REUNIÕES CIENTÍFICAS DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL – 2016

REUNIÃO 2

ESTUDO *SABE* -

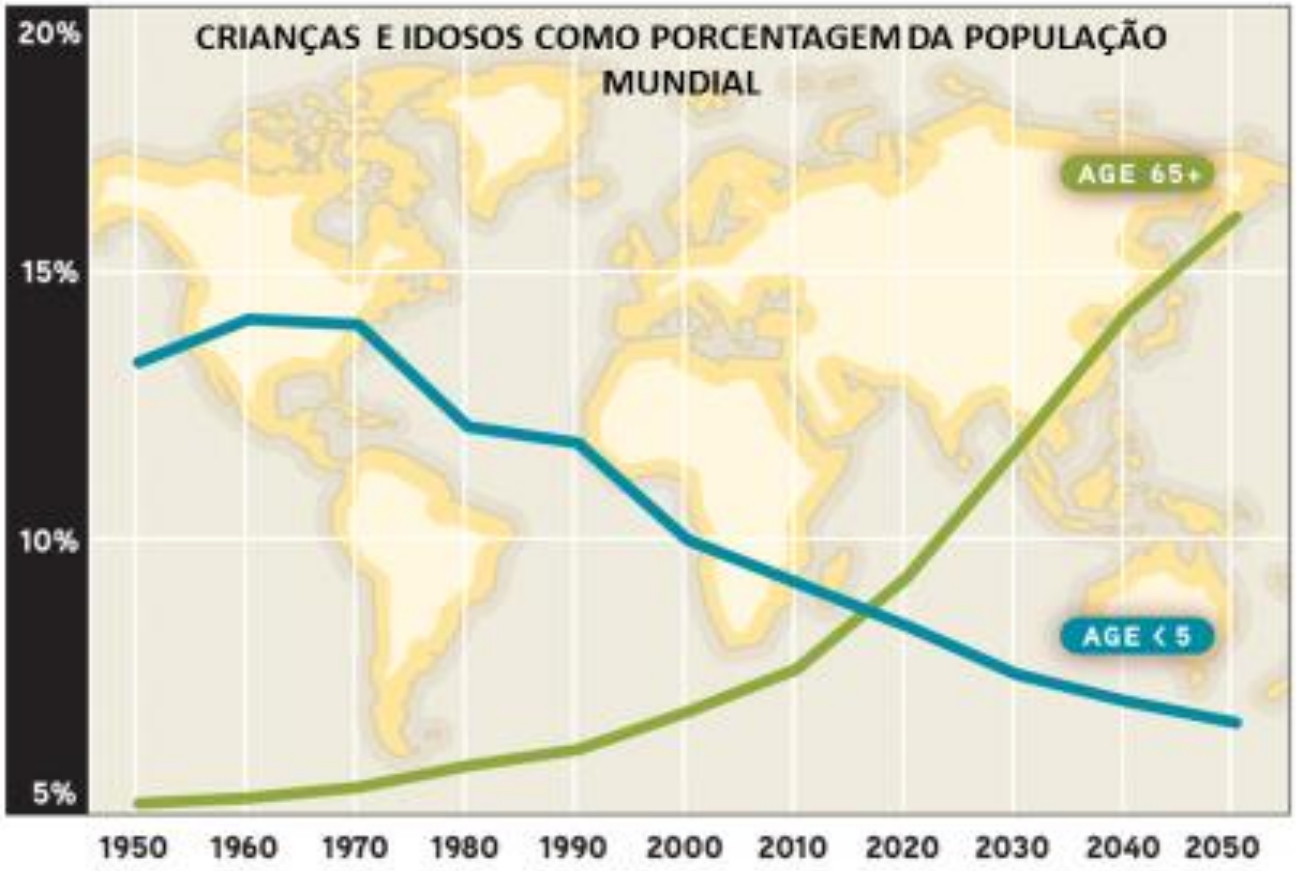
SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO

Jair Licio Ferreira Santos
DMS-FMRP-USP
04/05/2016

REUNIÕES CIENTÍFICAS DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL – 2016

REUNIÃO 2

ANTECEDENTES: PREOCUPAÇÕES ENTRE ACADÊMICOS E INSTITUIÇÕES



Fonte :https://www.nia.nih.gov/about/living-long-well-21st-century-strategic-directions-research-aging/research-goal-d-improve-our. Acessado em 12 04 2016

ANTECEDENTES: PREOCUPAÇÕES ENTRE ACADÊMICOS E INSTITUIÇÕES

SABE é o segundo inquérito patrocinado pela **Organização Pan-Americana de Saúde.** O primeiro foi o ENA (Encuesta de Necesidades de los Ancianos) desenvolvido durante a década de 80 em 12 áreas urbanas da América Latina e Caribe.

Palloni, A., Pelaez, M., & De Vos, S. (1998). **Aging in Latin America.** The Pan American Health Organization Bulletin (Special Issue).

ANTECEDENTES: PREOCUPAÇÕES ENTRE ACADÊMICOS E INSTITUIÇÕES

PALLONI A; McENIRY M; WONG R; PELAÉZ M. The tide to come: elderly health in Latin America and the Caribbean. J Aging Health. 2006 Apr;18(2):180-206.

PARTICIPAÇÕES NA REALIZAÇÃO DO ESTUDO SABE

INSTITUIÇÕES	PARTICIPAÇÃO	ÂMBITO
OPAS	Concepção, financiamento inicial Consultoria : Marta Pelaéz, Rebeca Rios	Todos os Locais
National Institute on Aging	Financiamento: Organização e Preparação da base de dados	
University of Wisconsin	Planejamento, delineamento, quadro conceitual e metodológico: Alberto Palloni	
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP	Financiamento principal (2000 – 2006 – 2010 e 2015)	São Paulo
Ministério da Saúde - Brasil	Apoio a Financiamento (2000)	
CNPq	Apoio a Financiamento (2006 – 2010, 2015)	
Faculdade de Saúde Publica – USP	Coordenação e pesquisa: Ruy Laurenti, Maria Lúcia Lebrão, Nilza Nunes da Silva, Fernão Dias de Lima, Maria de Fátima Marucci.	
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP	Pesquisador: Jair Licio Ferreira Santos	
Escola de Enfermagem da USP	Pesquisadora: Yeda Aparecida de Oliveira Duarte	
Faculdade de Medicina de Botucatú – UNESP	Pesquisadora: Ana Teresa Ramos de Abreu-Cerqueira	

O PROJETO FOI CONCEBIDO COMO ESTUDO MULTICÊNTRICO EM 7 CIDADES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE.

O PROTOCOLO DE PESQUISA PREVIU UMA SOBRE - AMOSTRAGEM PARA AS IDADES MAIS VELHAS E ASSIM PERMITIR POSSÍVEL SEGUIMENTO, COMO UM ESTUDO LONGITUDINAL.

ENTRETANTO APENAS EM SÃO PAULO FORAM REPLICADAS PESQUISAS EM 2006, 2010 E 2015 – TORNANDO O SABE UM ESTUDO LONGITUDINAL DE MÚLTIPLAS COORTES.

O PROJETO FOI CONCEBIDO COMO ESTUDO MULTICÊNTRICO EM 7 CIDADES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE.

PROJETO SABE - OBJETIVOS PRINCIPAIS

Coletar informação sobre as condições de saúde dos idosos residentes em áreas urbanas de vários países da América Latina e Caribe.

