



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS I – CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**CAMILLA CAVALCANTE VILAR**

**A DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS DE COMUNIDADE URBANA E SUA RELAÇÃO  
COM A FRAGILIDADE**

CAMPINA GRANDE – PB

JULHO/2014

CAMILLA CAVALCANTE VILAR

**A DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS DE COMUNIDADE URBANA E SUA RELAÇÃO  
COM A FRAGILIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira

CAMPINA GRANDE – PB

JULHO/2014

V697d Vilar, Camilla Cavalcante.

A depressão entre idosos de comunidade urbana e sua relação com a fragilidade [manuscrito] / Camilla Cavalcante Vilar. - 2014.  
17 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)  
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira,  
Departamento de Fisioterapia".

1. Depressão. 2. Síndrome da fragilidade. 3. Idoso. I. Título.  
21. ed. CDD 618.97

CAMILLA CAVALCANTE VILAR

**A DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS DE COMUNIDADE URBANA E SUA  
RELAÇÃO COM A FRAGILIDADE**

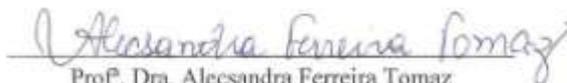
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 09/07/2014.

Banca Examinadora



Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira  
Orientador UEPB



Prof. Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz  
Examinadora UEPB



Prof. Esp. Alba Lúcia Ribeiro da Silva  
Examinadora UEPB

# **A DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS DE COMUNIDADE URBANA E SUA RELAÇÃO COM A FRAGILIDADE**

VILAR, Camilla Cavalcante<sup>1</sup>

## **RESUMO**

Trata-se do estudo sobre a depressão juntamente com a síndrome da fragilidade nos idosos. Tal estudo teve como objetivo geral avaliar o nível de depressão entre idosos de comunidade urbana e sua relação com a fragilidade. A pesquisa foi desenvolvida na forma descritiva, analítica, transversal com abordagem quantitativa. Realizou-se nos grupos de convivência cadastrados na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) do município de Campina Grande – PB. Foram coletadas as informações em 4 (quatro) grupos cadastrados, com um total de 66 (sessenta e seis) idosos. Os instrumentos utilizados foram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), GDS 15 (Geriatric Depression Scale), CES-D (Center for Epidemiological Studies - Depression) e o Tilburg Frailty Indicator (TFI). Os resultados da pesquisa mostraram que 36,4% (N=24) dos idosos apresentaram declínio cognitivo; com relação à presença de depressão observou-se em 74,2% (N=49) dos idosos; 48,5% (N=32) são idosos frágeis. Na comparação do MEEM e do CES-D entre idosos frágeis e não frágeis, observou-se diferença significativa apenas no domínio psicológico ( $p=0,017$ ). Conclui-se que tais resultados apontam para a maior necessidade em detectar a depressão e a síndrome da fragilidade em idosos de comunidade urbana.

Palavras chave: Depressão, Síndrome da Fragilidade, Fadiga.

<sup>1</sup> camillacavalcantevilar@hotmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, é presente o aumento da expectativa de vida. Segundo o censo de 2010 divulgado pelo IBGE, a população com mais de 65 anos deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total) para 58,4 milhões (26,7% do total) em 2060. Neste período, a expectativa média de vida no Brasil deve passar de 75 para 81 anos. As mulheres em 2060 terão expectativa de vida de 84,4 anos, enquanto os homens terão expectativa de 78,03 anos (IBGE, 2010; STELLA et al, 2002). O idoso, em seu processo de envelhecimento, tem uma elevada predisposição de adquirir doenças crônico-degenerativas, reduzindo assim sua qualidade de vida, podendo causar complicações e incapacidades funcionais (NÉRI, 1997).

No envelhecimento não ocorre apenas mudança de caráter biológico, mas também, mudanças psicológicas próprias da idade. As rupturas de laços sociais afetam as defesas do organismo, tornando o idoso mais susceptível a doenças, como a depressão (MALTA, 2008). A depressão apresenta um proeminente grau de sofrimento psíquico sendo, portanto, uma afecção muito frequente nos idosos, envolvendo diversos aspectos clínicos e etiopatogênicos, sua etiologia aborda componentes tais como os fatores genéticos, luto e abandono, perda da qualidade de vida decorrente de doenças clínicas graves ou isolamento social (STELLA et al, 2002).

