <p>E2 (69 anos): “[...] minha prótese eu ponho na vasia né? [...] Na vasia ... e de manhã eu tiro ela [...] Aí escovo tudo, tomo café e escovo e depois ... ponho na boca.”</p> <p>P1: “[...] pra limpá a dentadura como que o Senhor faz? E5 (75 anos): Eu levanto, tiro a dentadura e escovo. [...] Não, eu tenho escova, eu tenho tudo [...] Dá dentadura no fim do ano.”</p>

Fonte: Autores (2022).

A partir da identificação das demandas através da análise dos relatos, foram propostos dois temas para as atividades educativas: a necessidade de higienização da boca sem as próteses dentárias e a dificuldade de adaptação das próteses, em especial a inferior. As atividades de educação em saúde ainda não ocorreram em virtude da pandemia, porém, pretende-se executá-las assim que for possível, conforme descrito na metodologia.

#### 4. Discussão

Ao analisar as entrevistas, foi possível concluir que a maioria dos aspectos sociais, demográficos e relacionados à saúde observados neste estudo corroboram com demais estudos sobre o tema realizados no Brasil (Silva *et al.*, 2013; Azevedo *et al.*, 2017).

Assim, primeiramente, nota-se que todos os participantes nasceram na cidade em que a ILPI se localiza ou em municípios próximos (Tabela 1 e Quadro 1) e que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (Tabela 1). Contudo, uma vez que a amostra determinada foi de conveniência, deve-se considerar as minúcias do trabalho de campo em uma ILPI com moradias separadas por sexo. O acesso à moradia feminina foi incentivado pelos funcionários e, para as pesquisadoras, transitar na ala feminina se mostrou mais fácil e produtivo quando comparado à ala masculina. Em diversos momentos as próprias moradoras iniciaram o contato com as pesquisadoras buscando relatar algo ou conversar e, a partir disso, foram convidadas a fazer parte da pesquisa. Em vista disso, ainda é importante notar que, enquanto a literatura relata que a maioria esmagadora dos moradores de ILPIs brasileiras são do sexo feminino (Galhardo *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2013; Azevedo *et al.*, 2017), na ILPI em questão havia 111 moradores relativamente equilibrados entre sexos, sendo 58 homens e 53 mulheres no momento da pesquisa.

Tradicionalmente, há um processo de feminilização do envelhecimento, confirmando que a expectativa de vida da população mundial ao nascimento é extensiva a ambos os sexos, mas não ocorrem de modo uniforme (Del Duca *et al.*, 2011). As mulheres brasileiras, em especial, alcançam maior longevidade, sendo determinado pela menor exposição a fatores de risco, como trabalho, tabagismo e alcoolismo e uma maior preocupação consigo mesma. Ademais, a institucionalização parece ser, em grande medida, uma questão feminina: as mulheres constituem 81,1% da população dos asilos (Azevedo *et al.*, 2017).

Os participantes do estudo possuem média de idade de 76 anos e 5 meses (Tabela 1), o que é condizente com a literatura (Galhardo *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2013). Um estudo realizado em Diamantina estabeleceu que a média de idade dos moradores das ILPIs investigadas era de 77 anos (Silva *et al.*, 2013). Já em Pouso Alegre, a média de idade dos moradores de dois lares era de 75,3 anos (Galhardo *et al.*, 2010). Há tendência de aumento de chance de institucionalização conforme o avanço da idade, devido a diversos fatores, como declínio cognitivo, incapacidade funcional, maior carga de doenças crônicas e ocorrência de internações hospitalares mais frequentes (Del Duca *et al.*, 2011). Contudo, deve-se observar que a idade

avançada por si só não está associada à institucionalização, mas sim às situações que tendem a acompanhar o processo de envelhecimento (Lini *et al.*, 2016).

Quanto ao estado civil, a maior incidência foi de solteiros e viúvos (TABELA 1), o que corrobora com a literatura (Galhardo *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2013), que atribui este fato como consequência da falta de um responsável, familiar ou cônjuge que auxilie o idoso no dia a dia, seja para as tarefas domésticas ou o cuidado de si próprio (Del Duca *et al.*, 2011).

Em relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados relatou possuir ensino fundamental incompleto (Tabela 1 e QUADRO 1), o que condiz com um estudo de Ferreira *et al.* (2009). Contudo a literatura brasileira estabelece que a maioria dos moradores residentes em ILPIs são analfabetos, devido às dificuldades de acesso à escola no passado (Galhardo *et al.*, 2010; Del Duca *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2013). Além disso, a baixa escolaridade tem sido comumente associada a desfechos negativos à saúde do idoso, como maior fragilidade, problemas de saúde mental e maior carga de doenças crônicas (Del Duca *et al.*, 2011). A escolaridade incompleta é comum para os idosos brasileiros, em especial as mulheres e classes mais baixas nascidas até a década de 50, uma vez que o estudo não era visto como prioridade para as famílias da época, além de não ser acessível financeiramente (Evangelista *et al.*, 2014). Muitas famílias dependiam do trabalho de suas crianças e, por isso, não havia incentivo para continuar os estudos após aprender a ler e a escrever (Marin *et al.*, 2012). Ademais, não havia incentivo por parte do Estado, uma vez que a escolarização até o ensino fundamental completo só passou a ser direito e dever do estado em 1988 (Brasil, 2016).