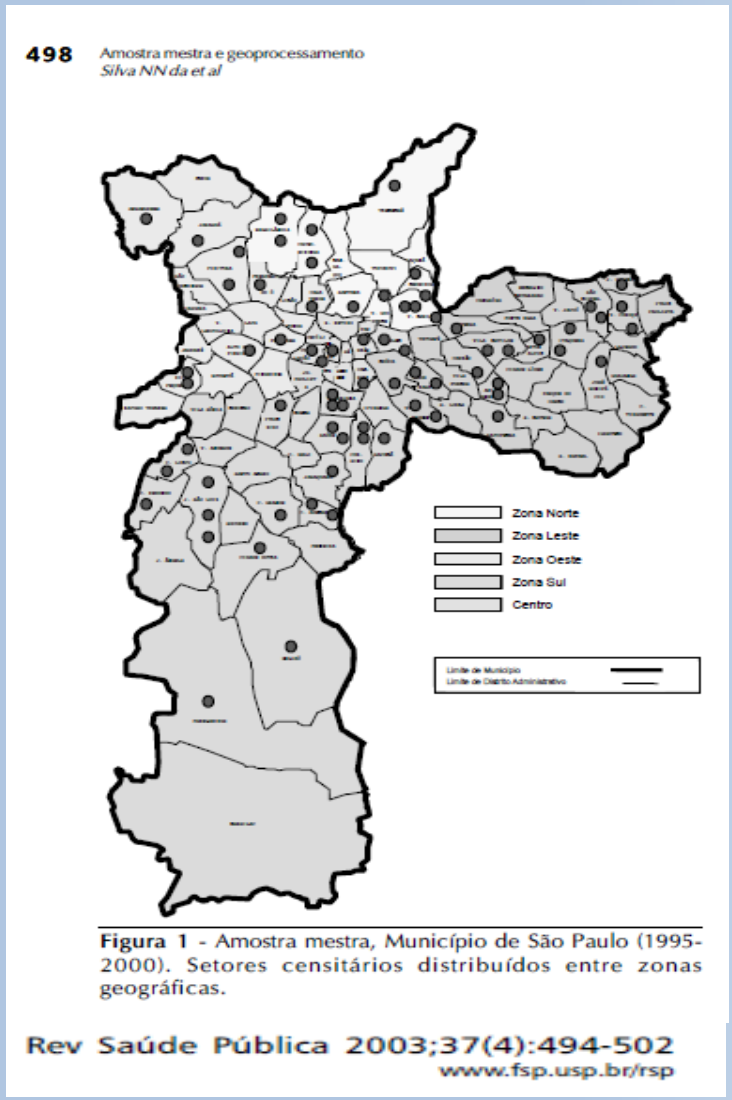
Avaliar diferenciais de coorte, gênero e socioeconomicos com relação ao estado de saúde, acesso e utilização de cuidados de saúde.

MÉTODOS (SÃO PAULO – 2000)

População de referência: Pessoas de 60 anos e mais, residentes no município de São Paulo, não institucionalizadas.

Instrumento: inquérito domiciliar através de questionário com questões distribuidas em três módulos principais: sócio-demográfico, condições de saúde e serviços de saúde.

Processo de amostragem: Estratificada por sexo e idade, com partilha proporcional. Sorteio por conglomerados, em duplo estágio: setores censitários e domicilios.



PROCEDIMENTO DE AMOSTRAGEM (São Paulo - 2000)

- 5.882 domicílios sorteados ⇒ 1.500 idosos calculados na primeira estimação do tamanho da amostra.

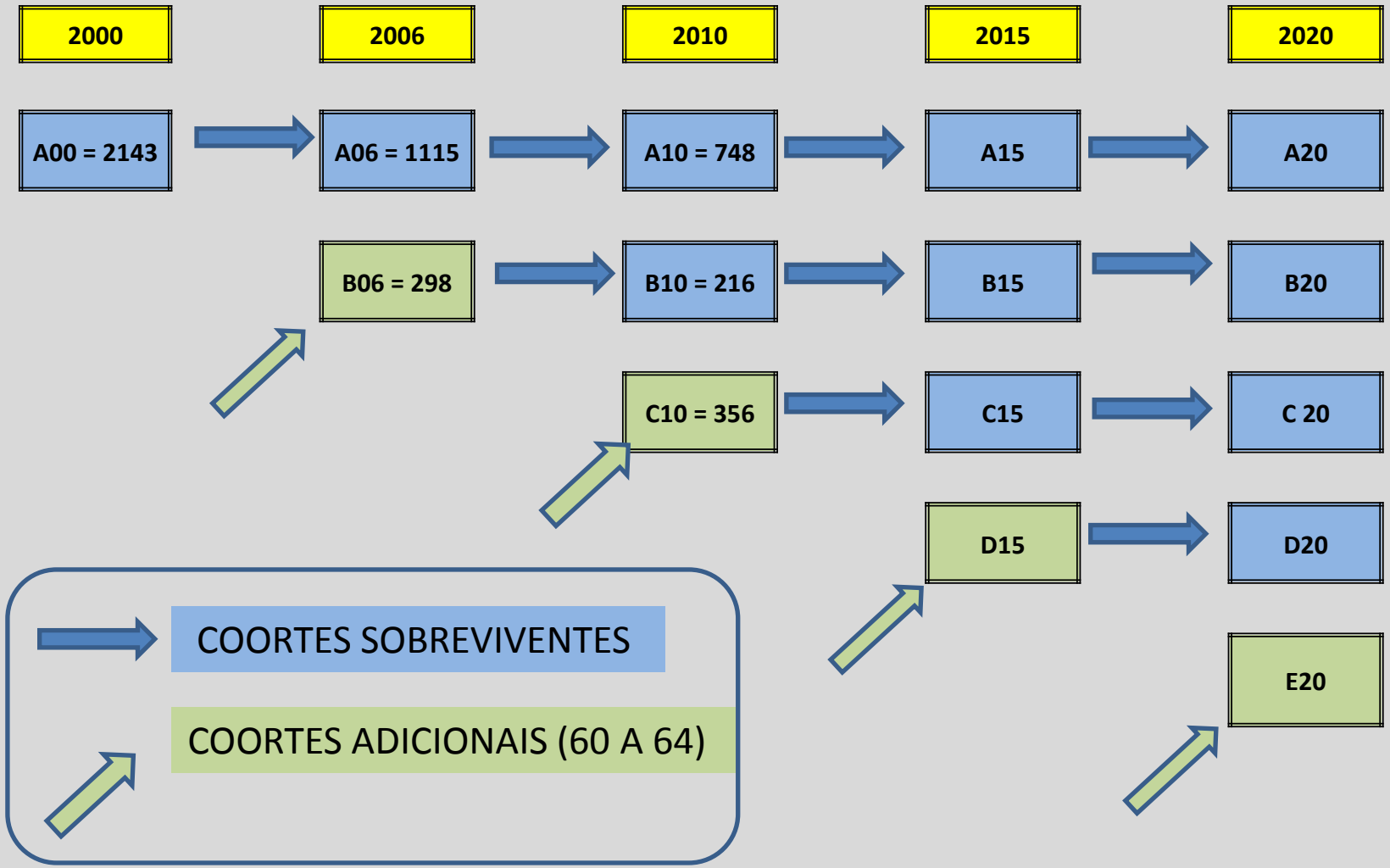
- visita de todos os demais domicílios não sorteados, pertencentes à quadra daqueles sorteados, até completar o número de idosos dos grupos ampliados. (COMO PREVISTO NO PROTOCOLO)

- domicílios de quadras não sorteadas também foram visitados, até que os números finais de idosos nos grupos etários 75 – 79 e 80 ou + para ambos os sexos fossem aproximadamente iguais a 258 e 273 respectivamente.