Na depressão, os distúrbios do humor são frequentemente presentes, podendo contribuir também para o surgimento da síndrome da fragilidade, pois, o simples fato de acreditar que estar com a saúde debilitada pode caracterizar um fator de risco para o desenvolvimento da fragilidade no idoso (ANTUNES, 2012). A definição da fragilidade em idosos ainda não é bem relatada, contudo, pode-se dizer que a fragilidade nos idosos corresponde a um fenômeno clínico de caráter progressivo, que está associado à idade, mas não de maneira uniforme (ANDRADE et al, 2012).

Os déficits observados tem caráter progressivo, porém com potencial para prevenção e tratamento dos sintomas, como exemplo, o sistema musculoesquelético, que exibi declínio da capacidade funcional. Atualmente, existem dois grupos que buscam o consenso na definição da síndrome, que são os grupos dos Estados Unidos e o outro no Canadá, o primeiro conceitua a síndrome como passível de identificação por cinco elementos mensuráveis e observáveis, sendo eles perda de peso não intencional maior de 4,5kg no último ano, fadiga autorreferida, diminuição da força de preensão palmar, baixo nível de atividade física e diminuição da atividade da marcha. Enquanto o segundo grupo de pesquisa conceitua a síndrome da

fragilidade de forma mais holística, de natureza dinâmica e relacionada à história de vida do idoso (ANDRADE et al, 2012).

Diante do exposto, se fez necessário investigar o nível de depressão entre idosos de comunidade urbana e sua relação com a fragilidade.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, incluindo países desenvolvidos e os em desenvolvimento. No Brasil, segundo o censo de 2010 divulgado pelo IBGE, a população com mais de 65 anos deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total) para 58,4 milhões (26,7% do total) em 2060. Neste período, a expectativa média de vida no Brasil deve passar de 75 para 81 anos. As mulheres em 2060 terão expectativa de vida de 84,4 anos, enquanto os homens terão expectativa de 78,03 anos (IBGE, 2010; STELLA et al, 2002). O idoso, em seu processo de envelhecimento, tem uma elevada predisposição de adquirir doenças crônico-degenerativas, reduzindo assim sua qualidade de vida, podendo causar complicações e incapacidades funcionais (NÉRI, 1997).

Nos idosos o tipo de doença mais encontrada é a depressão, a qual é, muitas vezes, subestimada, tanto pelos profissionais de saúde como pelo próprio paciente; para os idosos é mais fácil acreditar que estão doentes do que velhos, justificando suas limitações através da doença e preservando sua imagem de saúde (CARVALHO; FERNANDEZ, 2002). Na população geral, a prevalência da depressão é de cerca de 15%, nos homens 12% e nas mulheres 20%, cerca de 5% vivem um episódio depressivo grave ao longo da vida (CANINEU, 2007).

A depressão é uma doença que apresenta proeminente grau de sofrimento psíquico (STELLA et al, 2002). Segundo Boechat (2002), a depressão maior diagnosticada em idosos na comunidade é de 3 a 5% e aproximadamente 15% apresentam sintomas depressivos. Os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão no idoso são variados, dentre elas tem-se as patologias que cursam com disfunção cognitiva, doenças cardiovasculares e endocrinopatias, diminuição da capacidade funcional, fatores sociais como o isolamento e viuvez. Somam-se ainda os medicamentos que podem levar a depressão, os anti-inflamatórios, antimicrobianos, cardiovasculares e os que atuam no sistema nervoso central.

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, a caracterização da depressão se dá através de humor depressivo na maior parte do dia, quase todos os dias, relatado pelo paciente ou familiar; perda do interesse ou do prazer, na maior parte do dia, quase todos os

dias; agitação ou retardo psicomotor, quase todos os dias; fadiga e diminuição de energia, quase todos os dias; sentimentos de culpa e desesperança excessivos ou inadequados; diminuição da concentração e da memória, quase todos os dias e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. O primeiro e o segundo item são obrigatórios para diagnosticar a depressão maior, somado a mais quatro outros itens, ao menos (CANINEU, 2007).

