

ANÁLISE SÓCIODEMOGRÁFICA NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL NA PESSOA IDOSA EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO.

Roberta Karline Lins da Silva (1); Romerito Lins da Silva (1); Yan Nogueira Leite de Freitas (1); Carla Patrícias da Costa Pegado (1); Orientador: Kenio Costa Lima (1)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. robertalinsnutri@yahoo.com.br

Introdução

Um aspecto importante que merece destaque no âmbito da saúde é a atenção à condição da pessoa idosa. Dentre os vários aspectos da saúde, a saúde bucal dos idosos merece atenção especial pelo fato de que, historicamente, nos serviços odontológicos, não se considera esse grupo populacional como prioridade de atenção e, ainda, da mesma maneira que na população adulta, pode-se encontrar entre os idosos, altos níveis de edentulismo, representando o pior desfecho da cárie e doença periodontal¹.

A saúde bucal tem impactos significativos na qualidade de vida das pessoas. Esses impactos incluem problemas como dor de dente, dificuldade de mastigação, de fala e na interação social. Pelo fato das sequelas das doenças bucais serem cumulativas, tais problemas afetam com mais frequência os idosos do que as crianças¹.

No entanto, esse adoecer bucal e suas consequências parecem estar fortemente influenciados pelas desigualdades sociais. Tais padrões de desigualdades sociais estão intimamente ligados aos determinantes demográficos e ambientais e do acesso a políticas e serviços de saúde, sendo essa problemática influenciada diretamente pela saturação populacional e o ambiente construído².

Portanto, por existir ainda poucos estudos que buscam investigar a presença de desigualdade social em saúde bucal entre os idosos, por estes apresentarem um estado de saúde mais vulnerável, e a fração da renda gasta com saúde ser maior para esse grupo populacional¹, o estudo tem como objetivo verificar o efeito das desigualdades sociais em saúde bucal na pessoa idosa do município de Macaíba/RN, onde a investigação acerca da presença dessas desigualdades é um subsídio importante para a definição de políticas públicas e sociais.

Metodologia

O estudo tem como cenário o município de Macaíba na região metropolitana de Natal, a 21 km da capital. Segundo estimativas do IBGE no que se refere a população idosa 6.620 são indivíduos com 60 anos ou mais, o que corresponde a 9,5% de idosos residentes no município³ distribuídos em 65 setores censitários.

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado a prevalência de edentulismo em idosos de 65 a 74 anos, de acordo com o SB Brasil (60,8%)⁴ e o tamanho estimado da população idosa do município de Macaíba-RN (5.801 idosos)⁵. Assim, obteve-se uma amostra com 428 indivíduos. Sendo identificados 466 indivíduos elegíveis, onde 441 idosos de ambos os sexos com idades acima de 60 anos foram arrolados.

No estudo em questão foi aplicada uma técnica de amostragem probabilística por conglomerados, com dois estágios de sorteio, representados pelos setores censitários e domicílios.

Trinta (30) setores censitários representou uma quantidade ideal por permitir uma boa dispersão dos dados, evitando uma amostra enviesada. Além desses, outros dois (suplementares) foram sorteados. O sorteio dos domicílios realizou-se durante a coleta dos dados. Para tal calculou-se uma fração de amostragem, correspondente ao intervalo de domicílios elegíveis para a amostra. Obteve-se uma fração aproximadamente igual a sete, significando que, durante o percurso das quadras, a cada sete domicílios, um seria o local para arrolamento de elemento amostral. O instrumento de coleta de dados foi constituído de ficha clínica para a obtenção dos dados referentes às condições de saúde bucal, cujo modelo fundamenta-se no Projeto SB Brasil 2010⁶.

Os dados coletados através dos dois questionários foram organizados em um banco de dados e analisados através do *software* SPSS 17.0. As variáveis foram convertidas em variáveis de natureza quantitativa e, posteriormente, submetidas a uma análise fatorial de onde se extraíram três fatores através do método de análise dos componentes principais com rotação varimax, os fatores associados a distintas dimensões das condições de saúde bucal.

