

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG
Programa de Pós-graduação em Fisioterapia

Luciana Gomes de Alcântara

**FRAGILIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COM ALTERAÇÃO
COGNITIVA: estudo exploratório transversal**

Belo Horizonte

2022

Luciana Gomes de Alcântara

**FRAGILIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COM ALTERAÇÃO
COGNITIVA: estudo exploratório transversal**

Versão final

Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Fisioterapia apresentado ao programa de pós-graduação *lato sensu*, do Departamento de Fisioterapia, da UFMG, como requisito parcial para finalização do curso.

Orientador: Profa. Dra. Mariana Asmar Alencar Collares

Belo Horizonte

2022

A347f Alcântara, Luciana Gomes de
2022 Fragilidade e sintomas depressivos em idosos com alteração cognitiva: estudo exploratório transversal. [manuscrito] / Luciana Gomes de Alcântara – 2022.
36 f.: il.

Orientadora: Mariana Asmar Alencar Collares

Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 20-23

1. Depressão em idosos. 2. Cognição nos idosos. 3. Fragilidade. I. Collares, Mariana Asmar Alencar. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

FRAGILIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COM ALTERAÇÃO COGNITIVA ESTUDO EXPLORATÓRIO TRANSVERSAL

Luciana Gomes de Alcantara

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Banca Examinadora designada pela Coordenação do curso de ESPECIALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA, do Departamento de Fisioterapia, área de concentração FISIOTERAPIA EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA.

Aprovada em 03 de dezembro de 2022, pela banca constituída pelos membros: Mariana Alencar Asmar Collares, Daniel Henrique Moreira Quirino e Márcia Rodrigues Franco Zambelli.

Renan Alves Resende

Prof. Dr. Renan Alves Resende
Coordenador do curso de
Especialização em Fisioterapia

Belo Horizonte, 03 de Janeiro de 2023

RESUMO

Introdução: Demência é uma condição de saúde complexa e prevalente em idosos de curso progressivo que leva a perda das habilidades cognitivas e a dependência com desfechos negativos a saúde que podem se sobrepôr a sintomas depressivos e fragilidade.

Objetivo: Avaliar a frequência de fragilidade e sintomas depressivos em idosos com alteração cognitiva, e verificar a presença de associação entre estas duas variáveis e a pontuação do teste da função cognitiva.

Metodologia: Foi realizado um estudo exploratório transversal. Para os desfechos fragilidade e sintomas depressivos foram usados o fenótipo de Fried e a Escala de Cornell de depressão em demência (ECDD), e para o rastreamento dos idosos com comprometimento cognitivo, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foram realizadas análises descritivas e de correlação (teste de Qui-quadrado ou teste de correlação de Pearson).

Resultados: Foram avaliados 59 idosos ($81,7 \pm 7,8$ anos), sexo feminino (78%), de baixa escolaridade ($2,2 \pm 1,1$ anos) e diagnóstico de Doença de Alzheimer (84,7%). Destes, 47,5% eram frágeis e 45,8% apresentavam sintomas depressivos. Não houve correlação entre a fragilidade e a triagem positiva para sintoma depressivo ($p=0,253$), nem entre a fragilidade e pontuação total do ECDD ($r=0,219$; $p=0,095$). Houve correlação fraca entre a pontuação do MEEM e a triagem positiva para sintomas depressivos ($r=0,259$; $p=0,048$) e entre o MEEM e a pontuação total do ECDD ($r=-0,313$; $p=0,016$). O MEEM não se correlacionou com a fragilidade ($r=0,065$; $p=0,624$).

Conclusão: A fragilidade e a presença de sintomas depressivos são condições prevalentes nos idosos com alteração cognitiva. Entretanto não foram verificadas correlações entre as duas condições nos idosos com alteração cognitiva avaliados.

Palavras-chave: Idoso. Comprometimento cognitivo. Fragilidade. Depressão.

ABSTRACT

Introduction: Dementia is a complex and prevalent health condition in the elderly with a progressive course that leads to loss of cognitive abilities and dependence with negative health outcomes that can overlap with depressive symptoms and frailty.