Percebendo a importância do diagnóstico da depressão, três instrumentos serão utilizados no presente estudo: o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), GDS 15 (Geriatric Depression Scale) e o CES-D (Center for Epidemiological Studies - Depression). No MEEM serão avaliados os seguintes pontos, orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O GDS 15 com pontuação 5, considera positivo o caso de depressão no idoso. Já o CES-D avalia os sintomas depressivos da semana anterior à aplicação do questionário (TEIXEIRA, 2011; BATISTONE, 2007).

A depressão e a síndrome da fragilidade no idoso são doenças semelhantes, pois, ambas apresentam características clínicas atribuídas ao envelhecimento, tais como a existência de comorbidades, diminuição da massa e da força muscular, exaustão, alteração da marcha e do equilíbrio, anorexia e perda de peso gradual (MACEDO; GAZZOLA; NAJAS, 2008).

A depressão no idoso pode iniciar na fase adulta e persistir com alguns episódios durante a velhice ou iniciar tardiamente no indivíduo com mais de 60 anos. Por outro lado, a fragilidade é um fenômeno clínico associado à idade, mas não se apresenta de maneira uniforme no envelhecimento (GRINBERG, 2006; ANDRADE et al, 2012).

De acordo com, Andrade (2012), as definições da síndrome não são consensuais e enfocam o aspecto clínico, sendo assim, o termo idoso frágil foi utilizado pela primeira vez pelos membros do *Federal Council on Aging* (FCA) dos Estados Unidos da América, para descrever os idosos que viviam em condições socioeconômicas desfavoráveis e apresentavam fraqueza física e déficit cognitivo, pois o avanço da idade exigia maiores cuidados.

Nos anos oitenta, a fragilidade era compreendida como sinônimo de incapacidade. Em 1991, houve tentativas de definir o conceito de fragilidade em idosos se fundamentando na observação e na experiência. Atualmente, um grupo nos Estados Unidos e outro no Canadá, buscam um consenso na definição da síndrome da fragilidade. O primeiro inclui cinco componentes, como a perda de peso não intencional; fadiga autorreferida; diminuição da força de preensão palmar; baixo nível de atividade física e diminuição da atividade da marcha em segundos. A segunda elaborou uma medida de fragilidade, abordando nove pontos, a

cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional (ANDRADE et al, 2012).

Os riscos para desenvolver a síndrome da fragilidade apontam para os fatores biológicos, no qual se encontram a sarcopenia, as morbidades crônicas, como a diabetes mellitus tipo II, redução da acuidade visual, diminuição da audição, baixa taxa metabólica e gasto energético de mobilidade. Os autores citam ainda os fatores sociais como fatores de risco, apresentando o sexo feminino, por ter baixo nível de massa magra, ter menos hemoglobina e apresentar alterações hormonais, a idade acima de 80 anos, pois é quando o idoso torna-se mais vulnerável e apresenta algum grau de dependência funcional e cognitiva. Observam-se ainda as condições sociodemográficas desfavoráveis, tendo baixa escolaridade e poder econômico desfavorecido. Os fatores psicológicos como os distúrbios de humor e os fatores ambientais também estão envolvidos, pois se o espaço o qual idoso utiliza para desempenhar suas atividades da vida diária estiver reduzido, aumentam as chances de desenvolver a síndrome da fragilidade e de morrer (ANTUNES, 2012; SOUTO, 2011).

### **3 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Esta pesquisa teve caráter descritivo analítico, transversal de abordagem quantitativa. Foi desenvolvida nos grupos de convivência cadastrados na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) do município de Campina Grande – PB. Foram coletadas as informações em 4 grupos cadastrados, com um total de 66 idosos. Foi uma abordagem do tipo não-probabilística, definida por acessibilidade aos sujeitos nos dias de visita aos grupos para a coleta dos dados.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser idoso com 60 anos ou mais; compreender as instruções; concordar em participar da pesquisa e residir em Campina Grande/PB. Além disso, os critérios de exclusão foram: afasia em decorrência de AVE grave; doença de Parkinson em estado avançado ou instável; déficits de audição e visão graves, alterações cognitivas sugestivas de demência.