Em seguida, os 441 indivíduos foram reagrupados através de uma análise de cluster, tomando como base os fatores produzidos na análise fatorial, os quais representam as condições de saúde bucal dos idosos. Assim, resumidamente, os *clusters* obtidos foram comparados em relação às variáveis sociais e demográficas através do teste do qui-quadrado, considerando um nível de significância de 5%.

Resultados e discussão

Os dados ora apresentados se referem aos agrupamentos (*clusters*) formados por 441 idosos elegíveis para o estudo. Buscando sintetizar as relações observadas entre um conjunto de variáveis inter-relacionadas, foi realizada uma análise fatorial previa aos testes de associação.

Foram incluídas na análise fatorial as variáveis associadas às condições de saúde bucal que, após terem sua natureza alterada para quantitativa, totalizaram 15 variáveis. Para incluir tais variáveis na análise fatorial, foi realizado o teste de multicolinearidade, a fim de verificar a correlação entre elas e, portanto, confirmar a viabilidade da análise. Assim, a partir dessas análises incluindo todo o conjunto de variáveis, identificou-se a necessidade de exclusão de quatro delas, que não se adequaram ao modelo, permanecendo, portanto, onze variáveis que, a partir das suas correlações, foram reduzidas a três fatores comuns: o fator 1: muito dente e muita doença periodontal, fator 2: pouco uso e muita necessidade de prótese dentária e fator 3: muita cárie, passando assim a compor as variáveis dependentes.

Sendo assim, tais fatores serviram de base para a análise de agrupamentos (*clusters*), a qual apontou a presença de cinco *clusters* com elevada homogeneidade interna (dentro dos grupos) e elevada heterogeneidade externa.

Os *clusters* 1, 2, 3, 4 e 5 totalizaram respectivamente 61, 154, 39, 53 e 134 indivíduos. A identificação da condição que agrupa os indivíduos foi obtida pela análise da média e do intervalo de confiança para cada uma das três variáveis dependentes fatoriais.

Para a variável muita cárie, o *cluster* 3 obteve uma média ponderal elevada, sendo este denominado como o grupo muita cárie. O mesmo ocorreu para o *cluster* 5, que apresentou uma alta média ponderal dentro da variável pouco uso e muita necessidade de prótese, portanto assim nominado. A média ponderal para os *clusters* 1 e 2 correspondeu ao inverso negativo da observada para os 5 e 3. Sendo assim o *cluster* 1 pode ser denominado como possuidor de dentes sem doença periodontal, muito uso e pouca necessidade de prótese e baixo nível de cárie. Já o *cluster* 2 difere do 1 apenas por apresentar um menor uso e maior necessidade de prótese. O *cluster* 4 devido também à elevada média ponderal representa o grupo muito dente e muita doença periodontal.

Obtivemos então seis cruzamentos elegíveis de acordo com os fatores acima descritos, e destes, dois relacionavam-se com variáveis socioeconômicas (anos de estudo e possui cuidador) e quatro com variáveis demográficas (idade, gênero, situação conjugal e zona de residência).

Referente à variável anos de estudo, o *cluster* 3 e 5 estiveram mais fortemente associados para categoria menor ou igual a um ano de estudo completo, representando então os piores valores dentre os *clusters*. Em relação a variável possui cuidador os *clusters* 2 e 4 mostraram para a categoria “não possui cuidador” valores elevados; entretanto os agrupamentos 3 e 5 dentre todos os clusters são os que possuem o maior numero de cuidadores.