Quanto à renda, a maioria dos entrevistados se declararam aposentados e informaram receber um salário mínimo (Tabela 1 e Quadro 1), o qual é revertido à instituição como forma de pagamento e manutenção. Este fato está de acordo com a literatura (Galhardo *et al.*, 2010) e pode ser atribuído ao tipo de ILPI onde a pesquisa foi realizada, que aceita a internação de idosos pagantes ou não. É possível presumir que se instituições privadas fossem envolvidas na pesquisa, a renda dos moradores seria superior aos achados deste trabalho, visto que tais lares costumam cobrar valores superiores a um salário mínimo.

Tal percepção está relacionada, também, à situação econômica ao longo da vida, variável para a qual a maior parte dos entrevistados relatou como sendo “média” (Tabela 1) e com inserção precoce no mercado de trabalho (Quadro 1). Segundo Azevedo *et al.* (2017), é possível identificar que os idosos que residem em instituições sem fins lucrativos, em geral, apresentam piores condições socioeconômicas. A própria institucionalização de idosos é comumente associada a dificuldades econômicas ao longo da vida, que são exacerbadas com a velhice, sobretudo pela vulnerabilidade social e redução da capacidade funcional das pessoas (Araújo *et al.*, 2006).

No caso específico da população estudada pode-se atribuir tal condição ao fato de a região do Sul de Minas Gerais ser marcada pela atividade agrícola desde o século XX, e isso se refletir nos relatos de vida dos moradores da região. A maioria deles conta que teve na infância e adolescência algum contato com a ocupação de agricultor; os pais e familiares ou ainda amigos da família trabalhavam com agricultura de subsistência ou para alguma fazenda (Quadro 1). Todos esses fatores refletem nos relatos de condições extenuantes de trabalho desde a infância e adolescência. A maioria dos entrevistados cita a inserção precoce no mercado de trabalho (Quadro 1), muitas vezes de forma precária; algo que é comum na história de vida de idosos institucionalizados no Brasil e atrapalha oportunidades de crescimento para empregos qualificados e, conseqüentemente, melhor remunerados (Marin *et al.*, 2012).

Quando perguntados sobre a forma de internação; a maior parte dos entrevistados informou ter se abrigado na ILPI por iniciativa própria (Tabela 1 e Quadro 5). Esse achado difere da literatura, que estabelece que a maioria dos idosos brasileiros são institucionalizados por algum familiar (Silva *et al.*, 2013; Azevedo *et al.* 2017). Contudo, conforme os estudos de Marin *et al.* (2012) e Evangelista *et al.* (2014), cada vez mais idosos decidem se institucionalizar por conta própria, muito provavelmente acompanhando mudanças nos perfis sociais das famílias brasileiras.

A maioria dos idosos entrevistados relataram morar sozinhos antes de ir para a ILPI e, após uma situação específica procuraram alternativas de moradia; e que eram independentes para a realização de atividades básicas da vida diária (TABELA 1). São diversos os motivos que levam à institucionalização de idosos brasileiros, a saber: a falta de suporte familiar (Galhardo *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2013); ausência de cônjuge; não possuir filhos; apresentar comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas da vida diária (Lini *et al.*, 2016); morar só, suporte social precário e baixa renda associada à viuvez, aposentadoria, aumento de incapacidades e fragilidades, redução da disponibilidade de cuidado familiar, inexistência de serviços de apoio social e de saúde, aumento dos gastos com a própria saúde, moradias com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso (Silva *et al.*, 2013).

Já quanto à independência mencionada pelos entrevistados, cabe destacar que esse dado não necessariamente representa o perfil da ILPI em questão, mas sim o perfil dos idosos que estavam dispostos a participar da pesquisa e que tinham condições cognitivas para tal. A independência funcional dos idosos é uma questão importante para o processo de institucionalização e as consequências do mesmo (Moreira *et al.*, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), independência é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária; a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros. A independência funcional é determinada nos idosos pela capacidade de realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. A manutenção da independência está diretamente ligada com a mobilidade e capacidade funcional, sendo significativamente influenciada, dentre outros fatores, pela prática regular de atividade física (Moreira *et al.*, 2014). O declínio da capacidade funcional se agrava com o sedentarismo e prevalece mais entre os idosos que residem em ILPI, devido a este ser um ambiente pouco estimulante, o que os torna detentores de várias consequências decorrentes da inatividade (Azevedo *et al.*, 2017).