Objective: To assess the frequency of frailty and depressive symptoms in elderly people with cognitive impairment, and to verify the presence of an association between these two variables and the cognitive function test score.

Methodology: An exploratory cross-sectional study was carried out. For the frailty and depressive symptoms outcomes, the Fried phenotype and the Cornell Depression in Dementia Scale (ECDD) were used, and for the screening of elderly people with cognitive impairment, the Mini Mental State Examination (MMSE). Descriptive and correlation analyzes were performed (Chi-square test or Pearson's correlation test).

Results: Fifty-nine elderly (81.7 ± 7.8 years), female (78%), with low education (2.2 ± 1.1 years) and diagnosed with Alzheimer's Disease (84.7%) were evaluated. Of these, 47.5% were frail and 45.8% had depressive symptoms. There was no correlation between frailty and positive screening for depressive symptoms ($p=0.253$), nor between frailty and ECDD total score ($r=0.219$; $p=0.095$). There was a weak correlation between MMSE score and positive screening for depressive symptoms ($r=0.259$; $p=0.048$) and between MMSE and ECDD total score ($r=-0.313$; $p=0.016$). MMSE did not correlate with frailty ($r=0.065$; $p=0.624$).

Conclusion: Frailty and the presence of depressive symptoms are prevalent conditions in the elderly with cognitive impairment. However, there were no correlations between the two conditions in the elderly with cognitive impairment evaluated.

Keywords: Old people. Cognitive impairment. Frailty. Depression.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos idosos com alteração cognitiva avaliados.....	14
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
2.1	Tipo de estudo.....	.11
2.2	Amostra	11
2.3	Avaliação sociodemográfica e clínica.....	.11
2.4	Avaliação cognitiva.....	.11
2.5	Avaliação da fragilidade.....	12
2.6	Avaliação aspectos psicológicos.....	12
2.7	Análise estatística.....	13
3	RESULTADOS.....	14
4	DISCUSSÃO.....	16
5	CONCLUSÃO.....	19
	REFERÊNCIAS.	20
	ANEXOS.....	24
	APÊNCICES.....	25

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada no Brasil e no mundo, em decorrência do aumento da longevidade e da diminuição de nascimentos da população mundial assim, vem ocorrendo uma transição demográfica e epidemiológica que estão sendo vivenciadas nas últimas décadas (BONIFÁCIO, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). As projeções epidemiológicas preveem que, entre 2015 e 2030, a população com mais de 60 anos cresça 56% no mundo e 76% no Brasil. A faixa etária que deve apresentar o maior incremento (116%) é a acima de 85 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Essas mudanças epidemiológicas vêm acompanhadas de modificações do perfil de saúde da população idosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), gerando uma demanda de estudos que investiguem as diferentes condições de saúde dentro desse segmento etário.

Uma condição de saúde que cresce consideravelmente à medida que o número de idosos e a longevidade aumentam é o distúrbio cognitivo (NICHOLS *et al.*, 2019). Estima-se que o número de pessoas com demência aumente de 57,4 milhões em 2019 para 152,8 milhões em 2050 (NICHOLS *et al.*, 2019). Os estudos mostram que a prevalência de demência entre os idosos varia de 4,9% a 50%, dependendo da faixa etária e população investigada (MATA, 2021; LAGINESTRA-SILVA, 2021; NICHOLS *et al.*, 2019). As demências têm sido consideradas uma das principais causas de incapacidade entre os idosos e, segundo a Organização Mundial de Saúde, são uma prioridade de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A demência se caracteriza por uma deterioração progressiva da cognição e da habilidade de desempenhar as atividades de vida diária. É uma síndrome heterogênea associada a uma alta sobrecarga de dependência que causa um grande impacto emocional, econômico e psicológico sobre o paciente, as famílias e sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; PETERMANN-ROCHA, 2020). Apesar da necessidade e importância de se aprofundar o conhecimento sobre aspectos relacionados à saúde desses idosos, pela dificuldade de avaliá-los, muitas pesquisas excluem os indivíduos com disfunção cognitiva de seus estudos.