Como instrumentos de coleta dados foram utilizados, uma ficha de identificação, elaborada especificamente para esta pesquisa, teve a finalidade de caracterização da amostra e pesquisa da existência de características que excluam o indivíduo desta. Constatou os dados sociodemográficas, caracterização do indivíduo quanto à massa corporal, estatura, índice de massa corpórea e questões quanto ao estado geral de saúde. Os dados antropométricos foram

obtidos através de uma balança da marca Bio Omron HBF514, enquanto que na mensuração da estatura foi utilizado um antropômetro vertical.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), no qual foram abordados diferentes parâmetros cognitivos, com o objetivo de avaliar as funções específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). As notas de corte que foram utilizadas pelo MEEM, 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 para os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade. Segundo Neri et al (2013), estes pontos de corte foram baseados nos critérios sugeridos pela Academia Brasileira de Neurologia.

A *Geriatric Depression Scale* - GDS 15, também foi utilizada e é um instrumento que avalia a presença de sintomatologia depressiva no idoso, composto por 15 questões com respostas do tipo sim ou não, considera-se positivo a depressão no idoso quando registra-se mais de 5 respostas “sim”. As questões já foram validadas no Brasil e apresenta considerável confiabilidade, sendo o melhor ponto de corte em 5 e 6 pontos (TEIXEIRA, 2011; MACIEL, 2008). Bem como o CES-D (Center for Epidemiological Studies - Depression) que foi desenvolvido pelo National Institute of mental health (EUA), no qual contem 20 itens dos quais abordam sobre o humor, sintomas somáticos, interação e funcionamento motor, apresentando escore final de 0 a 60 pontos, sendo que cada item abrange pontuação de 0 a 3. O CES-D avalia a frequência de sintomas depressivos na semana anterior à entrevista (BATISTONE, 2007).

Por fim, foi utilizado o *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) no qual aprecia os domínios físicos como a perda de peso, dificuldade para andar e de se equilibrar, baixa visão e baixa audição, o social, abordando questões como morar sozinho e se sentir só, e o psicológico onde observamos os déficits cognitivos, sintomas depressivos e ansiedade (SANTIAGO, 2013).

A medição da força de preensão palmar foi dada através do dinamômetro manual, aplicado no membro dominante do idoso, os indivíduos idosos, durante a avaliação, ficaram sentados, braço aduzido e paralelo ao tronco, cotovelo fletido a 90° e antebraço e punho em posição neutra (TEIXEIRA, 2011).

A coleta dos dados foi realizada em cada grupo por vez e apenas após a sua aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, sob o número de protocolo CAEE 25025913.3.0000.5187. As variáveis numéricas são descritas sob a forma de média e desvio-padrão, e as variáveis categóricas através de frequências. Foi realizado o teste de

Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da distribuição dos dados. Para verificar a correlação do estado cognitivo e do nível de fadiga com a fragilidade foi utilizado o teste de correlação de Pearson. A diferença do valor médio da escala de fragilidade entre estado cognitivo e fadiga foi verificada por meio do teste t-Student. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de  $p < 0,05$  e intervalo de confiança de 95%. Os dados foram obtidos por meio do pacote estatístico SPSS versão 19.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

#### **4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA**

O presente estudo foi composto por uma amostra de 66 idosos dos grupos de convivência cadastrados na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) do município de Campina Grande – PB. Após análise, verificou-se predominância do sexo feminino (N=60, 90,9%) e com relação ao estado civil observou que a maioria dos idosos não convive com o cônjuge (N=45, 68,2%), como exposto na Tabela 1.

Além dos dados anteriores, observa-se a prevalência do grupo etário na faixa de 70-79 anos (N=33, 50,0%), tendo a média etária de 73,3 anos ( $\pm 8,0$ ), variando de 60 a 98 anos; renda de 1 a 3 salários mínimos (N=56, 84,8%) e escolaridade de 1 a 4 anos (N=37, 56,1%).