A maior parte dos idosos relatou gostar da instituição e dos cuidados oferecidos (Tabela 1). Contudo, é preciso considerar que, apesar deste dado, a maioria deles citou, durante a entrevista, incômodos e problemas do cotidiano relacionados à ILPI (Quadro 6). Essa situação condiz com os achados de Banhos & Oliveira (2012), pois, segundo o estudo em questão, embora inicialmente os idosos entrevistados tenham expressado somente coisas boas em relação a ILPI, após uma conversa mais aprofundada, passaram a relatar as situações que os desagradavam.

A solidão também foi uma das queixas dos entrevistados (Tabela 1 e Quadro 5). A solidão em si é um sentimento subjetivo, sendo relacionado com a quantidade de interação social satisfatória, e não com a quantidade de contatos estabelecidos. Existe uma associação automática entre o processo de envelhecer e a solidão, uma vez que se considera normal a existência deste sentimento por parte do idoso (Azeredo & Afonso, 2016). Contudo, é preciso considerar que não há uma relação direta entre solidão e o idoso, mas sim fatores predisponentes, pessoais ou sociais, que contribuem para a solidão. Geralmente as ILPIs afastam o idoso de seu convívio familiar, favorecendo o isolamento e a inatividade física e mental, com consequências negativas à sua qualidade de vida (Marin *et al.*, 2012). Além disso, é preciso considerar o contexto de isolamento social provocado pela pandemia do COVID-19 e o impacto da redução dos contatos durante esse período. O afastamento exacerbado do mundo externo pode ter intensificado o sentimento de solidão dos idosos entrevistados.

Quanto à percepção com relação à saúde geral, a maioria dos entrevistados a classificou como mediana ou ruim (TABELA 2). Esse achado está de acordo com a literatura, que aponta a importância de se observar os recortes de gênero e classe social, pois a pior autoavaliação de saúde é mais comum em mulheres e indivíduos pertencentes a estratos socioeconômicos mais baixos (Borim *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2013).

Em relação a doenças crônicas, a maior parte dos entrevistados relatou portar um ou mais tipos; e os tratamentos médicos mais incluem hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC) e problemas cardíacos e fazerem uso de medicamentos de forma contínua (TABELA 2). Outros estudos também mostram grande frequência de doenças crônicas e consumo de medicamentos de uso contínuo entre idosos institucionalizados (Silva *et al.*,

2013; Azevedo *et al.*, 2017), apontam a hipertensão arterial como a doença mais prevalente nesta população (Galhardo *et al.*, 2010). Diabetes mellitus, distúrbios psiquiátricos e AVC também são citados com muita frequência na literatura (Silva *et al.*, 2013). Todas estas patologias fazem parte do declínio sofrido por grande parte das pessoas com o envelhecimento, conforme citado anteriormente. É importante notar que idosos residentes em ILPI possuem maiores riscos para a presença de polifarmácia de eventos adversos por apresentarem diversas patologias limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade (Azevedo *et al.*, 2017).

A maioria dos participantes consideram sua saúde bucal como “boa” e relacionaram a função mastigatória satisfatória, a ausência de sintomatologia dolorosa e de halitose à presença de saúde bucal (Tabela 2 e Quadro 8); no entanto, com as entrevistas, todos os idosos expressaram algum tipo de descontentamento com a sua saúde oral e seu declínio com o envelhecimento e o processo de institucionalização (Quadro 7). Esses achados corroboram com os trabalhos realizados por Rodrigues *et al.* (2003) e Araújo *et al.*, (2014) os quais utilizaram o método de entrevista semiestruturada para obter dados quanto à percepção e aos sentimentos relacionados a saúde bucal na vida de pessoas idosas.

Rodrigues *et al.* (2003) ressaltam que atos de mastigar, sentir o gosto dos alimentos são essencialmente prazerosos e emocionalmente necessários para o bem-estar do indivíduo. A perda sensorial que ocorre com o envelhecimento, seja da visão e/ou paladar e/ou audição e/ou olfato, afeta diretamente a autoestima do idoso e pode proporcionar um menor prazer na degustação dos alimentos.

Os conhecimentos de saúde e doença bucal são rasos, atrelados principalmente à presença de dentes, naturais ou protéticos (Quadro 4). A autopercepção em saúde bucal de idosos institucionalizados, segundo a literatura, é considerada como boa, mesmo que a condição clínica não seja. Isso porque, devido a questões culturais e crenças, muitas vezes os idosos consideram que desconforto bucal e perda dentária fazem parte do envelhecimento, o que altera a percepção de saúde bucal dos mesmos. Sendo assim, o entendimento de como o idoso percebe a sua saúde bucal é essencial, uma vez que o seu comportamento é condicionado pela percepção de importância dada à mesma (Melo *et al.*, 2016). Já na pesquisa qualitativa realizada por Araújo *et al.* (2014) os significados da saúde bucal na velhice obtidos por oito idosos, os quais relataram as histórias das suas próprias bocas, demonstraram estar relacionados a exemplos familiares valorizados por eles, com a qualidade dos relacionamentos sociais, o bem-estar dos indivíduos, dentre outros aspectos abordados durante as entrevistas.

