

IMPACTO DA VIVER NA ZONA RURAL NA SAÚDE ORAL DE IDOSOS

BERNARDO ANTONIO AGOSITNI¹; **GRAZIELA ORO CERICATO²**; **FRANCINE DOS SANTOS COSTA³**; **FLAVIO FERNANDO DEMARCO⁴**

¹*Universidade Federal de Pelotas – bernardoaagostini@gmail.com*

²*Faculdade Meridional (IMED) – graziela.cericato@imed.edu.br*

³*Universidade Federal de Pelotas – francinesct@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – ffdemarco@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A população idosa em todo o mundo tem aumentado dramaticamente. Segundo o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), espera-se que 1 em cada 5 pessoas tenha 60 anos ou mais no ano de 2050 (WHO, 2016). Esse aumento considerável na população idosa traz a necessidade de uma atenção de mesma magnitude na temática em saúde. O envelhecimento causa impacto na qualidade de vida, devido a fatores como menor resistência física e biológica, ao aumento da carga de doenças crônicas e às más condições sociais, ambientais e nutricionais, contribuindo também para aumento de prevalência e gravidade de doenças e agravos de saúde bucal, constituindo uma questão relevante em saúde pública (PETERSEN, 2003).

Ademais, a população idosa ocupa uma parcela significativa dos residentes da zona rural, mostrando uma diferença na composição demográfica de zonas urbanas e zonas rurais. Alguns estudos com desfechos em saúde geral e oral, apresentaram diferenças entre indivíduos residentes da zona urbana e da zona rural (Lembariti, 1988). Ainda, há relatos de que os sujeitos que vivem em áreas urbanas tendem a utilizar serviços odontológicos mais do que indivíduos vivendo em áreas rurais (ADUT, 2004).

A residência rural é descrita na literatura como contribuindo para a probabilidade de problemas de saúde bucal por uma variedade de razões, tais como o acesso geográfico aos cuidados dentários, baixos níveis de educação, padrões de estilo de vida específicos (GIACAMAN, et al., 2015), entre outros. No entanto, são raros na literatura estudos epidemiológicos comparativos entre populações de áreas urbanas e rurais quanto a fatores psicossociais, principalmente associados a saúde bucal.

Considerando o fato que viver em áreas rurais representa uma complexa estrutura de barreiras ao acesso de serviços de saúde e também a escolha de hábitos e atividades promotoras de saúde, sobretudo nas idades mais avançadas, esse estudo tem o objetivo de avaliar o efeito de viver em áreas rurais em desfechos de saúde oral em uma população de idosos do sul do Brasil.

2. METODOLOGIA

Este é um estudo transversal realizado a partir de dados de dois inquérito transversais de base populacional, com amostra representativa da população idosa residente nas zonas urbana e rural de Pelotas/RS, provenientes de dois consórcios de pesquisa realizados pelo programa de pós-graduação em epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Os levantamentos aconteceram nos anos de 2014 e 2016.

Para assegurar a representatividade da amostra urbana, a seleção foi realizada em duas etapas: inicialmente foram selecionados 469 conglomerados através dos dados do Censo de 2010. Os domicílios, dos 133 setores selecionados aleatoriamente, foram listados e sorteados sistematicamente. Assim, os 4.123 domicílios incluídos na amostragem foram sistematicamente selecionados com uma probabilidade proporcional ao tamanho dos setores censitários. Todas as pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. A amostra rural foi definida primeiramente pela identificação dos distritos e setores rurais através dos dados do último Censo realizado em 2010 pelo IBGE. A estratégia inicial de amostragem consistiu no sorteio de 24 setores dentre os 50 pertencentes aos distritos da zona rural. Com base no tamanho amostral necessário, visou-se a seleção de 720 domicílios, sendo 30 domicílios/setor. A decisão sobre o número de setores a serem amostrados (total e por distrito) levou em consideração o número de domicílios permanentes em cada um dos distritos. Todos indivíduos maiores de 18 anos foram convidados a participar do inquérito, porém para esse estudo foram considerados apenas os maiores de 60 anos.

A amostra total foi composta por idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizados, residentes nas zonas urbana e rural do município. Foram excluídos idosos institucionalizados (casas geriátricas, hospitalares e presídio) e idosos impossibilitados de responder ao questionário devido à presença de déficit cognitivo, na ausência de um familiar ou cuidador que possa fazê-lo.

Foram considerados os seguintes desfechos em saúde oral: Perda dentária foi pelas perguntas "Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de cima da sua boca?", "Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de baixo da sua boca?". Como opção de resposta, era anotado o número de dentes referido pelo idoso; Tempo da última consulta ao dentista, obtido pela pergunta "Quando foi a última vez que o(a) Sr(a). consultou com o Dentista: nos últimos 6 meses, de 7 a 12 meses, de 13 a 24 meses e mais de 24 meses." Nos últimos 12 meses ou posterior aos últimos 12 meses; Auto-percepção de saúde bucal, perguntada "Como o Sr(a). descreveria a saúde de sua boca e dos seus dentes?", com cinco opções de resposta, sendo "muito boa", "boa", "regular", "ruim" e "muito ruim"; e Auto-percepção e Necessidade de prótese dentária, pelas perguntas "O(a) Sr(a). usa alguma dentadura, chapa, ponte, implante?", com 4 opções de resposta "não usa", "sim, usa apenas superior", "sim, usa apenas inferior", "sim, usa superior e inferior" e "O(a) Sr(a). acha que precisa usar a dentadura, chapa, ponte, implante ou trocar a que está usando", com resposta dicotômica "sim" e "não".

