

# Saúde bucal nas Coortes do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) em São Paulo

*Oral Health in the cohorts from the São Paulo Health, Well-Being, and Aging Study (SABE)*

Maria Lúcia Lebrão<sup>I</sup>, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>II</sup>, Doralice Teixeira<sup>III</sup>, Fabíola Bof de Andrade<sup>IV</sup>

**RESUMO:** O objetivo deste trabalho é apresentar as características e os procedimentos metodológicos utilizados no Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). Este é um estudo longitudinal com múltiplas coortes, realizado na cidade de São Paulo desde 2000. Os acompanhamentos são feitos a cada cinco anos, quando uma nova coorte é iniciada. O estudo SABE emprega um desenho amostral estratificado com múltiplos estágios para obter uma amostra representativa de pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes na cidade de São Paulo, Brasil. Os dados são coletados por meio de questionário estruturado e a coleta de medidas clínicas é realizada por examinadores treinados e calibrados. O questionário inclui informações sobre as condições socioeconômicas e demográficas, função cognitiva, saúde geral, medicamentos, uso e acesso aos serviços de saúde, saúde oral, alimentação, apoio social, funcionalidade e bem-estar. O estudo de base incluiu medidas autorreferidas de saúde bucal e as medidas clínicas de saúde bucal foram introduzidas a partir de 2006.

**Palavras-chave:** Saúde bucal. Envelhecimento. Estudos longitudinais. Epidemiologia. Qualidade de vida. Assistência odontológica.

<sup>I</sup>Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>II</sup>Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>III</sup>Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>IV</sup>Serviço de Apoio em Métodos Quantitativos, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Autor correspondente:** Fabíola Bof de Andrade, Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Avenida Augusto de Lima, 1715, Barro Preto, CEP: 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: fabiola.andrade@cpqrr.fiocruz.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

**ABSTRACT:** The objective of this paper is to present the characteristics and methodological procedures used in the study SABE (Health, Well-Being, and Aging). This is a longitudinal study with multiple cohorts, carried out in the city of São Paulo, Brazil, since 2000. Follow-ups are conducted every five years when the new cohort is initiated. The SABE study employed a stratified, multistage sampling design to obtain a representative sample of community-dwelling individuals aged 60 years or more in the city of Sao Paulo. Data were collected by a structured questionnaire and clinical measurements taken by trained and calibrated examiners. The questionnaire included information on socioeconomic and demographic conditions, cognitive function, general health, medication, use and access to health services, oral health, nutrition, social support, functionality and well-being. The baseline study included self-reported oral health measurements, and clinical oral health measures were introduced in 2006.

**Keywords:** Oral health. Aging. Longitudinal studies. Epidemiology. Quality of life. Dental care.

## O QUE É O ESTUDO SABE (SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO)?

As mudanças demográficas em velocidade nunca vista, mesmo em sociedades afluentes, têm colocado o Brasil — América Latina e Caribe — em uma profunda transformação do ponto de vista do perfil epidemiológico das doenças e agravos que acometem a população. Dessa forma, ao propor, em 1997, um estudo multicêntrico — Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) — sobre as condições de vida e saúde das pessoas idosas na América Latina e Caribe, a Organização Pan-Americana da Saúde tinha como objetivo primário avaliar o estado de saúde desses indivíduos para projetar as necessidades que resultarão do rápido crescimento desse grupo populacional. O objetivo secundário foi promover um maior diálogo entre a investigação em saúde pública e o estudo do envelhecimento, a fim de fortalecer o trabalho interdisciplinar no qual colaborariam epidemiologistas, demógrafos, sociólogos e geriatras<sup>1</sup>.

A primeira coleta de dados foi realizada no ano de 2000 e foram incluídas sete cidades representando as diferentes etapas de envelhecimento na região: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), Havana (Cuba), Montevideú (Uruguai), Santiago (Chile), Cidade do México (México) e São Paulo (Brasil).

Em 2006, o grupo responsável pelo Estudo em São Paulo decidiu dar continuidade à pesquisa transformando-a em um estudo longitudinal de múltiplas coortes. Assim, a partir desse ano, a cada onda do estudo uma nova coorte de 60 a 64 anos é introduzida, permitindo a análise das condições de envelhecimento das diferentes coortes da população do município de São Paulo.