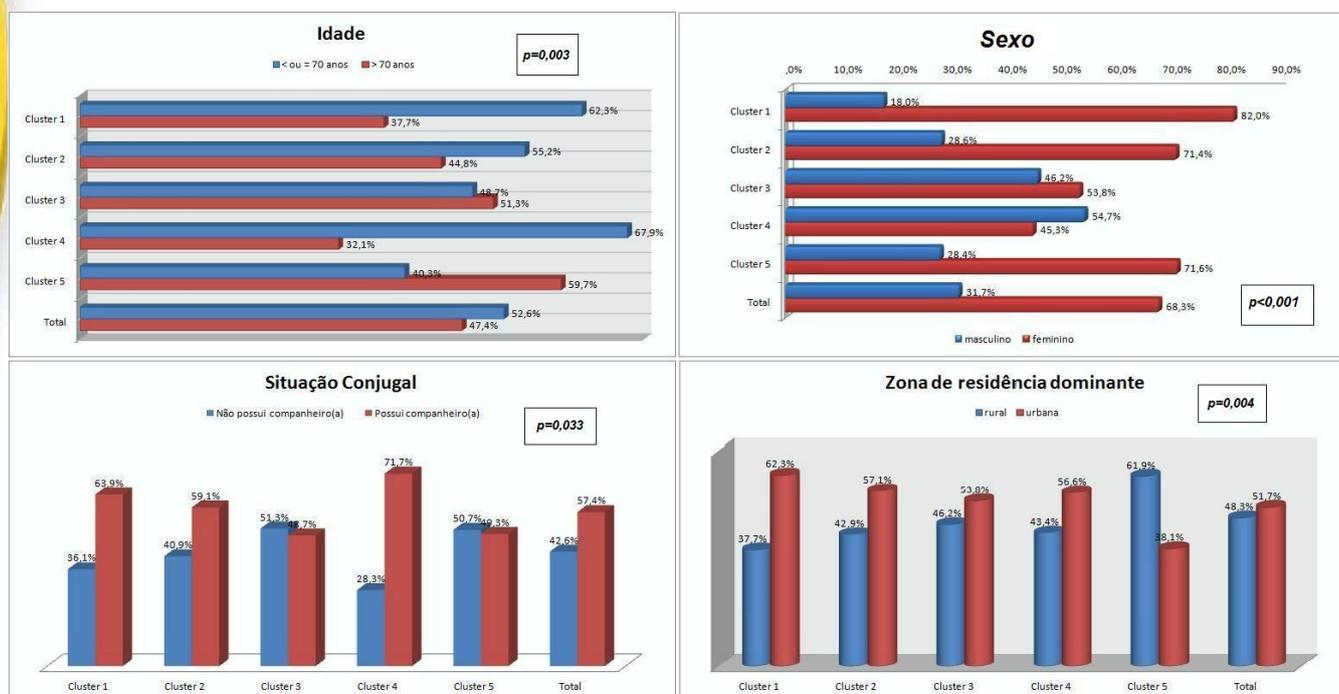


Figura 2 – Associações dos clusters com as variáveis: idade, sexo, situação conjugal e zona de residência dominante.

No presente estudo não se observou uma determinação social significativa para os problemas de saúde bucal. No entanto, os determinantes demográficos se mostraram mais expressivos. Do total de 22 cruzamentos entre as variáveis dependentes e independentes, seis foram significativos, destacando-se duas variáveis sociais e quatro demográficas.

O nível socioeconômico em relação à renda familiar está pouco acima do terço mais pobre das famílias brasileiras que possuem idosos, se considerados os parâmetros do estudo sobre o perfil de idosos em municípios do norte e nordeste⁷. O município de Macaíba conta com 69.467 habitantes distribuídos numa área de 512 km², com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,64 em 2010⁸. Observa-se que em municípios com IDH baixo a população idosa se mostra socioeconomicamente homogênea, onde o impacto de variáveis demográficas interfere diretamente sobre os fatores estudados.

Outra hipótese aventada é a de que, por residirem em um município pobre e já apresentarem idade avançada, as variáveis sociais não apresentam diferenças significativas, ou seja, a influência maior está relacionada a questões individuais, já que esses idosos estão submetidos às mesmas condições sociais. Certamente, poderíamos encontrar diferenças, se fossem comparados com idosos de um município mais abastados, reforçando o impacto das condições individuais e regionais.