Outras síndromes frequentes entre os idosos são a fragilidade e a depressão. A prevalência estimada destas duas condições varia de 6,5% a 25,3% para sintomas depressivos (BORGES *et al.*, .2021; MATA, 2021), de 4,0% a 59,1% para fragilidade (MELO *et al.*, 2020; O' CAOIN *et al.*, 2021; MATA, 2021;). Tanto as alterações cognitivas, quanto a fragilidade e sintomas depressivos apresentam aumento de prevalência com o avançar da idade e são verificadas com maior frequência entre os mais idosos (BORGES *et al.*, 2021; O' CAOIN *et al.*, 2021; MATA, 2021; BAI, 2021; WALLACE, 2021; VAUGHAN, 2015). Apesar de serem condições distintas, elas podem se sobrepor e parecem compartilhar semelhanças em relação a alguns mecanismos patológicos, sintomatologia e desfechos adversos (Borges *et al.*, .2021; O' CAOIN *et al.*, 2021; MATA, 2021; BAI, 2021; WALLACE, 2021; VAUGHAN, 2015). Entretanto, ainda são necessários estudos investigando a presença e relação entre estas condições visando um maior entendimento destes problemas enfrentados pelos idosos.

A fragilidade é definida por Fried e colaboradores como uma síndrome relacionada ao envelhecimento, caracterizada pela diminuição de reservas fisiológicas e desequilíbrio de diversos sistemas fisiológicos, que resulta em uma menor resistência ao mínimo estressor (FRIED *et al.*, 2001). Esta síndrome é fundamentada por um tripé: sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica posteriormente culminando em desfechos negativos como perda funcional, hospitalização e morte (SILVA *et al.*, 2016; BORGES, *et al.*, 2021). A fragilidade pode ser avaliada a partir do fenótipo da fragilidade (FRIED *et al.*, 2001), que é composto por cinco marcadores biológicos: perda de peso não intencional, autorrelato de fadiga/exaustão, diminuição da força de preensão manual, diminuição do nível de atividade física e redução da velocidade da marcha. A pessoa idosa que apresenta três ou mais desses marcadores é classificada como frágil, um ou dois pré-frágil e nenhum marcador, não frágil (FRIED *et al.* 2001). Para alguns autores este fenótipo de fragilidade proposto por Linda Fried (2001) estaria mais relacionado à fragilidade física do indivíduo.

A sintomatologia depressiva manifesta-se sutilmente com disforia e sintomas somáticos, sendo frequentemente associada a traços de depressão, estando associada negativamente à saúde de idosos, aumentando o risco de mortalidade, de desenvolver um quadro de depressão maior, incapacidades físicas, doenças clínicas

e maior uso dos serviços de saúde (MENENGUCI, 2019; BARCELOS, 2012). No entanto, a depressão é frequentemente é subdiagnosticada.

A relação entre fragilidade e sintomas depressivos tem sido amplamente investigada nestes últimos anos e a literatura indica que existe uma associação entre elas nas pessoas idosas sem alteração cognitiva (MATA, 2021; VAUGHAN, 2015; LEONARD, 2021). A fragilidade e os sintomas depressivos têm a capacidade de serem preditoras entre si e quando associadas se relacionam à desfechos negativos para a saúde da pessoa idosa, tais como declínio cognitivo, limitações de atividades e aumento de mortalidade (MATA, 2021; VAUGHAN, 2015; LEONARD, 2021). Entretanto, pouco se tem investigado em idosos com alteração cognitiva a presença de relação entre fragilidade e sintomas depressivos, especialmente, utilizando instrumentos adaptados e específicos a população com demência. Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar a frequência de fragilidade e sintomas depressivos em idosos com alteração cognitiva, além de verificar a presença de associação entre estas duas variáveis e a pontuação do teste da função cognitiva.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa é um estudo exploratório transversal. A população investigada foi a de idosos assistidos no Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher do Hospital das Clínicas da UFMG. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 220/09) (ANEXO A).

