

## A SAÚDE ORAL DE IDOSOS E O IMPACTO DE VIVER NA ZONA RURAL

**THAINÁ DE ALMEIDA FREITAS<sup>1</sup>; GRAZIELA ORO CERICATO<sup>2</sup>; FRANCINE  
DOS SANTOS COSTA<sup>3</sup>; FLAVIO FERNANDO DEMARCO<sup>4</sup>; BERNARDO  
ANTONIO AGOSTINI<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>*Universidade Federal de Pelotas – thaina.freitas96@gmail.com*

<sup>2</sup>*Faculdade Meridional (IMED) – graziela.cericato@imed.edu.br*

<sup>3</sup> *Universidade Federal de Pelotas – francinesct@gmail.com*

<sup>4</sup> *Universidade Federal de Pelotas – ffdemarco@gmail.com*

<sup>5</sup>*Universidade Federal de Pelotas – bernardoaagostini@gmail.com*

### 1. INTRODUÇÃO

O número de idosos em todo o mundo apresenta aumento significativo. De acordo com o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que até o ano de 2050, uma em cada cinco pessoas tenha 60 anos ou mais (WHO, 2016). A partir desse aumento considerável na população idosa surge a necessidade de atenção de mesma magnitude em saúde, uma vez que o envelhecimento causa impacto na qualidade de vida. A menor resistência física e biológica, o aumento da carga de doenças crônicas e às más condições sociais, ambientais e nutricionais, bem como o aumento de prevalência e gravidade de doenças e agravos de saúde bucal, justificam tal situação como uma questão relevante em saúde pública (PETERSEN, 2003).

Apesar do expoente crescimento, existe uma significativa desigualdade demográfica de idosos entre zonas urbanas e rurais. Estudos referentes à saúde geral e bucal, evidenciam diferenças entre indivíduos residentes da zona urbana e da zona rural, mostrando que os residentes em áreas urbanas tendem a utilizar mais vezes o serviço odontológico do que indivíduos vivendo em áreas rurais (ADUT, 2004). O acesso geográfico aos cuidados dentários, baixos níveis de educação e padrões de estilo de vida específicos são fatores, descritos na literatura, como contribuintes para um aumento da probabilidade de problemas de saúde bucal (GIACAMAN, et al., 2015). No entanto, a quantidade de estudos epidemiológicos comparativos entre populações de áreas urbanas e rurais, principalmente associados a saúde bucal e a fatores psicossociais, ainda é bastante escasso.

Considerando o fato de que uma complexa estrutura de barreiras ao acesso de serviços de saúde, bem como a dificuldade de desenvolver hábitos e atividades de promoção de saúde, é criada quando se vive em áreas rurais, principalmente em indivíduos com 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 analítico realizado a partir de dados de dois inquéritos transversais de base populacional, com amostras representativas da população idosa residente nas zonas urbana e rural de Pelotas/RS. As amostras utilizadas são provenientes de dois consórcios de pesquisa realizados pelo programa de pós-graduação em epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas nos anos de 2014 e 2016. A amostragem urbana foi realizada em conglomerado de duas etapas, para assegurar a representatividade da mesma. O primeiro bloco foi selecionado através dos dados do Censo de 2010 realizado pelo IBGE, selecionando 133 de 469 setores censitários. No segundo bloco, selecionou-se domicílios aleatoriamente, considerando a probabilidade proporcional ao tamanho dos setores censitários, 4.123 domicílios foram incluídos na amostragem. De acordo com os critérios de inclusão, todas as pessoas com 60 anos ou mais, foram convidadas a participar do estudo. Com relação a amostra rural, primeiramente foi realizada a identificação dos distritos e setores rurais, também através dos dados do último Censo. Dentre os 50 setores pertencentes aos distritos da zona rural, 24 foram sorteados e, posteriormente, 720 domicílios, sendo 30 domicílios por setor, foram selecionados. 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. Para o presente estudo foram considerados apenas os participantes maiores de 60 anos, apesar de todos os indivíduos maiores de 18 anos terem sido convidados a participar do inquérito rural. Por fim, a amostra total desse estudo foi composta por idosos com 60 anos ou mais, de ambos os性os, não institucionalizados, residentes nas zonas urbana e rural do município.

Como desfechos em saúde bucal foram considerados: Perda dentária, pelas perguntas: "Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de cima da sua boca?" e "Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de baixo da sua boca?"; 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." Analisada de forma dicotômica, nos últimos 12 meses ou posterior aos últimos 12 meses; Auto-percepção de saúde bucal, "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", analisada de forma dicotômica, entre "muito boa, boa e regular" versus "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", considerada de forma dicotômica entre "utiliza e não utiliza" e "necessida e não necessita".

Para controle por possíveis confundidores foram consideradas 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, sendo utilizados 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. Para a 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, na educação, 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.

Em relação as características da saúde oral da amostra, a população 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. Entretanto, na amostra rural, o edentulismo representou um número bem mais significativo (45,7%), seguido de perda dental severa (30,7%) e perda dental expressiva (16,6%), com média de 7,4 dentes em boca. Tanto na amostra urbana (52,3%) quanto na amostra rural (62,8%), a última visita ao dentista ocorreu predominantemente há mais de 2 anos. 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 viver na zona rural em desfechos de saúde oral. Análises de regressão bivariada e ajustada.**

	Efeito de viver na zona rural		
	Não ajustada	Ajustadas	
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)	--
Última 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 §Modelo ajustado por educação, sexo, cor da pele, fumo, situação conjugal, diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca.

## 4. CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou que, ao considerar características biológicas, comportamentais e sociodemográficas, viver na zona rural impactou em diversos desfechos em saúde bucal dos idosos. Os resultados evidenciam a necessidade de maior atenção da saúde bucal nessa população.

## 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