O envelhecimento apesar de ser um processo natural, expõe os organismos a diversas mudanças fisiológicas, metabólicas e físicas. Ao envelhecer é perceptível o surgimento de alguns problemas associados à saúde bucal como a perda da dentição, gengivite, periodontite, o uso de próteses antigas com desgastes e mal ajustadas (Cunha *et al.*, 2021). Quando observamos o grupo de entrevistados é perceptível que esses problemas são comuns a eles e o baixo conhecimento em relação a importância dos cuidados com a saúde oral (Quadro 4).

Em relação à saúde oral durante a infância, pode-se concluir que os cuidados e hábitos de higiene oral durante essa fase eram esparsos e diversificados (Quadro 2). Práticas alternativas de higienização oral durante a infância de idosos brasileiros também foram encontradas em estudos de Bulgarelli e Manço (2006) e Bulgarelli *et al.* (2012). A atenção à saúde bucal, durante muitas décadas, caracterizou-se pela assistência aos escolares por meio de programas com ênfase na cárie e doença periodontal, tendo como modelo hegemônico o sistema incremental (Bulgarelli *et al.*, 2012). Tradicionalmente o Brasil apresenta um histórico de fornecer atenção odontológica para grupos escolares desde a década de 40. Contudo, somente um dos participantes relatou ter participado de ações odontológicas na escola (Quadro 2). A dificuldade de acesso à informação, sobre saúde bucal, por parte dos idosos, vem desde a infância e se mantém ao longo da vida. No estudo de Gibilini *et al.* (2010) realizado no Brasil, foi observado que quanto menor a renda, maior a dificuldade de acesso ao conhecimento e a tratamentos odontológicos. Segundo o estudo de Roberto *et al.* (2018), a prevalência de falta de informação em saúde bucal acometeu

11,9% dos adolescentes, 35% dos adultos e 59,6% dos idosos, o que demonstra uma realidade preocupante, principalmente entre as pessoas com idade mais avançada.

Para alguns dos entrevistados, o hábito de higienizar os dentes diariamente só passou a ser feito a partir da adolescência e vida adulta (Quadro 2), o que é condizente com o estudo de Bulgarelli *et al.* (2012), que concluiu que, para partes mais carentes da população idosa brasileira atual, a higienização da boca não é vista como uma questão de higiene pessoal durante a infância. A maioria dos idosos entrevistados expressa arrependimento, pois consideram que não cuidaram bem de seus dentes durante a juventude (Quadro 2), o que também é condizente com a literatura (Bulgarelli *et al.*, 2012). Dados provenientes de outros países demonstram que a população idosa tende a apresentar condição de saúde oral precária devido à falta de cuidados ao longo da vida, dados brasileiros com idosos em idade de 65 a 74 anos demonstraram que menos de 10% destes apresentavam 20 ou mais dentes, demonstrando os danos à saúde bucal com o avançar da idade (Mello *et al.*, 2009).

Todos os participantes citam ter ido ao dentista desde muito jovens (Quadro 2), fato este discrepante da literatura e que pode ser justificado pela possível influência gerada pela presença próxima de uma escola de Odontologia desde o início do século XX, favorecendo o acesso a odontologia profissional muito antes que existissem programas nacionais de saúde bucal; contudo, são necessários mais estudos para averiguar essa hipótese.

Apesar desta aparente facilidade de acesso aos tratamentos odontológicos, todos os idosos entrevistados são usuários de próteses dentárias (Tabela 2 e Quadros 2 e 3). Esse dado condiz com a literatura (Bulgarelli *et al.*, 2012; Agostinho *et al.*, 2015), que estabelece que o edentulismo é muito frequente em idosos institucionalizados, levando a dificuldade mastigatória, de fonação e deglutição e pode ser atribuído à Odontologia prioritariamente curativista e mutiladora vivenciada por essas pessoas no passado (Ferreira *et al.*, 2009). Também pode ser atribuída pela própria explicação dada pelos participantes durante a entrevista e exibida no Quadro 2, onde afirmam que tiveram acesso a profissionais que exerciam uma odontologia curativista e mutiladora, ocasionando medo e receio frente ao tratamento odontológico; e que seus cuidados de higiene oral eram esparsos e diversificados durante a juventude (Quadro 2). Em meados das décadas de 40 e 50, a saúde bucal ficava à margem da preocupação com a saúde da população, pois o foco estava na atenção em doenças de ordem infectocontagiosas priorizando um contexto sanitário campanhista, com a prevenção de doenças que emergiam no Brasil. Não havia grande preocupação com manejo de crianças durante esse período e muitos participantes relataram episódios traumáticos relacionados a cuidados odontológicos profissionais, seja com eles ou pessoas próximas, sendo o medo de agulha/injeção citado frequentemente (Bulgarelli *et al.*, 2012).