2.2 Amostra

Participaram deste estudo, 59 idosos que preencheram os seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos; com triagem positiva para alteração cognitiva; residir na comunidade e que concordasse em participar voluntariamente do estudo (APÊNDICE A). Foram excluídos da amostra os idosos acamados, cadeirantes ou em estágio terminal; com alterações auditivas ou visuais incapacitantes para a realização do teste, com outras doenças neurológicas e idosos em estágio avançado de demência (grau 3 segundo a Clinical Dementia Rating-CDR) para permitir a avaliação da fragilidade (ALENCAR, 2012; MACEDO, 2005; MORRIS, 1993). Para alcançar este tamanho amostral foi realizado um cálculo considerando a população idosa assistida no ambulatório (poder de 80% e nível de significância de 5%).

2.3 Avaliação sociodemográfica e clínica

Através de questões estruturadas foram coletadas as informações sobre: idade, sexo, escolaridade, número de comorbidades, número de medicamentos e tipo/causa da alteração cognitiva segundo relatório médico (APÊNDICE B).

2.4 Avaliação cognitiva

A função cognitiva foi avaliada pelo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BRUCK, 2003). O MEEM é um instrumento composto por seis itens que avaliam a orientação temporal, orientação espacial, registro (memória imediata), cálculo, memória recente e linguagem. O seu escore varia de 0 a 30 pontos, sendo que quanto maior o escore,

melhor a função cognitiva. O presente estudo adotou o questionário com as adaptações e recomendações propostas por Brucki *et al.* (2003) e os seguintes pontos de corte: 17/18 idosos sem escolaridade, 20/21 indivíduos com 1 a 4 anos de escolaridade, 23/24 indivíduos com 5 a 8 anos de escolaridade e 25/26 indivíduos com 9 anos ou mais de escolaridade (BRUCK, 2003) (APÊNDICE B).

2.5 Avaliação da fragilidade

O presente estudo adotou como critério para a classificação do idoso em frágil, o fenótipo proposto por Fried *et al.* (2001). As características de fragilidade foram: 1) Perda de peso não intencional de $\geq 4,5$ Kg ou 5% do peso corporal em comparação ao ano anterior; 2) Fraqueza, medida pela força de preensão palmar ajustada ao sexo e ao índice de massa corporal; 3) Exaustão avaliada por auto-relato de fadiga, indicado por duas questões da Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D); 4) Lentidão da marcha pelo tempo (em segundos) gasto para percorrer uma distância de 4,6 metros, ajustado pelo sexo e altura e 5) Baixo nível de atividade medido pelo dispêndio semanal de energia avaliado pela versão curta do Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire. Como proposto, indivíduos com 3 ou mais dessas características foram classificados como frágeis (FRIED *et al.*, 2001). As questões de auto-relato foram respondidas pelo cuidador primário do idoso, ou seja, a pessoa que era a responsável principal pelo idoso e pelos seus cuidados e que era encarregada da maior parte das tarefas do idoso.

2.6 Avaliação aspectos psicológicos

Os sintomas depressivos nos idosos com rastreio positivo para alteração cognitiva foram avaliados utilizando a Escala de Cornell de depressão em demência (ECDD) (ALEXOPOULOS, 1988; CARTHERY-GOULART, 2007). A escala é composta por 19 itens que têm como opções de resposta 0 (ausência do sintoma), 1 (sintoma leve ou intermitente) e 2 (sintoma intenso ou muito frequente). Desta forma, o escore total varia 0 a 38. O idoso com oito ou mais pontos era considerado com triagem positiva para sintomas depressivos (ALEXOPOULOS, 1988; CARTHERY-GOULART, 2007) (APÊNDICE B).

2.7 Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva utilizando frequência, medidas de tendência central e de dispersão de acordo com as características de cada variável do estudo. Para verificar a correlação entre as variáveis fragilidade e triagem positiva para depressão foi utilizado o teste de Qui-quadrado. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar as correlações entre as demais variáveis (fragilidade e pontuação do ECDD e MEEM; MEEM e triagem positiva para depressão e pontuação do ECDD). A normalidade dos testes foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Foi considerado o nível de significância de $\alpha=0,05$. Para as análises foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 21.0.