O Estudo SABE utilizou um desenho de amostra por conglomerados sob o critério de partilha proporcional ao tamanho com sobreamostra para 75 anos e mais a fim de obter uma amostra representativa de indivíduos de 60 anos ou mais vivendo na comunidade do Município de São Paulo, Brasil. A primeira coorte (iniciada em 2000) tinha 2.143 indivíduos e foi composta de dois segmentos. O primeiro foi o resultado de uma amostra probabilística formada por 1.568 entrevistas. O segundo foi formado por 575 residentes nos mesmos distritos de São Paulo onde as entrevistas foram feitas e correspondem a um acréscimo para compensar os óbitos de indivíduos de 75 anos ou mais e completar o número desejado de entrevistas nessa faixa etária. Um cadastro permanente de 72 setores censitários existentes no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública foi considerado o primeiro estágio da amostra. Essa amostra foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1995, composto por 263 setores censitários sorteados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio, calculado pela média ( $5882/72 = 81,69$ ), foi aproximado para 90. Cada questionário teve um peso calculado de acordo com o setor censitário do qual faz parte. Nas entrevistas realizadas com indivíduos que foram selecionados, porém não sorteados (75 anos ou mais), o cálculo do peso foi feito com a relação à população de idosos nessa faixa etária, residentes no Município de São Paulo em 1998, e ao número de idosos na mesma faixa encontrados na amostra final do estudo. A descrição detalhada da metodologia empregada pode ser encontrada em <http://www.fsp.usp.br/sabe>.

Durante o seguimento do estudo, 1.115 dos idosos participantes da linha de base foram localizados e concordaram em participar de uma nova entrevista. Para a segunda coorte (B), iniciada em 2006, a amostra foi definida como 400 indivíduos (60 a 64 anos), o que estabelece uma fração amostral de 400/população no grupo etário no ano. No primeiro estágio, 40 setores foram selecionados, seguindo o critério no qual o número de unidades primárias de amostras foi  $\geq 30$  e o número mínimo de entrevistas por setor foi  $400/40 = 10$ . O número mínimo de casas selecionadas por setor foi 118; considerando 10 entrevistas por setor, a razão 10:1 é o inverso do número de idoso para cada 10 casas e 0,85 foi a taxa de sucesso esperada para a localização e realização das entrevistas nas casas selecionadas. Foram localizados 375 indivíduos e 298 concordaram em participar do estudo.

Em 2010, a terceira rodada da primeira coorte ( $A_{10}$ ) e a segunda rodada da segunda coorte ( $B_{10}$ ) foram realizadas. Em 2012 (devido ao atraso na publicação dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 485 indivíduos foram selecionados probabilisticamente para compor a terceira coorte ( $C_{10}$ ), entre os quais 399 foram localizados e 356 concordaram em participar. Os critérios de seleção da amostra para a coorte  $C_{10}$  foram idênticos àqueles das duas coortes anteriores. O estudo SABE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento da entrevista. O SABE foi desenvolvido para coletar informações sobre condições socioeconômicas e demográficas, função cognitiva, saúde geral, medicação, uso e acesso aos serviços de saúde,

saúde bucal, nutrição, suporte social, funcionalidade e bem estar. As medidas da linha de base foram: antropométricas, mobilidade e flexibilidade e autorrelato de saúde bucal. Novas medidas foram adicionadas no primeiro seguimento (2006): pressão arterial, glicemia e medidas clínicas de saúde bucal; e no segundo (2010 a 2012): hemograma completo, TSH, T4L2, colesterol, HDL, glicose, hemoglobina glicada, creatinina, triglicerídeos, albumina, cálcio, fósforo, ferro, FSH, LH, testosterona, proteína C-reativa, fibrinogênio, ácido úrico, ferritina, extração de DNA + alíquota de soro estocada a -80°C, Elisa, uricolor check, ressonância magnética cerebral, avaliação de resposta imune por testes de imunoenensaio e acelerômetro.