**Tabela 1** – Caracterização dos idosos participantes dos grupos de convivência da cidade de Campina Grande/PB, de acordo com os dados sociodemográficos.

<b>Características Gerais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Grupo Etário</b>		
60 a 69 anos	22	33,3%
70 a 79 anos	33	50,0%
80 anos ou mais	11	16,7%
<b>Sexo</b>		
Feminino	60	90,9%
Masculino	6	9,1%
<b>Estado Civil</b>		
Com Cônjuge	21	31,8%
Sem Cônjuge	45	68,2%
<b>Renda</b>		
Até 1 salário	10	15,2%
De 1 a 3 salários	56	84,8%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	18	27,3%
1 a 4 anos	37	56,1%
5 a 8 anos	3	4,5%
9 anos ou mais	8	12,1%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014

Um estudo foi planejado para identificar condições de fragilidade em relação a variáveis sociodemográficas, de saúde, cognição, funcionalidade e psicossociais em idosos comunitários em sete cidades brasileiras, foi observado predomínio de mulheres, viúvas, com baixa escolaridade (1-4 anos), idosos maiores de 70 anos, comprovando a longevidade da população e com renda individual menor ou igual a um salário mínimo nas cidades de Belém e Campina Grande (NERI et al, 2013).

No que diz respeito ao estado cognitivo desses idosos, observado a partir do MEEM, esse estudo indicou que 36,4% (N=24) apresentam declínio cognitivo, concordando com um estudo no qual caracterizou a qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência, obtendo resultado de 23,5% (N=20) dos participantes com declínio cognitivo (LEITE et al, 2012).

Achados de outro estudo realizado com idosos participantes de dança sênior apontam para a importância da associação entre música, movimento e convívio social, despertando o sentimento de bem-estar e de equilíbrio emocional, reestimulando o prazer na realização dos afazeres diários. O estudo ainda relata que os idosos dos quais realizam atividade física,

48,2% não apresentam declínio cognitivo e 16,5% possuem *déficit* cognitivo, considerando atividade física qualquer movimento corporal realizado pela musculatura esquelética voluntária e que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso. (OLIVEIRA, PIVOTO, VIANNA, 2009).

Em relação ao resultado da CES-D foi observado que 74,2% (N=49) dos idosos apresentaram depressão. Este quantitativo chama a atenção em relação aos dados encontrados na literatura, onde se observa que idosos de comunidade urbana apresentam sintomas depressivos em torno de 15 a 20%, o estudo ainda indicam a prevalência de depressão no Brasil em cerca de 20 a 26% (HOFFMANN, 2010).

De acordo com Pegorari (2013), a depressão será a segunda causa mundial de incapacidades em 2020, ele ainda considera a depressão um problema de saúde pública. Diante disso, os dados desta pesquisa corroboram com o relato de Pegorari, funcionando como alerta para prováveis causas de incapacidades futuras.

No que diz respeito ao quantitativo de idosos frágeis, neste estudo, foram observados 48,5% (N=32). Em um artigo que abordou o desempenho cognitivo e fragilidade em idosos clientes de operadora de saúde foi observado prevalência de fragilidade de 9,2%; 46,5% dos idosos foram considerados como pré-frágeis (FARIA et al, 2013). Lustosa et al (2013) fala, que ainda não existe consenso sobre a melhor operacionalização do rastreamento do fenótipo de fragilidade, sendo a proposição de Fried, a que tem recebido maior aceitação entre os pesquisadores.

Quanto aos domínios apresentados no TFI, o domínio físico apresentou-se com a maior média (2,71), como está demonstrado na tabela 2. Quando comparada a diferença da média do MEEM e do CES-D entre idosos frágeis e não frágeis, observou-se diferença significativa apenas no domínio psicológico ( $p=0,017$ ).

