

## **Levantamento de vulnerabilidades funcionais em idosos: possibilidades de atuação para a atenção primária à saúde**

*Survey of functional vulnerabilities in elderly: possibilities of action for primary health care*

Camila A. Campos<sup>1</sup>; Cláudia C. Gama<sup>1</sup>; João Pedro S.S. Carvalho<sup>1</sup>; Julia M. Neves<sup>1</sup>; Marcela G.C. Carneiro<sup>1</sup>; Mariana C. Costa<sup>1</sup>; Aniette C. Bastos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, campus Betim, Rua do Rosário 1.081, Bairro Angola, CEP 32604-115, Betim, Minas Gerais, Brasil. [marcelacarneiro2@hotmail.com](mailto:marcelacarneiro2@hotmail.com)

**Palavras-chave:** saúde do idoso; prevenção de doenças; referência e consulta.

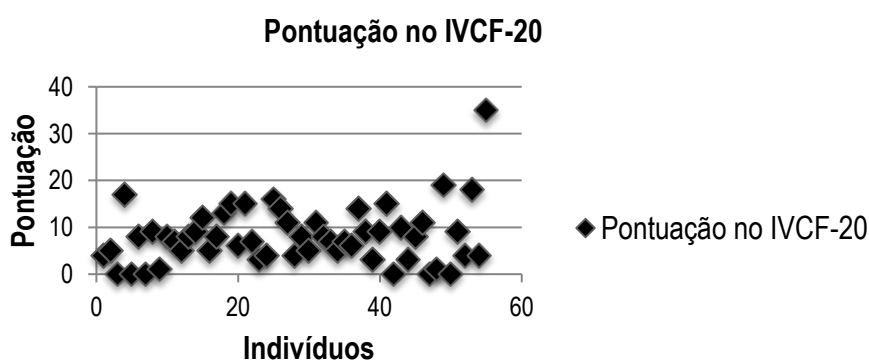
**Keywords:** health of the elderly; diseases prevention; referral and consultation.

A redução dos níveis de fecundidade e mortalidade no Brasil, notórios a partir de 1980, provocou uma mudança no perfil demográfico do país, que passou a ser caracterizado pelo aumento da população idosa. Como consequência do aumento na expectativa de vida e mudanças no perfil epidemiológico do Brasil, houve o aumento na prevalência de doenças decorrentes do envelhecimento. Com isso, doenças relacionadas ao envelhecimento vêm tomando uma importante expressão na saúde do país (IBGE, 2013). O processo demencial e o alto índice de vulnerabilidade clínico funcional compõem uns dos principais problemas de saúde pública no Brasil na população idosa. Vê-se, então, a importância de um diagnóstico e abordagem precoce, objetivando uma melhor resposta terapêutica, para uma melhoria na qualidade de vida deste grupo e, conseqüentemente, na de seus familiares (ATALAIA-SILVA; LOURENÇO, 2008). Para diagnóstico de indivíduos com alto, moderado ou baixo índice de vulnerabilidade clínico funcional utiliza-se comumente o Questionário de Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20). Com isso, sendo ou não identificadas vulnerabilidades no idoso, testes de avaliação da cognição devem ser realizados. Estes testes são os neuropsicológicos, os quais são utilizados como meio de rastreio do quadro demencial, em que exemplos desses testes são: o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), de fácil aplicação e de boa confiabilidade e o Teste do Desenho do Relógio (TDR), muito utilizado para avaliação cognitiva (PEREIRA *et al.*, 2014). Frente ao exposto, o presente estudo teve o objetivo de identificar a prevalência de demência e de vulnerabilidades funcionais.

O trabalho é um relato de experiência de intervenção, construído na disciplina Práticas na Comunidade IV, a qual é focada na saúde do idoso. É importante ressaltar que os materiais coletados e as intervenções realizadas forneceram subsídios para vinculação do projeto ao

ensino, pesquisa ou extensão da faculdade. A pesquisa foi realizada no Sítio da Melhor Idade em Juatuba, onde se realizam atividades, financiadas pela prefeitura, para a população idosa do município. Obtivemos uma amostra de 54 indivíduos maiores de 60 anos para a participação no teste do IVCF-20 no dia 22 de março de 2017. Devido à disponibilidade de horários do local, no dia 19 de abril, realizamos o TDR e o MEEM em 37 indivíduos maiores de 60 anos. Como a pesquisa foi realizada em dias distintos, a amostra para os três testes não foi igual, de forma que nem todos os indivíduos realizaram todos os testes. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: Formulário sócio-demográfico, contendo variáveis como sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade e residência, além do Questionário IVCF-20, do teste MEEM e do TDR. Os critérios para escolha desses instrumentos foram baseados em bibliografias de estudos anteriores. De acordo com resultados acerca do IVCF-20 no estudo de Carmo (2014), foi concluído que o teste é adequado para o primeiro passo na identificação de indivíduos idosos que necessitam de uma atenção imediata no que diz respeito a Atividades Instrumentais e Atividades da Vida Diária (AVD's). O uso do MEEM no estudo de Pereira *et al* (2014) foi de fundamental importância para que idosos com comprometimento cognitivo pudessem ser identificados, o que aumentou a acurácia dos dados coletados nesta pesquisa. Com relação ao TDR, o estudo de Atalaia-Silva; Lourenço (2008), em uma amostra comunitária de idosos, mostrou ser um teste de rastreio cognitivo breve, com boa validade de construto quando analisado com outros dados da literatura.