- Resultado final: 2.143 entrevistas realizadas de 2230 previstas

SABE

ESQUEMA AMOSTRAL E DE SEGUIMENTO NO ESTUDO SABE – 2000 A 2020



SABE 2015

NATUREZA DA PESQUISA:

PROJETO TEMÁTICO FINANCIADO

PELA FAPESP

ESTÁGIO ATUAL:

SOBREVIVENTES :

LOCALIZAÇÃO E ENTREVISTAS

CONCLUIDAS

COORTE D15: PLANO AMOSTRAL DEFINIDO, CONCLUDA ATUALIZAÇÃO DO CAMPO, INÍCIO DAS VISITAS.

EQUIPE RESPONSÁVEL

Jair Licio F Santos	Maria Lucia Lebrão	Yeda Aparecida Oliveira Duarte
Pesquisador Principal	***Coordenadora Geral***	***Pesquisadora Principal***

METODOLOGIA: INSTRUMENTO (2000)

Inquérito domiciliário com entrevistas contendo questões detalhadas de três módulos principais: sócio-demográfico, condições de saúde e serviços de saúde.

SEÇÃO	CONTEÚDO
A	DADOS PESSOAIS
B	AVALIAÇÃO COGNITIVA
C	ESTADO DE SAÚDE
D	ESTADO FUNCIONAL
E	MEDICAMENTOS
F	USO E ACESSO A SERVIÇOS
G	REDE DE APOIO (FAMILIAR E SOCIAL)
H	CARACTERÍSTICAS DA MORADIA
K	ANTROPOMETRIA: PESO, ALTURA, FORÇA MANUAL PREGA CUTÂNEA, CINTURA, QUADRIL, PANTURRILHA.
L	FLEXIBILIDADE E MOBILIDADE

METODOLOGIA: INSTRUMENTO

INSERÇÕES EM 2006

MINI MENTAL – ABREVIADO

APGAR DE FAMILIA

CARGA DE CUIDADORES (ZARIT)

ICIQ : AVALIAR INCONTINÊNCIA

QUALIDADE DE VIDA – SF12

MELHORIA NAS QUESTÕES DE FRAGILIDADE (FRIED)

INSERÇÃO EM 2010

Estudo SABE: Exames
TSH
T4L2
Hemograma completo
Colesterol
HDL
Glicose
Hemoglobina Glicada
Creatinina
Triglicerides
Albumina
Cálcio
Fósforo
Ferro
FSH
LH
Testosterona
Proteína C reativa
Fibrinogenio
Acido úrico

PARCERIAS - 2015

Centro de Genoma Humano:

Profa. Mayana Zatz

Instituto do Cerebro – Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa – Hospital Albert Einstein:

Dr. Edson Amaro Jr.

METODOLOGIA: RASTREAMENTO DE ÓBITOS

Inicialmente realizou-se uma busca dos óbitos constantes das bases de dados da ***Fundação Seade e Proaim por meio da comparação de nome, endereço, sexo e data de nascimento no período d***e 2000 a 2006 E DE 2006 A 2010. Para localizar os demais idosos, utilizaram- se os endereços constantes do questionário confirmados por uma equipe de "batedoras". Para os não-localizados no endereço original, fez-se uma ampla busca por informações no próprio bairro (vizinhança e serviços como ***farmácias, mercados, igrejas,*** etc.) e com os dados extras constantes do questionário-base (telefones de recado, contato com filhos ou outros parentes). Ao final, utilizou-se a ***mídia escrita para auxiliar na localização dos restantes***. Após intensa busca, considerou-se fechada a amostra, sendo o grupo não encontrado denominado *não-localizados.*

SEGUIMENTO DA COORTE INICIAL DE ENTREVISTADOS (A00)

	A(00)	A(06)		A(10)	
Status do idoso	N	N	%	N	%
Entrevistados	2.143	1.115	52,0	748	63,6
Óbitos	-	649	30,3	267	22,7
Recusas	87	177	8,3	77	6,5
Não localizados	-	140	6,5	40	3,4
Mudança do município	-	51	2,4	35	3,0
Institucionalizações	-	11	0,5	10	0,8
Recuperações 2000/2010	-	-	0,0	62	0,0
TOTAL	**2230**	**2143**	100,0	**1177**	100,0

ALGUNS RESULTADOS: 2000

Contéudo

Prefácio – Martha Peláez

1. Histórico e natureza do estudo. 13
Alberto Palloni & Martha Peláez

2. O Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. 33
Maria Lúcia Lebrão

3. Aspectos metodológicos. 45
Processo de amostragem. 47
Nilza Nunes da Silva
Trabalho de campo para coleta de dados. 59
Clarissa de Lacerda Nazário
Elaboração do banco de dados. 69
Fernão Dias de Lima

4. Condições de saúde. 73
Maria Lúcia Lebrão & Ruy Laurenti

5. Estado nutricional e capacidade física. 93
Maria de Fátima Nunes Marucci & Aline Rodrigues Barbosa

6. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. . 119
Paulo Capel Narvai & José Leopoldo Ferreira Antunes

7. Deterioração cognitiva e depressão. 141

8. Análise de sobrevida sem incapacidades. 167
Jair Lício Ferreira Santos

9. Desempenho funcional e demandas assistenciais. 183
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

10. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. 201
Paulo M. Saad

11. Uso dos serviços de saúde. 225
Chester Luís Galvão Cesar & Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

12. Situação de ocupação e renda. 239
Antonio Carlos Coelho Campino & Denise Cavallini Cyrillo

RESULTADOS, DOCUMENTÃÇÃO E OUTRAS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS EM:

http://www.fsp.usp.br/sabe/

ALGUNS RESULTADOS: TESES E DISSERTAÇÕES (ATÉ 2014 – PARCIAL)

DISPONÍVEIS EM :
http://www.fsp.usp.br/sabe/tesesdissertacoes.php

(Com links para a publicação original)

ALGUNS RESULTADOS: ARTIGOS PUBLICADOS (ATÉ 2014 – PARCIAL)

DISPONÍVEIS EM:
http://www.fsp.usp.br/sabe/arti.php

(Com links para a publicação original)

ALGUNS RESULTADOS: NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA – PUBLICAÇÃO EM BREVE