**Tabela 2** - Caracterização dos idosos participantes dos grupos de convivência da cidade de Campina Grande/PB, de acordo com os domínios encontrados no TFI

<b>TFI</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo-Máximo</b>	<b>IC-95%</b>
Domínio Físico	2,71	1,829	0-7	2,29-3,13
Domínio Psicológico	1,21	1,074	0-4	0,94-1,45
Domínio Social	0,85	789	0-3	0,65-1,05
Escore TFI	4,77	2,733	0-11	4,09-5,42

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Na tabela 3 não foi verificada correlação significativa do estado cognitivo, avaliado por meio do MEEM, e da fadiga, verificada por meio do CES-D, com a fragilidade nos idosos deste estudo. Porém, os idosos com déficit cognitivo apresentaram maiores valores médios na TFI, tanto no escore final como na avaliação por domínios. Portanto, não foi observada diferença significativa no valor total da TFI entre o estado cognitivo e nem do valor médio da TFI com a prevalência de fadiga.

**Tabela 03.** Diferença de média do MEEM e CES-D entre idosos frágeis e não frágeis através do teste t-Student

<b>Variáveis</b>	<b>FRAGILIDADE</b>							
	<b>Domínio Físico</b>		<b>Domínio Psicológico</b>		<b>Domínio Social</b>		<b>Escore Total</b>	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>Déficit cognitivo</b>								
Sim	2,88	1,872	1,63	0,970	1,08	0,830	5,58	2,552
Não	2,62	1,821	0,98	1,070	0,71	742	4,31	2,754
<b>Fadiga</b>								
Sim	2,61	1,824	1,22	1,085	0,90	770	4,73	2,775
Não	3,00	1,871	1,18	1,074	0,71	849	4,88	2,690

DP= desvio padrão.

\* p<0,05 (Resultado do teste t-Student).

Os resultados de um estudo realizado em Ribeirão Preto com 137 idosos residentes na comunidade mostraram que na análise da correlação entre a existência ou não de déficit cognitivo com o diagnóstico de fragilidade, foi verificado que os idosos sem déficit cognitivo são, em sua maioria, considerados sem fragilidade. Com relação ao sexo, as mulheres foram

consideradas mais frágeis do que os homens. Os idosos com idade mais avançada e com déficit cognitivo tiveram maior pontuação no quesito fragilidade (FABRICIO-WEHBE, et al, 2009).

## **5 CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos idosos frequentadores dos grupos de convivência avaliados tinha depressão (74,2%, N=49), com declínio cognitivo em apenas 36,4% (N=24) deles e, a síndrome da fragilidade apresentou quantitativo de 32 (48,5%) idosos.

Já ao se traçar uma análise comparativa do MEEM e do CES-D entre idosos frágeis e não frágeis observa-se diferença significativa apenas no domínio psicológico ( $p=0,017$ ). Portanto, tais resultados apontam para a maior necessidade em detectar a depressão e síndrome da fragilidade em idosos de comunidade urbana, sugerindo a utilização dos critérios da depressão e da fragilidade nas avaliações clínicas diárias.

## ABSTRACT

This is the study about depression along with fragility syndrome in the elderly. This study had as main objective to evaluate the depression level among seniors in the urban community and its relation to fragility. The research was conducted in a descriptive, analytical, transversal way with quantitative approach. It was held in support groups registered in the Municipal Social Assistance (Secretaria Municipal de Assistência Social –SEMAS) of Campina Grande –PB. The data were collected in 4 (four) registered groups with a total of 66 (sixty-six) seniors. The instruments used were the Mini Mental State Exam (MMSE), GDS 15 (Geriatric Depression Scale), CES-D (Center for Epidemiological Studies - Depression) and the Tilburg Frailty Indicator (TFI). The survey results showed that 36.4% (N = 24) of the elderly presented cognitive decline; regarding the presence of depression it was observed in 74.2% (N = 49) of the elderly; 48.5% (N = 32) are fragile elderly. In the comparison of the MMSE and CES-D between fragile and non-fragile elderly, we observed a significant difference only in the psychological domain ( $p = 0.017$ ). We conclude that these results point to a greater need to detect depression and fragility syndrome in elderly of urban community.