## **ESTUDO DA SAÚDE BUCAL ANINHADO NO ESTUDO SABE**

No ano de 2000, somente medidas autorreferidas foram consideradas: uso de prótese dentária, número de dentes perdidos (<http://www.fsp.usp.br/sabe>) e autopercepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, medida por meio do General Oral Health Assessment Index (GOHAI)<sup>2</sup>. De 2006 em diante, os participantes foram submetidos a um exame clínico para obtenção de medidas de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde<sup>3</sup> para obtenção das seguintes medidas: número de dentes, uso de prótese dental, necessidade de prótese dental e condição periodontal (avaliada por meio do índice de perda de inserção periodontal e índice periodontal comunitário). Outras medidas autorreferidas foram incluídas (tempo desde a última visita ao dentista, motivo da última consulta odontológica, saúde bucal autopercebida e autorrelato da causa da perda dental). Em 2010, a avaliação do número de pares oclusais posteriores<sup>4</sup> foi incluída no exame clínico. Todos os exames foram realizados por dentistas treinados e calibrados.

Dado o desenho longitudinal do Estudo, os dados têm sido utilizados para produzir informações do perfil da saúde bucal dos idosos do município de São Paulo<sup>5</sup> e investigar os fatores relacionados às condições de saúde bucal, à autopercepção da saúde bucal<sup>6</sup> e ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida<sup>7</sup>. Além disso, outros estudos foram realizados objetivando identificar os fatores associados às mudanças na autopercepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida<sup>8</sup> e o impacto da saúde bucal em desfechos de saúde geral dos idosos como, por exemplo, a fragilidade<sup>9</sup>. Além disso, considerando que o Estudo SABE tem, atualmente, disponíveis dados de três coortes, diferenças inter e intracoortes no tocante às condições de saúde bucal estão sendo estudadas e estarão disponíveis em breve.

No tocante ao acompanhamento dos participantes, vale ressaltar que, embora o Estudo SABE tenha uma baixa taxa de perdas no que diz respeito a recusas e não localização, o maior desafio do estudo está relacionado à perda de seguimento devido a óbitos, a principal razão para a redução do tamanho da coorte durante os anos. Com relação à coleta de dados ressalta-se que a equipe de trabalho não tem encontrado dificuldades para a realização sistemática e contínua dos exames clínicos da condição bucal.

A experiência do SABE mostra que a coleta de dados sobre as condições bucais é viável em estudos de coorte multidisciplinares desde que haja financiamento adequado justificado a partir do entendimento da saúde bucal como parte integrante da saúde geral. A obtenção das medidas durante cada campo apresenta as mesmas dificuldades operacionais daquelas encontradas em estudos transversais. Porém, comparada à coleta de outras medidas comuns de saúde geral realizadas em estudos multidisciplinares, os exames clínicos se tornam mais caros em virtude da necessidade de instrumentais e profissionais qualificados.

O SABE é um dos mais extensos estudos de coorte de idosos do país com avaliações periódicas da condição bucal e de saúde geral. Assim, embora a logística no que diz respeito à organização e coleta dos dados durante as ondas de seguimento seja altamente demandante em termos de recursos humanos, trabalho e financiamento, a experiência tem mostrado que o esforço é válido frente ao conhecimento acumulado ao longo dos anos do estudo com relação aos indicadores e preditores de saúde bucal e geral, tão importantes e necessários para o planejamento dos serviços de saúde que serão cada vez mais demandados e impactados economicamente por esse grupo etário que é o que mais cresce na população.

## REFERÊNCIAS

1. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestary Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(5/6): 307-22.
2. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54(11): 680-7.
3. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4<sup>th</sup> ed. Geneva: WHO; 1997.
4. Finch SA, Doyle W, Lowe C, Bates CJ, Prentice A, Smithers G, et al. National diet and nutrition survey: people aged 65 years and over, 1994-1995. 2<sup>nd</sup> ed. Colchester: UK Data Archive, University of Essex; 2001.
5. Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO, orgs. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS/MS; 2003. p. 121-40.
6. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Duarte YA, Teixeira DS. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(10): 1965-75.
7. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, da Cruz Teixeira DS, de Oliveira Duarte YA. Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(9): 1755-60.
8. de Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Duarte YA. Correlates of change in self-perceived oral health among older adults in Brazil: findings from the Health, Well-Being and Aging Study. *J Am Dent Assoc* 2012; 143(5): 488-95.
9. de Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Duarte YA. Relationship between oral health and frailty in community-dwelling elderly individuals in Brazil. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(5): 809-14.

Recebido em: 05/ 05/ 2013

Versão final apresentada em: 29/ 01/ 2014

Aceito em: 03/ 04/ 2014