A partir dos métodos definidos para estudo da população, foi feita a aplicação dos testes selecionados, com posterior estudo detalhado acerca dos resultados obtidos. Na amostra do IVCF-20, composta por 54 idosos, 13% se enquadram na classificação de alta vulnerabilidade, 44,4% na classificação de moderada vulnerabilidade e 42,6% na classificação de baixa vulnerabilidade. Segue abaixo o gráfico, especificando a relação de número de indivíduos por pontuação, que corrobora com tais informações.



Pode-se observar pelo gráfico que quando maior a pontuação do indivíduo mais ele tende a ser vulnerável. Logo, a pontuação e o índice de vulnerabilidade são diretamente proporcionais. De acordo com Moraes (2014), idosos com pontuação até 7 têm baixa vulnerabilidade, idosos com pontuação entre 7 e 15 são classificados com moderada vulnerabilidade e idosos com pontuação acima de 15 são altamente vulneráveis. Com relação ao MEEM, na amostra, composta por 37 idosos, 21,6% deles eram analfabetos e 78,4% eram alfabetizados. De acordo com a pontuação obtida pelo MEEM, verificou-se que 48,3% dos alfabetizados obtiveram notas inferiores a nota de corte específica para seus níveis de escolaridade, sugerindo déficit cognitivo. Considerando cada categoria isolada, observou-se maior dificuldade nas categorias de atenção e cálculo, de evocação de memória e de construção visuoespacial tanto em indivíduos analfabetos quanto em indivíduos alfabetizados. Na categoria de Atenção e Cálculo, nos analfabetos e nos alfabetizados nas faixas de escolaridade de 1 a 5 anos de estudo e de 6 a 11 anos, a média dos pontos obtidos - que foi 0,25; 1,6 e 1,75, respectivamente - ficou abaixo da média esperada - 3,5; 4 e 4,3, respectivamente. Já nos alfabetizados na faixa de escolaridade de 12 ou mais anos, a média dos pontos obtidos, que foi 5, ficou acima da média esperada, que era 4,5. Isso indica que os anos de escolarização influenciam no desenvolvimento de habilidades cognitivas do cérebro, além de haver prevenção do declínio cognitivo. Na categoria Memória de Evocação, a média dos pontos obtidos dos analfabetos e alfabetizados com 1 a 5 anos de escolaridade e 6 a 11 anos de escolaridade - 1; 1,9 e 2,5, respectivamente - comparada a média esperada para cada nível de escolaridade, - 2,1; 2,4 e 2,6, respectivamente - não foi satisfatória. O único nível que se apresentou acima da média esperada, que era 2,7, foi o de 12 ou mais anos de escolaridade, que ficou com 3 pontos na média obtida. Esse resultado reforça a relação da escolaridade como fator que influencia na prevenção agravos na cognição. Já na categoria de Construção Visuoespacial, a partir dos resultados, observa-se que em todos os níveis de escolaridade a média dos pontos obtidos para os analfabetos e para os alfabetizados nas faixas de escolaridade de 1 a 5 anos de estudo, de 6 a 11 anos e de 12 anos ou mais - que foi 0; 0,2; 0,5 e 0, respectivamente - ficou abaixo da média esperada - que era 0,7; 0,8; 0,86 e 0,9, respectivamente. Esse fato leva a atentar para intervenções voltadas para percepção visuoespacial na saúde do idoso. Na categoria de Orientação, que é dividida em orientação temporal e espacial, a média dos pontos obtidos pelos analfabetos - que foi 6,6 - ficou inferior à média esperada, que era 7. Enquanto que nos demais níveis de escolaridade as médias dos pontos obtidos ficaram acima da média esperada. Os

resultados dessa categoria indicam que o analfabetismo pode ter influencia no grau de orientação temporal e espacial do idoso. As demais categorias obtiveram resultados acima da média em todos os níveis de escolaridade.