No estudo em questão obteve-se um percentual de 53,3% de indivíduos com menor ou igual a um ano de estudo. Observa-se que nos *clusters* “muita cárie” e “pouco uso e muita necessidade de prótese” os percentuais são os mais elevados 62,7% e 69,2% em detrimento dos outros agrupamentos, corroborando a idéia de que esses indivíduos por apresentarem menos anos de estudo possuem as piores condições de saúde bucal. O resultado sugere que quanto maior o nível de escolaridade na área urbana, a procura por serviços de saúde por motivo de doença diminui, já que a educação traz um maior conhecimento dos problemas de saúde e como evitá-los⁹.

Em relação à presença de cuidador, a maior prevalência de idosos que possuíam esse cuidado domiciliar foi encontrada nos *cluster* 3 e 5, e a possível explicação para este fato pode estar associado à variável demográfica idade, que tem concentração de indivíduos mais velhos (maiores de 70 anos) nos mesmos *clusters*. Giacomini em, 2005¹⁰, relatou que a necessidade de cuidador aumenta com a idade, e que a cada aumento de dez anos em idade haja o dobro de risco de declínio do *status* funcional.

Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do idoso revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória. Dessa maneira, o fato de os agrupamentos “muita carie” e “pouco uso e muita necessidade de prótese”, possuírem um percentual maior em relação a não presença de companheiro (a), pode ser explicado, pelos problemas psicológicos acarretados devido à saúde bucal precária, tais como depressão por ausência de elementos dentais (reflexos na autoimagem e na autoestima), sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos sociais, familiar, amoroso e profissional, e até o isolamento¹¹.

No tocante aos dados de “zona de residência dominante” e sua maior significância de população residente em zona rural para os agrupamentos “muita cárie” e “pouco uso e muita necessidade de prótese”, podem estar relacionada à dificuldade de acesso a serviços de saúde pela população rural. De acordo com o estudo de Pinheiro e Travassos em 1999¹², pôde se inferir que a existência de desigualdades relacionadas ao acesso de serviços de saúde tanto no que diz respeito à condição econômica do idoso, quanto ao local de moradia.

Conclusões

A atenção odontológica está intrinsecamente ligada às condições socioeconômicas, de modo que o acesso aos serviços de saúde se torna mais um traço de desigualdade, principalmente no Brasil, e a forma como foram estabelecidos os modelos assistenciais, com caráter excludente e focalizador, exacerbam o desafio de superar essa herança histórica¹³. Assim torna-se evidente a necessidade de obtenção de melhores condições de saúde bucal em idosos, onde o estudo destes associados a fatores sócios demográficos se torna um importante passo para auxiliar no cuidado odontológico e no planejamento de políticas públicas que atendam às necessidades desses indivíduos.

Referências

1. Celeste, R. Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal, s.n, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/celeste_roger.pdf.
2. Duarte, E. *et al.* *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. OPS, 2002.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do Censo Demográfico 2010. [serial online] [capturado 2011 maio 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=rn>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB 2003: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde;2004
5. Ministério da saúde. Informações de saúde (DATASUS). [serial online] [capturado 2011 maio 01]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibege/cnv/poprn.def>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2009/2010. Manual da Equipe de Campo. Brasília: Ministério da Saúde;2009.
7. Cesar JA, Oliveira-Filho, Bess G, Cegielka R *et al.* Perfil dos idosos residentes em dois municípios das regiões Norte e Nordeste do Brasil: Resultados de estudo transversal de base populacional. Cad. Saúde Pública 2008; 24(8): 1835-1845.
8. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: . Acesso em: mar. 2013.

9. Kassouf, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.
10. Giacomini, K. C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 80-91, 2005.
11. Shinkai, R. S. A.; Del Bel Cury, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, 2000.
12. Pinheiro, R.; Travassos, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* [S.I.], v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.
13. Moysés, S. T.; Krieger, L.; Moysés, S. J. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. Artes Médicas, Divisão Odontológica, 2008.