Quanto aos cuidados e hábitos de saúde oral praticados pelos participantes na ILPI, os entrevistados alegam que os cuidados oferecidos na instituição não são satisfatórios; o autocuidado é valorizado, mesmo que não seja exercido por todos e os problemas de saúde bucal parecem inferir no convívio social da população estudada (Quadro 9). O declínio da higiene bucal está associado a uma diminuição da capacidade motora, baixa autoestima, falta de estímulo para realização da higiene bucal, incapacidade de realizar a própria higiene, perda da visão, audição e presença de doenças crônicas degenerativas (Quadro 7). Frente às várias alterações fisiológicas e patológicas pertinentes ao processo de envelhecimento, os idosos perdem sua autonomia e independência, com a limitação da capacidade para o autocuidado, o que, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida do indivíduo e seu processo de interação social (Santos *et al.*, 2012). Devido a essas alterações que podem acometer as pessoas em idade avançada, a necessidade de cuidados permanentes, realizado por cuidadores e enfermeiros, inclusive com relação aos cuidados com saúde bucal aumentam, na mesma proporção em que se aumenta a perda de autonomia do idoso (Melo *et al.*, 2017).

Porém, os idosos consideram a higiene bucal como uma atividade muito pessoal, e devido a esse fator não se encontram abertos a sugestões, de modo que o cuidado com a saúde oral dos idosos institucionalizados é um pouco mais difícil

de ser realizado pelos cuidadores e enfermeiros (Sales *et al.*, 2017). Além disso, no Brasil, não existem normas específicas ou protocolos oficiais elaborados para o cuidado de saúde bucal de idosos institucionalizados, o que demonstra a necessidade de atenção a essa população que, à medida que perde sua autonomia e independência, pode apresentar seus cuidados pessoais negligenciados (Sales *et al.*, 2017).

Um aspecto interessante que emergiu do presente trabalho é a respeito da valorização do autocuidado por parte dos entrevistados tanto dependentes quanto independentes (Quadro 9). Nesse contexto, a perda da autonomia é o fato mais relatado pelos idosos como causador de insatisfação, valorizando assim a capacidade de autocuidado e do bom desempenho na realização das atividades de vida diária, especialmente as relacionadas ao cuidado com a saúde oral (Nunes *et al.*, 2010).

Nunes *et al.* (2010) consideram que a dependência do idoso institucionalizado possa ser estimulada pelos próprios cuidadores da instituição, que preferem cumprir a atividade para o idoso ao invés de esperá-lo concluí-la lentamente. Assim, mesmo o idoso independente, quando institucionalizado, pode desenvolver algum grau de dependência em virtude da dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida somado à falta de motivação e de encorajamento que são comuns ao ambiente das ILPIs.

Sabe-se que a capacidade de aprender e adquirir novas habilidades diminui com o passar da idade, porém isso não impede a pessoa idosa de continuar aprendendo, uma vez que a motivação do aprendizado e o desempenho da atividade realizada são fatores que influenciam o aprendizado. Dessa forma, os resultados de Santos *et al.* (2012) apontaram para a necessidade do estímulo à autonomia e independência do idoso por parte dos cuidadores em ambientes institucionalizados para que o potencial de autocuidado seja incentivado, fazendo com que haja maior promoção da saúde e autoestima, fatores que colaboram para que independência física e comportamental seja mantida por um maior período de tempo.

O não incentivo ao autocuidado por parte dos cuidadores, o conhecimento raso a respeito das condições bucais e de hábitos e cuidados para com a saúde bucal somado ao fato dos problemas de saúde bucal interferirem no convívio social parecem constituir parte da problemática dos participantes por não considerar seu estado atual de saúde bucal como satisfatória no trabalho em questão. Entretanto, em alguns relatos, é percebida a “secundarização dos problemas bucais” frente aos psicológicos, físicos e sociais, tornando-se a saúde bucal para esses irrelevante, mesmo apresentando condições clínicas e sociodemográficas desfavoráveis. De acordo com Melo *et al.* (2016), as preocupações dos idosos com relação à saúde bucal ocupam o décimo quarto lugar, em uma lista com as vinte queixas mais comuns presentes nesses indivíduos.

Tendo em vista tais considerações, cabe ainda atentar para o fato de que a saúde bucal é vista como parte integrante e essencial da saúde geral e também como um fator determinante na qualidade de vida, autoestima e contato social. A qualidade de vida é influenciada pela quantidade de satisfação ou insatisfação com a saúde bucal, sendo as preocupações dos indivíduos relacionadas essencialmente ao conforto, à função e à estética. Quando esses fatores não atendem às expectativas do indivíduo, respostas psicossociais, como ansiedade, insegurança, redução da autoestima e introversão podem ser desencadeadas (Araújo *et al.*, 2014).

Na população estudada foi verificado que os hábitos de higiene oral se limitam ao cuidado das próteses dentárias por meio da escovação uma vez ao dia e a remoção da mesma para dormir (Quadro 10). Hábitos e cuidados esses que embasaram o segundo tema da quinta categoria o qual abrangeu 3 unidades de registro. Os idosos deste estudo não reconhecem a realização da higienização da boca sem dentes e não realizam a higienização da língua para a remoção da saburra em dorso lingual.