HISTÓRIA, METODOLOGIA E ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO – 10 ANOS DO ESTUDO SABE
FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO EM IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM 2006: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO SABE.
REDES SOCIAIS E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO SABE
SOBREVIDA DE IDOSOS EXPOSTOS À POLIFARMÁCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - ESTUDO SABE
ESTUDO SABE - SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS
DOENÇAS CARDIOMETABÓLICAS
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SARCOPENIA, DINAPENIA E SARCODINAPENIA EM IDOSO RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – ESTUDO SABE
COMPARAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DA INGESTÃO ALIMENTAR REFERIDA POR IDOSOS DE DIFERENTES COORTES DE NASCIMENTO: ESTUDO SABE - SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO
INCREASE OF SLEEP DISTURBANCES IN OLDER ADULTS IS ASSOCIATED WITH GENDER AND HEALTH STATUS.
PERFIL DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E SUA ASSOCIAÇÃO COM AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL
DESIGUALDADES SOCIAIS NA AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS DA CIDADE DE SÃO PAULO
ATIVIDADE FISICA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DO ESTUDO SABE: AVALIAÇÃO POR ACELEROMETRIA
CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO EM SÃO PAULO
ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS FUMANTES E EX-FUMANTES DA CIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL.
TENDÊNCIA DA PRÁTICA DE AUTOMEDICAÇÃO ENTRE IDOSOS BRASILEIROS, 2006 – 2010 - ESTUDO SABE
CONDIÇÕES PREGRESSAS E SAÚDE NO ESTUDO SAÚDE BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO

OUTROS RESULTADOS: TEMAS DE INTERESSE

MARINA LEANDRINI DE OLIVEIRA

A relação entre condições pregressas, capacidade funcional e fatores associados à saúde de idosos no município de São Paulo

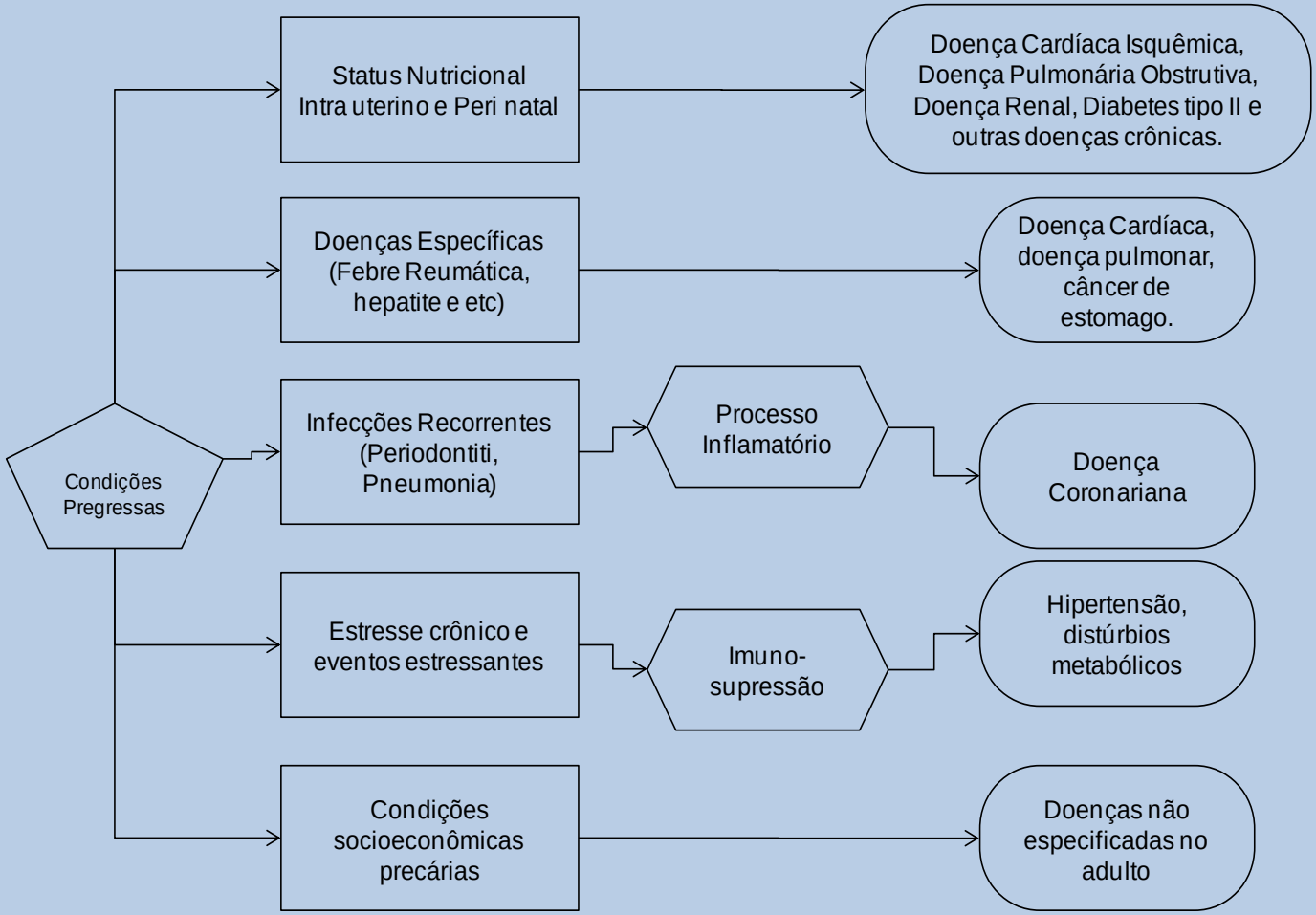
Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/ USP para a obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos

Ribeirão Preto
2010

Principais formas de associação entre as condições pregressas e a saúde dos idosos



MONTEVERDE; NORONHA; PALLONI, 2009

A relação entre condições pregressas, capacidade funcional e fatores associados à saúde de idosos no município de São Paulo

Resumo dos resultados encontrados a partir dos valores da regressão logística

CONDIÇÕES PREGRESSAS	ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA
ECONOMIA	-
SAÚDE	-
NEFRITE	SAÚDE REFERIDA, ÓBITO
HEPATITE	-
SARAMPO	-
TUBERCULOSE	SAÚDE REFERIDA
FEBRE REUMÁTICA	ABVD
ASMA	-
BRONQUITE	-
OUTRAS FEBRE TIFÓIDE PNEUMONIA MALÁRIA	 - - -
ACAMADO	ÓBITO
FOME	-
ORIGEM RURAL	SAÚDE REFERIDA, ÓBITO

O MEIO RURAL E A ORIGEM DO IDOSO: A SAÚDE E A MORTE NA CIDADE.

(RESULTADOS DO ESTUDO SABE 2000 – 2006)*

Jair Licio Ferreira **SANTOS**[1]
Marina Leandrini de **OLIVEIRA**[2]
Marta Rovery **de SOUZA** [3]
Maria Lúcia **LEBRÃO**[4]
Yeda Aparecida Oliveira **DUARTE**[5]

Palavras-chave: Origem Rural, Saúde do Idoso, Mortalidade, causas pregressas

Resumo **(RESULTADOS)**

A origem rural foi significativa para a associação com Saúde Regular/Má (RRR= 1,39) e para o Óbito (RRR=1,59): O idoso de origem rural teve um risco 39% maior de apresentar Saúde Regular/Má. Igualmente, o risco de óbito nos 6 anos de observação foi superior aos idosos de origem urbana em 59%. . Estes resultados permitem apontar associações que tornam o local de origem dos idosos um instrumento fomentador de hipóteses e norteador de ações em saúde.

---

* Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.