Foram utilizadas como variáveis de confusão as seguintes características: sexo; cor da pele; idade, contínua em anos completos; situação conjugal; escolaridade, tabagismo; diabetes, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca autorreferidas. Todas as análises foram realizadas no programa estatístico STATA 14.2, forma utilizadas modelos de regressões de acordo com a natureza das variáveis de desfecho, incluindo regressão logística ordinal e regressão de Poisson.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra urbana foi predominantemente composta por mulheres (63,0%), cor da pele branca (83,6%), casadas ou vivendo com parceiro (52,7%), com idade média de 70,7 anos. Na amostra rural, houve também predominância de mulheres (53,5%), cor da pele branca (88,6%), casadas ou vivendo com parceiro (60,8%), com idade média de 70,1 anos. Quanto as características gerais e demográficas ambas as populações se assemelham, exceto para a educação, onde a população urbana apresentou proporções maiores nas categorias de escolaridade referentes ao ensino médio completo. A escolaridade na população rural foi predominantemente de indivíduos sem escolaridade ou com o ensino fundamental incompleto, evidenciando que nessa população priorizava-se o trabalho desde a juventude e uma menor valorização ou impossibilidade da mesma para a educação formal.

As características da saúde oral da amostra. Na amostra urbana o edentulismo foi relatado por 39,3% dos idosos, seguido de perda dental expressiva (21,8%) e perda dental severa (21,6%), com média de número de dentes de 8,7 dentes em boca. Na amostra rural, o edentulismo representou 45,7%, seguido de perda dental severa (30,7%) e perda dental expressiva (16,6%), com média de 7,4 dentes em boca. A última visita ao dentista ocorreu predominantemente há mais de 2 anos, tanto na amostra urbana (52,3%) quanto na amostra rural (62,8%). Mais da metade de ambas as amostras percebem a saúde oral como boa, sendo 57,7% na amostra urbana e 56,2% na rural. Com relação ao uso de prótese, a população urbana relata uso em ambas as arcadas em 55,7% dos casos e a população rural em 48,9% dos casos. A necessidade do uso de prótese é mais evidente na população idosa urbana (41,1%) em comparação a população rural (27,9%). Na tabela podemos ver os desfechos de saúde oral, os quais estiveram associados com o fato de morar em áreas rurais após o ajuste para variáveis socioeconômicas e comportamentos em saúde. Vale destacar que somente o uso de prótese não foi afetado por morar na zona rural, indicando uma pior saúde oral dos indivíduos residentes na zona rural independente de demais fatores socioeconômicos.

Tabela 1. Efeito de vive rem na zona rural em desfechos de saúde oral. Análises de regressão bivariada e ajustada.

Desfechos	Efeito de viver na zona rural	
	Não ajustada	Ajustada
Autopercepção de necessidade de prótese	RP (IC 95%)	0.67(0.55-0.83)** 0.69(0.55-0.86)***
Utilização de prótese dentária	RP (IC 95%)	1.00(0.89-1.13) --
Ultima visita ao dentista a mais de 12 meses	OR (IC 95%)	1.63(1.30-2.04)** 1.16(0.89-1.51)§
Pior auto-percepção de saúde oral	OR (IC 95%)	1.33(1.07-1.64)* 1.26(1.05-1.50)§*
Número de dentes	RR (IC 95%)	0.63(0.60-0.66)** 0.80(0.69-0.92)§*

*p<0.05 **p<0.001 #Model1: ajustado por educação, sexo, cor da pele, fumo e situação conjugal. §Model2: ajustado para as variáveis do modelo 1 mais as condições crônicas de saúde avaliadas (diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca).

4. CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou que mesmo considerando características biológicas, comportamentais e sociodemográficas, viver na zona rural impacta na saúde oral dos idosos, indicando assim a necessidade de maior atenção da saúde oral nessa população. Além disso, explicita a necessidade de atenção para a população em questão, salientando a necessidade de políticas específicas e direcionadas a fim de reduzir futuros danos a mesma.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADUT, R., MANN, J., SGAN-COHEN, H.D. Past and Present Geographic Location as Oral Health Markers Among Older Adults. **Journal of Public Health Dentistry**. 2004, V.64, n.4, p.240-243.

GIACAMAN, R.A., BUSTOS, I.P., BRAVO-LEÓN, V., MARIÑO, R.J. Impact of rurality on the oral health status of 6-year-old children from central Chile: the EpiMaule study. **Rural Remote Health**. 2015 v.15, n.2, p.3135.

PETERSEN, P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO **Global Oral Health Programme**. **Community dentistry and oral epidemiology**. 2003, v.3, p.3-24.

WORLD HEATLH ORGANIZATION. World report on ageing and health, 2016.
Disponível [em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf)
Acesso em 03 de setembro de 2016