Dentre os motivos que podem explicar o desinteresse pela saúde oral estão o fato de os sujeitos investigados terem vividos em uma época em que a perda dentária, as condições de saúde bucal eram precárias e o fato de adoecer eram considerados naturais como parte do processo de envelhecimento (Simões & Carvalho, 2011; Melo *et al.*, 2016).

De modo complementar, a maioria das condições clínicas bucais oriundas de processos crônicos e irreversíveis que culminam na perda dentária são assintomáticas, passando despercebidas pelo indivíduo. Em contrapartida, os idosos tendem a

expressir uma autopercepção de saúde bucal negativa quando experimentam manifestações bucais dolorosas ou limitantes (Melo *et al.*, 2016). No entanto, essa conjuntura é reconhecida atualmente como reflexo da falta de prevenção, de informação e consequentemente de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (Simões & Carvalho, 2011).

Quando o fator estético é fortemente associado a saúde bucal na população estudada podem emergir dos dados vários métodos de higienização além da escova dental e do creme dental, tais como esponja de aço, escova de lavar roupa, raspagem, água sanitária e sabão de coco. Os recursos básicos para orientação do idoso envolvem informações quanto à limpeza regular diária dos dentes e próteses, controle da dieta e orientações visando ao fortalecimento da superfície dentária, principalmente com o uso do flúor (Simões & Carvalho, 2011).

A higienização bucal deve ser tratada com relevância, pois é capaz de proporcionar melhoras na qualidade de vida do idoso, uma vez que quando efetiva, reduz as principais complicações de ordem local e sistêmica. Cunha *et al.* (2021) salienta que as frequências de higienização bucal e das próteses dentárias no interior das ILPIs devem ser estabelecidas pelas próprias necessidades do idoso, bem como pela rotina criada durante toda a vida do indivíduo, mas que é recomendado, diante de um padrão de normalidade, uma rotina de higienização três vezes ao dia, principalmente após as refeições. Sendo necessário ressaltar a importância da remoção das próteses dentárias dos idosos antes de dormir, facilitando o descanso da mucosa oral.

Contudo, muitos idosos são dependentes de um cuidador para a realização da higiene bucal, cuja provisão pode ser irregular, insatisfatória e infrequente. Se faz importante ponderar que as atividades de higienização bucal e das próteses dentárias não são tarefas fáceis e que nem todos os profissionais receberam capacitação e orientações sobre os cuidados com a cavidade bucal, principalmente nos cuidados de idosos fragilizados, pouco participativos e não colaboradores (Cunha *et al.*, 2021).

Por outro lado, os cuidadores de idosos que realizam a higienização bucal dos mesmos regularmente relatam que estes procedimentos, embora sejam realizados com carinho e diligência técnica, também provoca reações de ira, ríspidas e até mesmo maléficas daquele que recebe o cuidado. Essas reações são resultantes da compreensão por parte do idoso de que a ação é desagradável, que prejudica o seu conforto momentâneo, interferindo na sua autonomia, causando-lhe dor, ou é realizado contra sua vontade (Cunha *et al.*, 2021).

De acordo com Cunha *et al.* (2021), os profissionais que realizam a higienização bucal dos idosos em ILPI relatam enfrentar dificuldades no desempenho dessa atividade, e reconhecem a necessidade de maior qualificação, uma vez que não adquiram conhecimento adequado sobre o assunto e têm medo de traumatizar os idosos que, por vezes, recusam-se a realizar o procedimento.

Tendo em vista que a identificação da necessidade de tornar a prática da higienização bucal mais presente na vida dos moradores da ILPI pesquisada, as futuras atividades de educação em saúde serão construídas, conforme Alves *et al.* (2017) e Oliveira Júnior *et al.* (2017), com o intuito de promover mudanças no estilo de vida das pessoas, favorecendo o conhecimento e, consequentemente, propiciando o bem-estar físico e emocional.

Vários trabalhos (Alves *et al.*, 2017; Mendonça *et al.*, 2017; Oliveira Júnior *et al.*, 2017) visualizaram a promoção da saúde e a educação em saúde como sendo medidas efetivas, capazes de suprirem a maior parte das carências levantadas nos grupos estudados. Para os mesmos autores, a participação dos indivíduos na construção de conhecimentos no campo da educação em saúde propicia mudanças na atitude dos mesmos em relação aos hábitos com a saúde bucal por meio da alteração na autopercepção e estímulo pelo autocuidado, encorajando-os assim a realizarem melhores escolhas relacionadas à saúde bucal.

O presente trabalho por ser um estudo qualitativo, apresentou suas limitações de método, portanto não deve ser interpretado como uma representação de todas as instituições de longa permanência e seus moradores. As entrevistas

semiestruturadas empregadas no estudo expressam a realidade tal como os sujeitos participantes a vivem, portanto, os resultados são a partir desta ótica, não podendo ser vistas como uma imagem objetiva dos focos da pesquisa, mas sim subjetiva, como era esperado, pois foi pretendido estudar a visão dos moradores no que concerne à realidade e às consequências para a saúde bucal dos mesmos.