Keywords: Depression, the Fragility Syndrome, Fatigue.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. N. et al. Análise do Conceito Fragilidade em Idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.4, p. 748-56, Out.-Dez., 2012.
- ANTUNES, M. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados:** Contribuições para o diagnóstico de enfermagem “Riscos para a síndrome da fragilidade no idoso. 2012, p. 10-40, Trabalho de conclusão de curso (TCC II), Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- BATISTONI, S. S. T. **Sintomas depressivos entre idosos:** estudo prospectivo de suas relações com variáveis sociodemográficas e psicossociais, 2007, p. 01-101, Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2007.
- BOECHAT, N. Depressão no idoso. Aspectos Clínicos. In: MONTEIRO, D. M. R. **Depressão e Envelhecimento:** Saídas Criativas. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 37-40.
- CANINEU, P. R. Depressão no idoso. In PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia.** 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 293-300.
- CARVALHO, V. F. C.; FERNANDEZ, M. E. D. Depressão no idoso. In PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 160-172.
- CHAVES, M. L. F. **Testes de avaliação cognitiva:** Mini-Exame do Estado Mental, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em:  
[http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos\\_cont/8.pdf](http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf)
- FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Rev. Rene.** Fortaleza, v.9, n.2, p. 113-119, abr.-jun. 2008.
- FABRÍCIO-WEHBE SCC, SCHIAVETO FV, VENDRUSCULO TRP, HAAS VJ, DANTAS RAS, RODRIGUES RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Rev. Latino-Am Enferm.** v.17, n.6, p. 117-23, 2009.
- FARIA, C. A. et al., Desempenho cognitivo e fragilidade em idosos clientes de operadora de saúde. **Rev. Saúde Pública.** v. 47, n. 5, p. 30-923, 2013.
- FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da escala de depressão geriátrica de yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan.-mar. 2007.
- GRINBERG, L. P. Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento, **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 63, n. 7, p. 01-19, 2006.
- HOFFMANN, E.J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J.M. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 190-7, 2010.

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – (2010).** Disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829\\_demografia\\_ibge\\_populacao\\_brasil\\_lgb.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb.shtml)>, acesso em 09 jun. 2014.

LEITE, M.T. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência, **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 481-492, 2012.

LUSTOSA, L. P. et al. Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire em idosos, **Geriatrics & Gerontologia**, Belo Horizonte, v.5, n.2, p. 57-65, 2011.

MACEDO, C; GAZZOLA, J.M; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.33, n. 3, p. 177-84, 2008. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134036680533abcs177.pdf>. Acesso em: 17 julho 2013.

MACIEL, A. C. C. **Influência de fatores biopsicossociais sobre a mortalidade de idosos no município de Santa Cruz, RN** – Um estudo prospectivo. 2008, p. 48-49, Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

MALTA, L. C. **Depressão em idosos: Análise do processo diagnóstico na estratégia de saúde da família em Balneário Camboriú, SC.** 2008, p. 14-40, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

NERI, A. L., A pesquisa em gerontologia no Brasil: análise de conteúdos de amostra de pesquisa em psicologia no período de 1975-1996. **Texto e contexto**, Florianópolis, v.6, n.2, p. 69-105, maio-ago., 1997.

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 4, p. 778-792, abr., 2013.

OLIVEIRA L.C, PIVOTO E.A, VIANNA P.C.P. Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. **Acta Fisiatr.**, v.16, n.3, p. 101-104, 2009.

PEGORARI. M.S., **Síndrome de Fragilidade: Fatores associados e qualidade de vida de idosos residentes na zona urbana, Uberaba, MG.** 2013, p. 18-127, Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde), Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Belo Horizonte, 2013.

SANTIAGO, L. M. **Fragilidade em idosos no Brasil: Identificação e análise de um instrumento de avaliação para ser utilizado na população do país,** 2013, p.01-107, Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SOUTO, G. D. **Fragilidade em idosos: Evidências e fatores de riscos para o desenvolvimento do diagnóstico de Enfermagem “Síndrome da fragilidade no idoso” e “Risco para fragilidade no idoso”**. 2011, p. 11-45, Trabalho de conclusão de curso (TCC II), Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, Rio Claro, v. 8, n. 3, p. 91-98, ago.-dez., 2002.

TEIXEIRA, L. F. **Nível de atividade física e quedas em idosos da comunidade: Um estudo exploratório**, 2011, p. 13-73, Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) Universidade Cidade São Paulo, São Paulo, 2011.