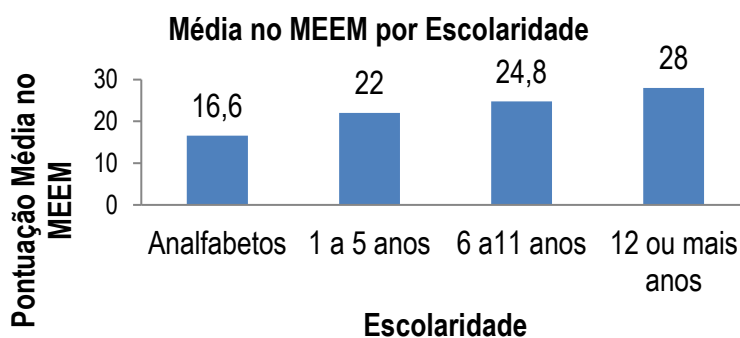


Gráfico 2 - Média no MEEM por escolaridade

Ao se observar o gráfico acima, da média de pontos obtidos no MEEM, torna-se ainda mais explícito a relação do nível de escolaridade com o bom desempenho no teste. Já na aplicação do TDR, 55,2% dos alfabetizados e 12,5% dos analfabetos conseguiram pontuar 5 pontos. Dos 8 idosos analfabetos, 62,5% zeraram o TDR, e dos 29 idosos alfabetizados, 10,3% zeraram o teste – porcentagem referente ao nível de escolaridade de 1 a 5 anos, uma vez que os níveis de escolaridade acima não tiveram indivíduos que zerassem o teste. Este achado corrobora com o encontrado no MEEM: em ambos os testes a construção visual esteve mais prejudicada no grupo dos analfabetos e também com maior déficit cognitivo na amostra de menor escolaridade. Por isso, observou-se que a maioria dos alfabetizados apresentou pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos, enquanto que a maioria dos analfabetos apresentou desorganização visuoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso. Atividades que trabalhem a percepção espacial, como a correta percepção do que é esquerda e direita, são importantes de serem trabalhadas nessa população.

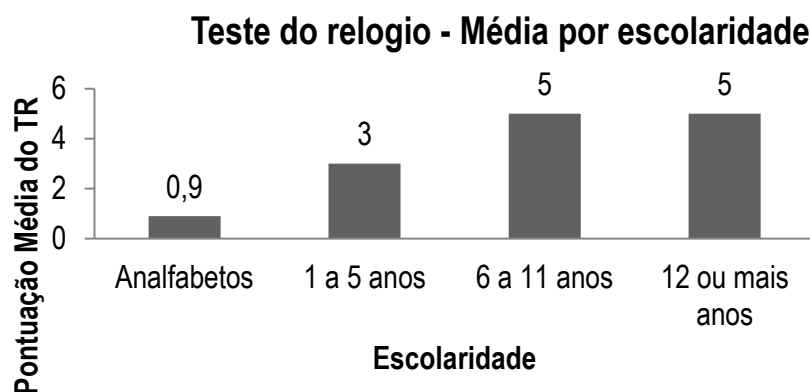


Gráfico 3 – Média por escolaridade no Teste do Relógio

Pela análise do gráfico acima, é possível observar que os analfabetos tiveram dificuldade discrepante com relação ao TDR, ao se comparar com os alfabetizados. Esses achados reforçam que as habilidades cognitivas exigidas neste teste são mantidas no indivíduo com o decorrer do tempo dependendo do nível de escolaridade e alfabetização do indivíduo. Observou-se também que quanto maior foi a pontuação no MEEM, mais pontos se obteve no TR. Esse fato pode se relacionar aos objetivos do TR na avaliação da cognição, com o foco na praxia construtiva, na velocidade de processamento e na memória implícita, os quais se assemelham às habilidades cobradas pela categoria construção visuoespacial do MEEM. Diante dos resultados, foi possível a realização da estratificação dos idosos, por pontuação pelas notas de corte dos testes, dos que necessitam de cuidado médico imediato por conta de prejuízos na cognição e/ou vulnerabilidades funcionais. Dessa forma, foi realizado o encaminhamento médico dos casos mais vulneráveis e a realização de dinâmicas que visem reforçar e estimular a cognição, como a pintura e atividades em grupo (gincanas e recreação). CONCLUSÕES: Foram estudados e analisados: a disponibilidade da amostra de idosos, as prioridades designadas pelos testes, o resultado de cada teste. Desse modo, a partir dos resultados obtidos, foi possível a realização de intervenção na população estudada, por meio da definição de atividades específicas para cada seguimento, e dependendo do resultado do indivíduo, foi feito o encaminhamento ao médico da UBS de referência. Pode-se concluir que a população idosa pesquisada, apesar de realizar exercícios físicos regularmente, por meio dos recursos oferecidos pela prefeitura de Juatuba, apresenta certos déficits funcionais e cognitivos.

---

**REFERÊNCIAS**

ATALAIA-SILVA, Kelly Cristina; LOURENÇO, Roberto Alves. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2008, vol.42, n.5, p.930-937. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500020)>. Acesso em: 24 de maio de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Rio de Janeiro, 2013.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L. Avaliação Multidimensional do Idoso. 4ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

PEREIRA, Krísthea Karyne Gonçalves *et al*. Rastreamento de demência através do Mini Exame do Estado Mental e Teste do Relógio em idosos. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*, 2014, v. 12, n. 2. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Rastreamento-de-demencia-PRONTO.pdf>>. Acesso em: 17 de maio de 2017.