## 5. Conclusão

Os relatos recolhidos apresentam histórias de vida diversificadas, entretanto as experiências de envelhecimento e vivência na ILPI são semelhantes. Todos os participantes da pesquisa apresentam escolaridade incompleta e são de classe baixa ou média. Todos tiveram acesso a uma odontologia curativista durante a infância e seus hábitos de higiene oral eram esparsos, algo que se prolongou durante a vida adulta até a velhice. Foram observadas discrepâncias entre as vivências de saúde bucal dos entrevistados com situações socioeconômicas diferentes. Todos fazem uso de próteses dentárias e os conhecimentos sobre as condições que podem acometer a saúde oral são extremamente rasos. O processo de abrigamento na ILPI foi voluntário para a maioria dos participantes, com mudanças expressivas de rotina após o abrigamento, embora, segundo eles, a condição bucal não tenha se alterado com esse processo. O significado de saúde oral é compreendido entre função satisfatória e ausência de doenças. Em relação a autopercepção, os participantes não consideram a saúde bucal como satisfatória. O autocuidado é valorizado frente aos cuidados de saúde bucal oferecidos na ILPI. Há um impacto no convívio social dos idosos com relação à adaptação das próteses inferiores. Por fim, os hábitos de higiene oral se limitam aos cuidados das próteses dentárias.

Assim, espera-se que, a partir do que foi conhecido por meio dos relatos, ações de promoção e prevenção em saúde bucal possam ser construídas de forma mais condizente com a realidade do local, sem excluir as experiências e conhecimentos dos moradores, mas sim agregando mais possibilidades de cuidado e qualidade de vida a estes idosos institucionalizados.

## Agradecimentos

As autoras discentes agradecem ao auxílio financeiro recebido na forma de bolsa de iniciação científica (PIBIC CNPq – Edital 003/2020) e a autora orientadora agradece ao auxílio financeiro na forma de bolsa de tutoria do Programa de Educação Tutorial (PET – MEC), imprescindíveis para o desenvolvimento desta pesquisa.

## Referências

- Agostinho, A. C. M. G., Campos, M. L. & Silveira, J. L. G. C. (2015). Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Revista de Odontologia da UNESP*, 44 (2), 74-79.
- Alves, T, Félix, A, Soares, J, Magalhães, L, Münchow, E., & Carvalho, R (2017). Relato de experiências educativas em saúde bucal para idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 8 (3), 167-174.
- Amaral, M. C. S., Pontes, A. G. V., & Silva, J. V. (2014). O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Interface*, 18 (2), 1547-1558.
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Santos, M. F. S. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 18 (2), 89-98.
- Araújo, L. F. S., de, Dolina, J. V., Petean, E, Musquim, C dos A, Bellato, R & Lucietto, G. C. (2013). Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 15 (3), 53-61.
- Araújo, R. B., Lodovici, F. M. M., & Mercadante, E. F. (2014). Significados da saúde bucal na velhice. *Revista Kairós-Gerontologia*, 17 (4), 297-322.
- Austregésilo, S. C., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., Vieira, J. C. M., & Alencar D. L. (2015). Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (1), 189-199.
- Azeredo, Z. A. S. & Afonso, M. A. N (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (2), 313-324.