O MEIO RURAL E A ORIGEM DO IDOSO: A SAÚDE E A MORTE NA CIDADE.
(RESULTADOS DO ESTUDO SABE 2000 – 2006)

Tabela 3 – Resultados da regressão logística multinomial para a categoria " Óbito "

Variáveis	Categoriass	Razões de Risco	P	Intervalo de confiança 95%	
Origem	Urbana	1,00			
	Rural	1,59	0,028	1,05	2,40
Grupo Etário	60 a 74	1,00			
	75 e +	4,08	0,000	3,04	5,50
Sexo	Masculino	1,00			
	Feminino	0,54	0,002	0,37	0,80
Renda	Até 2º. Quintil	1,00			
	Acima 2º. Quintil	0,57	0,003	0,39	0,82
Escolaridade	4 anos e +	1,00			
	Até 3 anos	1,07	0,656	0,78	1,48

OUTROS RESULTADOS: TEMAS DE INTERESSE

Fatores intrínsecos relacionados às **quedas** de idosos do município de São Paulo, segundo o Estudo SABE

Dissertação de Mestrado: GISELE PATRICIA DUARTE

Orientador da pesquisa: PROFº DRº JAIR LICIO FERREIRA SANTOS

CONCLUSÃO

- Conclui-se que quanto mais longeva for a pessoa, maior o número de fatores intrínsecos relacionados à ocorrência de quedas

- Idade superior a 74 anos tem risco elevado de cair se possuir: autoavaliação ruim da saúde, baixa acuidade visual, tomar 4 ou mais medicamentos, ser diabético ou ter tido AVE e possuir IMC inadequado.

- Entre 60 a 74 anos apresenta risco elevado de cair se apresentar: autoavaliação da saúde ruim, baixa acuidade auditiva e dificuldade em banhar-se.

- Sendo a queda mais prevalente para o sexo feminino em ambas as faixas etárias.

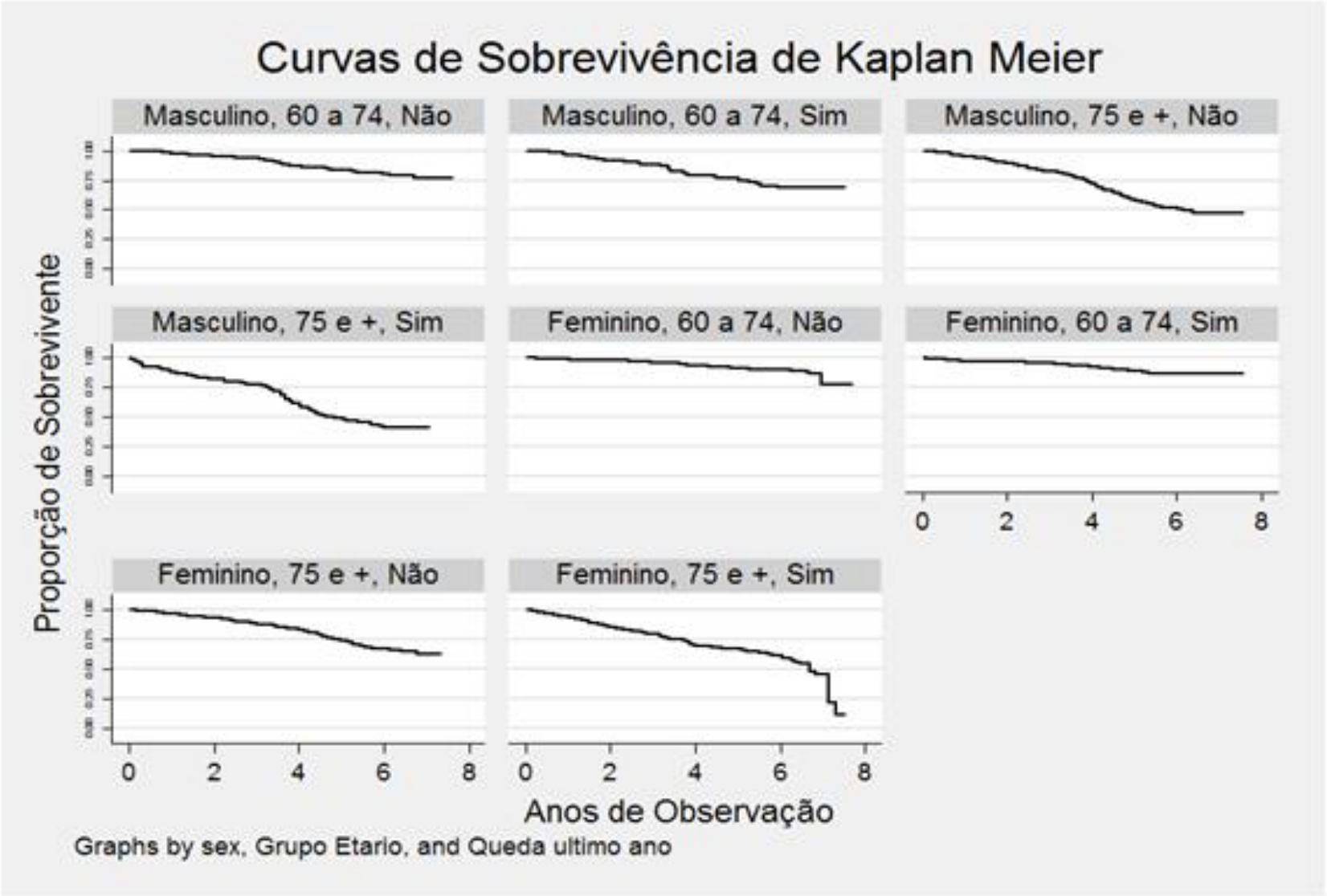


Figura 1 – Curvas de Kaplan Meier por sexo, idade e queda

Ribeirão Preto

2016

GISELE PATRICIA DUARTE

ASSOCIAÇÃO ENTRE QUEDAS E FRAGILIDADE EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SEGUNDO O ESTUDO SABE

Tese apresentada ao departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –FMRP- USP para obtenção do título de Doutora.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Tabela 22. Modelo Final da Regressão de Poisson para desfecho Fragilidade

Variáveis	Razão de taxas de incidência (IRR)	Intervalo de Confiança de 95%	p
Quedas 2006			
Nunca caíram	1.00 (base)		
Antes de 1 ano	1.32	(0.67 – 2.60)	0,416
Durante último ano	1.41	(0.74 – 2.71)	0,297
Idade			
Até 75	1.00 (base)		
75 e mais	2.38	(1.39 – 4.08)	0,002
Visão	2.07	(1.35 – 3.17)	0,001
Dificuldade para cuidar do próprio dinheiro			
Não	1.00 (base)		
Sim	0.48	(0.27 – 0.83)	0,010
Dificuldade para utilizar transporte			
Não	1.00 (base)		
Sim	2.45	(1.27 – 4.75)	0,008
Dificuldade para tomar seus remédios			
Não	1.00 (base)		
Sim	2.16	(1.15 – 4.06)	0,017

Relação de quedas em idosos e os componentes de fragilidade

Gisele Patricia Duarte; Jair Licio Ferreira Santos;Yeda Aparecida de Oliveira Duarte; Maria Lúcia Lebrão

(Artigo aceito para publicação na Revista Brasileira de Epidemiologia)

Objetivo: Avaliar se a ***ocorrência de quedas no ano anterior*** à entrevista está associada aos ***componentes de fragilidade*** após um período de quatro anos.