3 RESULTADOS

Foram avaliados 59 idosos ($81,7 \pm 7,8$ anos), a maioria era mulher (78%), de baixa escolaridade ($2,2 \pm 1,1$ anos) e possuía o diagnóstico de Doença de Alzheimer (84,7%).

Em relação à fragilidade, 47,5% eram considerados frágeis de acordo com o fenótipo da FRIED (2021) e 45,8% apresentavam triagem positiva para sintomas depressivos, segundo a ECDD. As características dos participantes estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1: Características dos idosos com alteração cognitiva avaliados

	Linha de base <i>n</i> °(%) ou média ($\pm DP$)
Total	n=59
Idade (anos)	81,7 \pm 7,8
Mulheres	46(78,0%)
Escolaridade (anos)	2,2 \pm 1,1
N° de comorbidades	3,0 \pm 1,5
N° de medicamentos	4,5 \pm 1,9
MEEM	13,6 \pm 3,9
Diagnóstico da alteração cognitiva	
Transtorno cognitivo leve	6(10,2%)
Doença de Alzheimer	50(84,7%)
Demência vascular	2(3,4%)
Demência alcoólica	1(1,7%)
Fragilidade	
Sim	28(47,5%)
Sintomas depressivos (triagem positiva)	
Sim	27(45,8%)
Pontuação escala de depressão	8,42 \pm 7,1

N°.: número; %: porcentagem; DP: desvio padrão; MEEM: Mini Exame do Estado Mental

Na população avaliada de idosos com alteração cognitiva pelo presente estudo, não foram verificadas correlações entre a fragilidade e a triagem positiva para sintoma depressivo ($p=0,253$), nem entre a fragilidade e pontuação total do ECDD ($r=0,219$; $p=0,095$). Foi verificada uma correlação, porém fraca, entre a pontuação do MEEM e a triagem positiva para sintomas depressivos ($r=0,259$; $p=0,048$) e entre o MEEM e a pontuação total do ECDD ($r=-0,313$; $p=0,016$). O MEEM não se correlacionou com a fragilidade ($r=0,065$; $p=0,624$).

4 DISCUSSÃO

Este estudo procurou suprir as lacunas na atual evidência analisando como a fragilidade e os sintomas depressivos se relacionam individualmente e entre si em idosos com alteração cognitiva. É necessário ampliar o conhecimento e estudos com idosos com disfunções cognitivas, uma vez que estes são uma importante e crescente parcela da população idosa, e que por vezes ficam à margem das investigações.

A fragilidade e a presença de sintomas depressivos é frequente em idosos com alteração cognitiva (MATA, 2021; CAOIM, 2021). O presente estudo identificou que cerca de 47,5% dos idosos avaliados foram classificados como frágeis, segundo o fenótipo e 45,8% apresentaram triagem positiva para depressão ao serem avaliados com um instrumento específico para avaliar sintomas depressivos em indivíduos com déficit cognitivo. Esta coexistência de condições de saúde é descrita na literatura, tanto em idosos sem e com alteração cognitiva (ELLWOOD, 2022; BORGES, 2021; CAOIM, 2021; MATA, 2021; VAUGHAN, 2015; LEONARD, 2021). Devido aos desfechos adversos associados à fragilidade, sintomas depressivos e alteração cognitiva, é importante entender a correlação entre eles, uma vez que, fragilidade e sintomas depressivos são fatores modificáveis e passíveis de intervenção.