- Azevedo, L. M, Lima, H. H. G., Oliveira, K. S. A., Medeiros, K. F., Gonçalves, R. G, Nunes, V. M. & Piuvesam G. (2017). Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 19 (3), 16-23.
- Banhos, F. G & Oliveira, M. I (2012). As necessidades dos idosos abrigados em Instituições de Longa Permanência do município de Ponta Grossa (PR). *Anais do Encontro Conversando sobre Extensão na UEPG*, 11, 1-7.
- Beloni, W. B, Vale, H. F & Takahashi, J. M. F. K (2013). Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. *Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo*, 18 (2), 160-164.
- Borim, F. S. A, Barros, M. B. A & Neri, A. L (2012). Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (4), 769-780.
- Brasil (2016). *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais de revisão n.ºs 1 a 6/94, pelas emendas constitucionais n. 1/92 a 92/2016 e pelo decreto legislativo n.º 186/2008*. <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/522095>.
- Bulgarelli, A. F, Guanaes, C, Villa, T. C. S, Mestriner, S. F, Silva, R. C., & Pinto, I. C (2012). Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (5), 1347-1355.
- Bulgarelli, A. F & Manço, A. R. X. (2006). Saúde bucal do idoso: revisão. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica*, 2 (4), 319-326.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27 (1), 233-235.
- Colomé, I. C. S., De Marqui, A. B. T., Jahn, A. C., Resta, D. G., De Carli, R., Winck, M. T. & Nora, T. T. D. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312.
- Cunha, E. S, Franco, E. J, Gomes, L. O, Silva, H. S., & Miranda, A. F (2021). Avaliação da higiene bucal de idosos institucionalizados: reflexões para o delineamento de intervenções de educação em saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, 24 (1), 93-112.
- Del Duca, G. F, Silva, M. C da, Silva, S. G da, Nahas, M. V., & Hallal P. C. (2011). Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 16 (2), 120-124.
- Deslandes, S. F, Gomes, R., & Minayo, M. C. S. (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*.
- Evangelista, R. A, Bueno, A. A, De Castro, P. A, Nascimento, J. N, De Araújo, N. T & Aires, G. P (2014). Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (2), 85-91.
- Falqueto, J. M. Z., Hoffmann, V. E., & Farias, J. S. (2018). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. *Revista de Ciências da Administração*, 20 (52), 40-53.
- Ferreira, R. C, Magalhães, C. S, Rocha, E. S, Schwambach, C. W & Moreira, N. A (2009). Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (11), 2375-2385.
- Ferretti, F, Soccol, B. F, Albrecht, D. C & Ferraz L (2014). Viver a Velhice em ambiente institucionalizado. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19 (2), 423-437.
- Fidel Júnior, R. A. S, Lourenço, R. A & Fischer, R. G. A doença periodontal e o idoso frágil. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 12 (1), 92-100.
- Galhardo, V. A. C., Mariosa, M. A. S., & Takata, J. P. I. (2010). Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20 (1), 16-21.
- Gibilini, C, Esmeriz, C. E. C, Volpato, L. F, Meneghim, Z. M. A. P., Silva, D. D. & Sousa, M. L. R. (2010). Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arquivos em Odontologia*, 46 (4), 213-223.
- Lini, E. V, Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (6), 1004-1014.
- Loureiro, R. S., & Silva H. P. (2015). Possíveis impactos na saúde de idosos institucionalizados pelo seu afastamento do convívio familiar. *Revista Kairós*, 18 (3), 367-380.
- Marin, M. J. S., Miranda, F. A., Fabbri, D., Tinelli, L. P., & Storniolo, L. V (2012). Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 15 (1), 147-154.
- Mello, A. L. S. F., Moysés, S. J. & Castro, R. G. (2009). Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidadores de idosos. *Ciência e Cuidados em Saúde*, 8, 27-33.
- Melo, L. A., Sousa, M. M., Medeiros, A. K. B., Carreiro, A. F. P. & Lima, K. C. (2016). Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (11), 3339-3346.
- Mendonça, F. T. N. F., Santos, A. S., Buso, A. L. Z., & Malaquias, B. S. S. (2017). Educação em saúde com idosos: pesquisa-ação com profissionais da atenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (4), 825-832.
- Moreira, R. M, Teixeira, R. M., & Novaes, K. O (2014). Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (1), 201-217.

- Nunes, V. M. A., Menezes, R. M. P. & Alchieri, J. C. (2010). Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de natal, estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum*, 32 (2), 119-126.
- Oliveira, J., Vieira, L., Limeira, M., Araújo, M., Oliveira, D., Chacon, L., Macena, M., & Rodrigues, R. (2017). Práticas educativas em saúde bucal direcionadas aos usuários do restaurante popular da cidade de Patos – PB. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 8 (2), 67-74.
- Roberto, L. L., Noronha, D. D., Souza, T. O., Miranda, E. J. P., Martins, A. M. E. B. L., Paula, A. M. B., Ferreira, E. F., & Haikal, D. S. (2018). Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (3), 823-835.
- Rocha, D. M. S., Nihi, M. Y. M., & Pizi, E. C. G. (2013). Análise da autopercepção e saúde bucal de idosos em diferentes grupos populacionais. *Revista Brasileira de Odontologia*, 70 (2), 125-129.
- Rodrigues, S. M., Vargas, A. M. D., & Moreira, N. A. (2003). Percepção de saúde bucal em idosos. *Arquivos em Odontologia*, 10 (3), 195-212.
- Rosa, L. B., Zuccolotto, M. C., Bataglion, C & Coronatto, E (2008). Odontogeriatría a saúde bucal na terceira idade. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 13 (2), 82-86.
- Sales, M. V. G., Fernandes Neto, J. Á., & Catão, M. H. C. V. (2017). Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, 6 (3), 120-124.
- Santos, Z. M. S., Martins, J. O., Frota, N. M., Caetano, J. Á., Moreira, R. A. N., & Barros, L. M. (2012). Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (4), 747-754.
- Silva, B. A., Oliveira, G. S., & Brito, A. P. G. (2021). Análise de conteúdo: uma perspectiva metodológica qualitativa no âmbito da pesquisa em educação. *Caderno Fucamp*, 20 (44), 52-66.
- Silva, M. E., Cristianismo, R. S, Dutra, L. R & Dutra, I. R (2013). Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 3 (1), 569-576.
- Simões, A. C. A., & Carvalho D. M. (2011). A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2975-2982.
- Snyder, R. E, Oliveira, L. R, Ribeiro, C. D. M., Corrêa, M. R., Cardoso, C. A. A., Alves, F. A., & Latini, R. M. (2016). O desenvolvimento de uma pesquisa-intervenção com uma comunidade urbana. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28 (3), 296-306.
- Souza, V. R. S., Marziale, R. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L. (2021). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34 (1), 1-9.