Tabela1.Idosos quanto ocorrência de quedas e fragilidade. São Paulo/SP, 2006

			Fragilidade					
	Não Frágil		Pré-frágil		Frágil		Total	
Quedas no último ano			n=1397		p<0,001			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	444	54,5	393	37,8	117	7,7	954	100
Sim	135	38,5	233	51,0	75	10,5	443	100
Total	579	50,0	626	41,5	192	8,5	1397	100

Tabela 3. Porcentagem de idosos positivos para os componentes do fenótipo de fragilidade em 2010, segundo ocorrência de queda no ano anterior à entrevista de 2006

	Quedas no ano anterior (%)*					
Componentes da Fragilidade	Não	Sim	Total	Risco Relativo	P (Rao-Scott)	Nível de significância
Atividade física reduzida	35,2	34,0	34,9	0,97	0,736	0,050
Redução Força preensão manual	21,8	31,5	24,4	1,44	***0,003***	0,013
Redução velocidade de marcha	19,3	23,8	20,4	1,23	0,135	0,017
Perda de peso	5,9	7,8	7,2	1,32	0,346	0,025
Exaustão	7,6	14,7	9,5	1,93	***0,003***	0,010

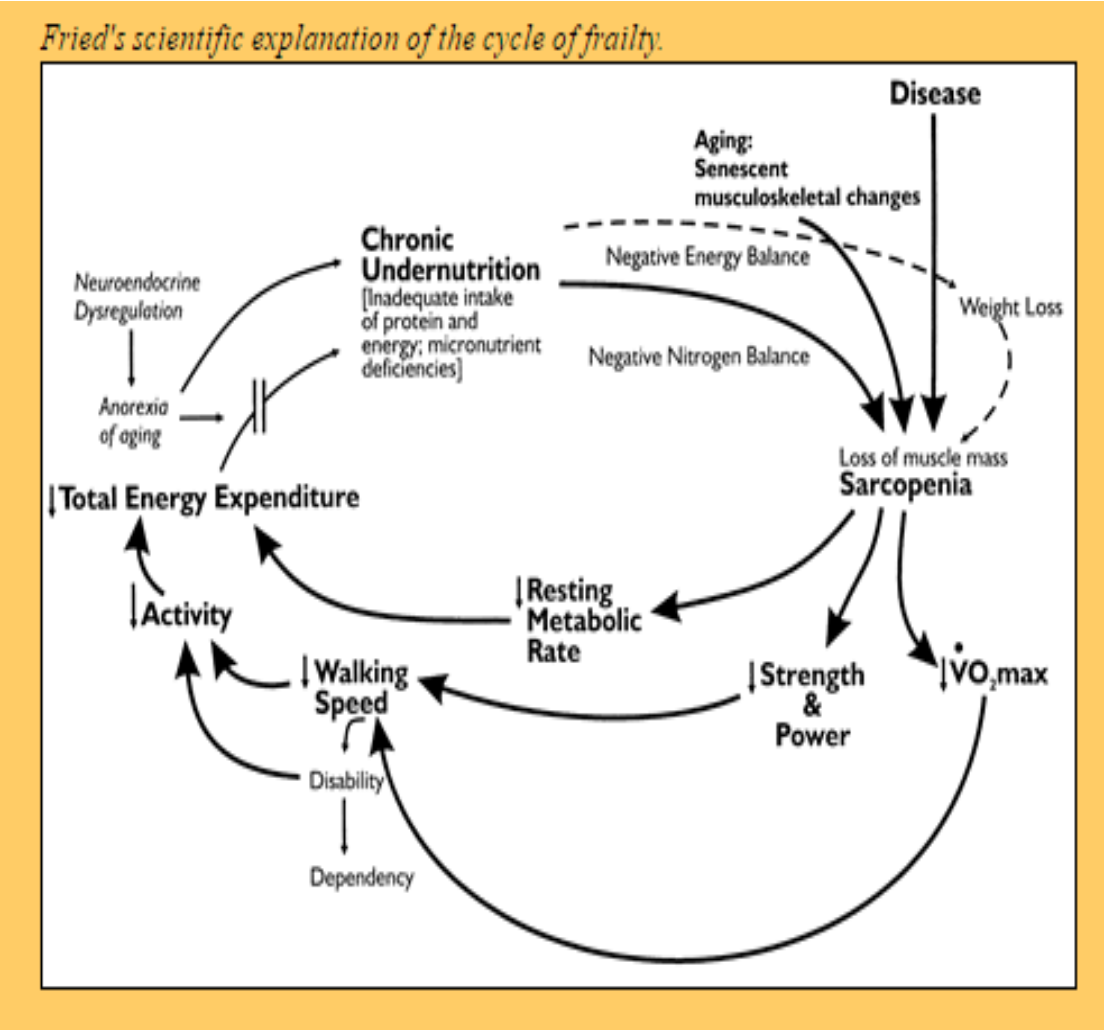
OUTROS RESULTADOS SELECIONADOS

ESTUDOS DE FRAGILIDADE

Há **dois modelos** de avaliação da fragilidade mais difundidos: um relacionado ao modelo de acúmulo de déficits que consiste na somatória das condições clínicas apresentadas com as disfunções identificadas, compondo o denominado Frailty Index, e o outro diz respeito ao fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al.

O **modelo de Fried** caracteriza fragilidade como a diminuição de reservas fisiológicas e aumento da vulnerabilidade dos indivíduos, reduzindo sua capacidade de adaptação homeostática, resultado de processo interno e progressivo exteriorizado por um fenótipo composto por cinco componentes mensuráveis: perda de peso não intencional, fadiga, redução da força e da velocidade de caminhada e baixa atividade física.

A mensuração de quatro dos cinco componentes da síndrome exige equipamentos e treinamento especializados, dificultando sua operacionalização na atenção primária.



Há **dois modelos** de avaliação da fragilidade mais difundidos: um relacionado ao modelo de acúmulo de déficits que consiste na somatória das condições clínicas apresentadas com as disfunções identificadas, compondo o denominado Frailty Index, e o outro diz respeito ao fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al.

O **modelo de Fried** caracteriza fragilidade como a diminuição de reservas fisiológicas e aumento da vulnerabilidade dos indivíduos, reduzindo sua capacidade de adaptação homeostática, resultado de processo interno e progressivo exteriorizado por um fenótipo composto por cinco componentes mensuráveis: perda de peso não intencional, fadiga, redução da força e da velocidade de caminhada e baixa atividade física.

A mensuração de quatro dos cinco componentes da síndrome exige equipamentos e treinamento especializados, dificultando sua operacionalização na atenção primária.

Rev Saúde Pública 2015;49:2

Daniella Pires Nunes[I]

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte[II]

Jair Lício Ferreira Santos[III]

Maria Lúcia Lebrão[IV]

[I] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

[II] Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

[III] Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

[IV] Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Daniella Pires Nunes
Rua Cardeal Arcoverde, 388 apto.121
05408-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: dpiresnunes@yahoo.com.br

Recebido: 15/4/2014
Aprovado: 15/7/2014

DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005516

Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido

Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument

RESUMO

OBJETIVO: Validar instrumento de rastreamento por avaliação autorreferida da síndrome de fragilidade entre idosos.

MÉTODOS: Estudo transversal com dados do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, realizado em São Paulo, SP. A amostra probabilística foi constituída por 433 idosos (idade ≥ 75 anos) avaliados em 2009. O instrumento autorreferido utilizado pode ser aplicado a idosos ou proxi-informantes e foi composto por questões dicotômicas relacionadas diretamente a cada componente do fenótipo de fragilidade considerado padrão-ouro: perda de peso não intencional, fadiga, baixa atividade física, redução de força e de velocidade de marcha. Manteve-se a classificação proposta no fenótipo: não frágil (nenhum componente identificado); pré-frágil (presença de um ou dois componentes) e frágil (presença de três ou mais componentes). Por tratar-se de instrumento de rastreamento, incluiu-se a categoria processo de fragilização (pré-frágil e frágil). Utilizou-se o coeficiente α de Cronbach na análise psicométrica para avaliar confiabilidade e validade de critério, sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo. Para verificar a adequação do número de componentes propostos, utilizou-se a análise fatorial.

RESULTADOS: Os componentes "redução de velocidade de caminhada" e "redução de força" apresentaram boa consistência interna (α = 0,77 e α = 0,72, respectivamente) e a "baixa atividade física" (α = 0,63) foi um pouco menos satisfatória. A sensibilidade e a especificidade para identificação dos pré-frágeis foram de 89,7% e 24,3% e dos frágeis, 63,2% e 71,6%, respectivamente. A categoria "processo de fragilização" identificou, igualmente, 89,7% das pessoas em ambas as avaliações.

CONCLUSÕES: O instrumento de avaliação de fragilidade autorreferida é capaz de identificar a síndrome entre as pessoas idosas, podendo ser utilizado como instrumento de rastreamento, tendo como vantagens ser simples, rápido, de baixo custo e aplicável por diferentes profissionais.

DESCRITORES: Idoso. Idoso Fragilizado. Aptidão Física. Atividade Motora. Autoavaliação Diagnóstica. Questionários, utilização. Estudos de Validação.

O Grupo Bradesco Seguros tem a honra de certificar **Jair Lício Ferreira Santos**, na condição de co-autor, como 1º colocado na segunda edição do Prêmio Longevidade Bradesco Seguros 2015, na modalidade Pesquisa em Longevidade, categoria Gerontologia, pelo trabalho **"Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido"**, publicado na **Revista de Saúde Pública**.

São Paulo, 20 de outubro de 2015.

Prêmios
Longevidade

Bradesco Seguros

Marco Antonio Rossi
Presidente
Grupo Bradesco Seguros

CA SEAE/MF Nº 03/0218/2015

JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Dental and Oral Health

Relationship Between Oral Health and Frailty in Community-Dwelling Elderly Individuals in Brazil

JCR = 4,57

Relationship Between Oral Health and Frailty in Community-Dwelling Elderly Individuals in Brazil

Fabíola Bof de Andrade, PhD, Maria Lúcia Lebrão, PhD,† Jair Lício Ferreira Santos, PhD,‡ and Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, PhD§*

OBJECTIVES: To test the hypothesis that clinical oral health conditions are associated with frailty independent of socioeconomic and general health status.

DESIGN: Cross-sectional.

SETTING: Population-based cohort study of health, well-being, and aging.

PARTICIPANTS: One thousand three hundred seventy-four community-dwelling individuals representing 998,528 individuals aged 60 and older in the city of São Paulo, Brazil.

MEASUREMENTS: Frailty was defined on the basis of five characteristics: weight loss, weakness, slowness, exhaustion, and low level of physical activity. Participants with three or more characteristics were classified as frail, with one or two as prefrail, and with zero as nonfrail. Oral health measures were number of teeth, use of dental prostheses, need for dental prostheses, presence of decayed teeth, clinical attachment loss of 4 mm or greater, and periodontal pocket of 4 mm or greater. Data on sociodemographic (age, sex, and schooling) and general health (number of self-reported chronic diseases and smoking status) data were assessed.

RESULTS: The prevalence of frailty was 8.5%, with 50.8% considered nonfrail. Elderly individuals with a need for dental prostheses were significantly more likely to be prefrail and frail. Participants with 20 or more teeth had a lower chance of being frail than edentulous individuals.

CONCLUSION: The need for dental prostheses was significantly associated with frailty, independent of socioeconomic and general health status. **J Am Geriatr Soc 61:809–814, 2013.**

Key words: oral health; frailty; aging

From the *Public Health and Aging Research Group - René Rachou Research Institute, Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ), Belo Horizonte, Brazil; †Department of Epidemiology, School of Public Health, ‡Department of Social Medicine, Ribeirão Preto School of Medicine and §Nursing School, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

Address correspondence to Fabíola Bof de Andrade, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento/Fiocruz, Av. Augusto de Lima, 1715, Belo Horizonte-MG. CEP: 30190-002. E-mail: fabiolabof@yahoo.com.br

DOI: 10.1111/jgs.12221

Oral health is well recognized as an integral part of general health and a determinant of quality of life,[1] but the effect of oral health on general health is underinvestigated, especially in elderly individuals, in whom the effect is pronounced because of the cumulative burden of the disease. Although there has been a reduction in rates of tooth loss in older people worldwide, the prevalence of edentulism remains high.[1] Thus, the increase in life expectancy in recent decades has attracted growing interest in the effect of oral health on general health outcomes, especially those related to function, well-being, and mortality.

Studies have indicated that impaired oral health is related to disability,[2,3] weaker handgrip strength,[4] lower nutrient intake,[5–8] and weight loss.[9,10] According to the literature, these factors are significantly associated with the pathogenesis of frailty,[11] which is a term used to denote a multidimensional syndrome involving the loss of reserves (energy, physical ability, cognition, and health) that gives rise to vulnerability[12] and is significantly related to mortality,[13,14] although there is evidence that this is a dynamic process characterized by frequent transitions between states of frailty (nonfrail, prefrail, frail),[15] which underscores the need to identify the factors associated with this outcome to avoid it or help individuals recover from it.

Based on the evidence, oral health may be an important factor associated with frailty. The proportion of women with self-reported use of dentures increased significantly from nonfrail to prefrail and frail.[5] Although this finding is important, the use of only one oral health measure (the self-report of denture use) limits it. In addition, the statistical analysis did not involve adjustments for other important variables related to frailty.

The aim of the present study was to test the hypothesis that clinical oral health conditions are significantly related to frailty independent of socioeconomic and general health status in a representative sample of community-dwelling elderly individuals in Brazil.

METHODS

Study Design and Population

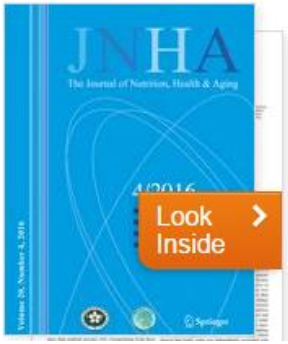
This was a cross-sectional study with data from the Health, Wellbeing and Aging cohort study (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento—SABE) collected in 2006.

© 2013, Copyright the Authors
Journal compilation © 2013, The American Geriatrics Society
0002-8614/13/$15.00

The journal of nutrition, health & aging

ISSN: 1279-7707 (Print) 1760-4788 (Online)

Browse Volumes & Issues



JCR =2,99

Latest Articles

J Nutr Health Aging

THE JOURNAL OF NUTRITION, HEALTH & AGING©

SARCOPENIA ACCORDING TO THE EUROPEAN WORKING GROUP ON SARCOPENIA IN OLDER PEOPLE (EWGSOP) VERSUS DYNAPENIA AS A RISK FACTOR FOR DISABILITY IN THE ELDERLY

T. DA SILVA ALEXANDRE[1], Y.A. DE OLIVEIRA DUARTE[2], J.L. FERREIRA SANTOS[3], R. WONG[4], M.L. LEBRÃO[5]

1. Department of Epidemiology, School of Public Health, University of São Paulo, Brazil, Department of Physical Therapy, University of Pindamonhangaba, 2. Department of Medical Surgical Nursing, Nursing School, University of São Paulo, Brazil; 3. Department of Social Medicine, University of São Paulo, Brazil; 4. Department of Preventive Medicine and Community Health, University of Texas Medical Branch, USA; 5. Department of Epidemiology, School of Public Health, University of São Paulo, Brazil. Corresponding author: Tiago da Silva Alexandre, University of São Paulo, Department of Epidemiology, Brazil, tsfisioalex@gmail.com

Abstract: *Background:* Sarcopenia, defined as low muscle mass (LMM), and dynapenia have been associated with adverse outcomes in elderly. *Objective:* Contrast the association of sarcopenia versus dynapenia with incidence of disability. *Design:* A four-year prospective study (2006-2010). *Setting:* São Paulo, Brazil. *Participants:* 478 individuals aged 60 and older from the Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) study who were non-disabled at baseline. *Measurements:* Sarcopenia, measured according to the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP), includes: LMM assessed by skeletal muscle mass index ≤8.90kg/m2 (men) and ≤6.37kg/m2 (women); low muscle strength (LMS) assessed by handgrip strength <30kg (men) and <20kg (women); and low physical performance (LPP) assessed by gait speed ≤0.8m/s. Diagnosis of sarcopenia required LMM plus LMS or LPP. Dynapenia was defined as handgrip strength <30kg (men) and <20kg (women). Covariates included socio-demographic and behavioral variables, medical conditions, hospitalization, depressive symptoms, cognition, perception of vision, hearing and body mass index. *Outcomes:* Disability in mobility or instrumental activities of daily living (IADL) or disability in activities of daily living (ADL) and IADL. *Results:* The incidence density of mobility or IADL disability was 43.4/1000 person/year and 22.6/1000 person/year for IADL and ADL disability. There was no significant difference in incidence density according sarcopenia or dynapenia status. After controlling for all covariates, sarcopenia was associated with mobility or IADL disability (relative risk ratio = 2.23, 95%Confidence Interval: 1.03-4.85). Dynapenia was not associated with disability. *Conclusions:* Sarcopenia according to the EWGSOP definition can be used in clinical practice as a screening tool for early functional decline (mobility or IADL disability).

Key words: Disability, mobility, ADL, IADL, sarcopenia, dynapenia.

Neurourology and Urodynamics

JCR = 2,87

Original Clinical Article

Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study†‡

Neurourology and Urodynamics

Association Between Urinary Incontinence in Elderly Patients and Caregiver Burden in the City of Sao Paulo/ Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study

José Tadeu Nunes Tamanini,[1]* Jair L.F. Santos,[2] Maria Lúcia Lebrão,[3] Yeda A.O. Duarte,[4] and Ruy Laurenti[3]
[1]*Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas de da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, SP, Brazil*
[2]*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, SP, Brazil*
[3]*Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP, Brazil*
[4]*Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brazil*

Aim: Some elderly patients with incontinence require the care of third parties, known as caregivers. Such care can occur on a daily basis leaving little opportunity for the caregiver to take care of himself/herself. The aims are to assess the association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden and identify independent factors for caregiver's burden in the city of Sao Paulo, Brazil. **Methods:** The Pan-American Health Organization and World Health Organization coordinated a multicenter study named Health, Wellbeing and Aging (SABE Study) in elderly people living in seven countries of Latin America and the Caribbean. In Brazil, the study population carried out in São Paulo in the year 2000 and reassessed in 2006 (COHORT A). Urinary incontinence was assessed by ICIQ-SF and caregiver burden by means of Zarit Burden Scale. **Results:** A total of 327 patients with caregivers were included in the study. The general prevalence of urinary incontinence was 25.8%, higher among the women. There was a significant positive association between caregiver burden and incontinent patients, demonstrating that urinary incontinence in elderly patients produced greater caregiver burden. In the present study, the variables with significant correlations were assessed using the multivariate logistic regression model. Category 2 of the ICIQ-SF (incontinent patients) increased the chances of caregiver burden 1.96-fold in comparison to Category 1 (continent patients). Likewise, the category of impaired cognition increased the chances of caregiver burden 2.34-fold. **Conclusions:** Urinary incontinence and cognitive impairment in elderly patients were associated to an increase in caregiver burden. *Neurourol. Urodynam.* © 2011 Wiley-Liss, Inc.

Key words: ageing; ICIQ-SF, SABE Study; urinary incontinence; Zarit Caregiver Burden Scale

Drugs & Aging

ISSN: 1170-229X (Print) 1179-1969 (Online)

Drugs Aging 2010; 27 (9): 759-770

JCR = 2,84

Risk of Potential Drug-Drug Interactions among Brazilian Elderly

A Population-Based, Cross-Sectional Study

Silvia-Regina Secoli,[1] *Albert Figueras,*[2] *Maria Lúcia Lebrão,*[3] *Fernão Dias de Lima*[3] and *Jair Licio Ferreira Santos*[4]

Free material is

Background Drug-drug interactions (DDIs) are one of the main causes of adverse reactions related to medications, being responsible for up to 23% of hospital admissions. However, only a few studies have evaluated this problem in elderly Brazilians.

Objectives To determine the prevalence of potential DDIs (PDDIs) in community-dwelling elderly people in Brazil, analyse these interactions with regard to severity and clinical implications, and identify associated factors.

Methods A population-based cross-sectional study ...

Results Analysis revealed that 568 (***26.5%) of the elderly population included in the study were taking medications that could lead to a DDI***. Almost two-thirds (64.4%) of the elderly population exposed to PDDIs were women, 50.7% were aged ≥75 years, 71.7% reported having fair or poor health and ***65.8% took 2–5 medications.*** A total of ***125 different PDDIs were identified***; the treatment combination of an ACE inhibitor with a thiazide or loop diuretic (associated with hypotension) was the most frequent cause of PDDIs (n=322 patients; 56.7% of individuals with PDDIs). Analysis of the PDDIs revealed that 70.4% were of moderate severity, 64.8% were supported by good quality evidence and 56.8% were considered of delayed onset. The multivariate analysis showed that the ***risk of a PDDI was significantly increased among elderly individuals using six or more medications (odds ratio [OR] 3.37) and in patients with hypertension (OR 2.56), diabetes mellitus (OR 1.73) or heart problems (OR 3.36).***

Conclusions Approximately one-quarter of the elderly population living in Sao Paulo could be taking two or more potentially interacting medicines. Polypharmacy predisposes elderly individuals to PDDIs. More than half of these drug combinations (57.6%, n=72) were part of commonly employed treatment regimens and may be responsible for adverse reactions that compromise the safety of elderly individuals, especially at home. Educational initiatives are needed to avoid unnecessary risks.

SABE
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE de MEDICINA de RIBEIRÃO PRETO
SCIENTIA TERMINUM AMOVERE
MEDICINA SOCIAL
O B R I G O D O