A associação entre fragilidade e sintomas depressivos já havia previamente sido verificada em uma população de idosos sem alteração cognitiva (MEZUK, 2012; BUIRGS, 2015; APRAHAMIAN, 2020). Entretanto, ao investigar a presença de correlação entre a fragilidade e os sintomas depressivos em idosos com alteração cognitiva, o presente estudo não verificou a correlação entre as variáveis. Em outras investigações prévias, foi verificado que indivíduos que apresentam fragilidade e comprometimento cognitivo coexistente tem níveis significativamente mais altos de sintomas depressivos (ELLWOOD *et al.*, 2022). No estudo de Wu *et al.*(2020) em indivíduos com demência, a depressão foi um fator de risco para fragilidade e pré-fragilidade que correspondeu a 88% e 52% respectivamente.

Em idosos com alteração cognitiva de base, a correlação direta entre fragilidade e depressão não fica evidente, apesar destas três condições parecerem interagirem e influenciarem uma na outra.

A depressão e fragilidade parecem cursar um caminho comum no idoso e apresentar sintomas semelhantes, tais como exaustão, fadiga, perda de peso, redução do nível

de atividade física, fraqueza e lentidão (COLLARD *et al.*, 2015; HAJEKA *et al.*, 2020). Porém, quando crescemos a alteração cognitiva, essa relação parece não ficar evidente. As semelhanças das manifestações clínicas e sobreposição de sintomas decorrentes à estas diferentes condições de saúde, dificultam a interpretação do resultados o que leva a muitos estudos optarem por excluir a população com alteração cognitiva de sua amostra.

Um outro achado do nosso estudo foi a ausência de correlação entre a fragilidade e a pontuação total no teste de função cognitiva (MEEM) em idosos com alteração cognitiva. Provavelmente, o MEEM não seria o instrumento mais adequado para mostrar essa correlação, uma vez que declínios cognitivos envolvem domínios além dos avaliados pelo MEEM. Alencar *et al.* (2013) em um estudo de coorte demonstrou associação entre fragilidade e o declínio posterior da função cognitiva em 12 meses. Usando o MEEM o risco de declínio cognitivo em idosos frágeis foi 5 vezes maior em relação aos não frágeis. A associação entre a fragilidade e demência já está bem descrita na literatura, Bai, Ge *et al.* (2021) citam algumas evidências de associação significativa de fragilidade e demência independentemente de outros fatores de risco ou independentemente da escala utilizada para medir a fragilidade. O estudo de Xue, (2019) recomenda cautela diante de trabalhos que sugerem expandir a definição de fragilidade para incluir a cognição, e menciona um estudo onde 22% da amostra de pessoas com doença de Alzheimer não era frágil. Em relação aos estudos encontrados, a heterogeneidade nas amostras, a diversidade de modelos conceituais para fragilidade, e as várias classificações para os níveis de comprometimento cognitivo, os diferentes instrumentos de medidas selecionados e, ainda, a proposta de um novo conceito de fragilidade cognitiva são constatações que aumentam o desafio para a comunidade científica ao tentar estabelecer um consenso para tomadas de decisões que guiem a prática clínica MIYAMURA, Karen *et al.* (2019).

Sintomas depressivos tiveram correlação fraca com a pontuação total no teste de função cognitiva (MEEM). No estudo de Yao *et al.* (2015) em conformidade com estudos anteriores associou MEEM e o CES-D e constatou alto risco dos sintomas depressivos para o funcionamento cognitivo na população mexicana em seus resultados, se a intervenção para reduzir 1 ponto dos sintomas depressivos fosse feita 2 anos antes da avaliação da função cognitiva, resultaria em melhor função cognitivo

de 0,12, IC 95% [0,06 , 0,18] $P < .0001$. Raji *et al.*, 2007 também mostra que quanto maior a gravidade da depressão basal, maior o comprometimento cognitivo global subsequente, indivíduos com sintomas depressivos clinicamente relevantes tiveram um declínio maior na pontuação MEEM ao longo de 7 anos em relação aos sem sintomas depressivos clinicamente relevantes. Cada aumento de ponto no escore CES-D foi associado a um declínio de 0,10 ponto no escore MEEM por ano independente de fatores demográficos e de saúde. Han *et al.* (2021) confirma a influência de sintomas depressivos de pessoas sem demência na incidência de comprometimento cognitivo leve (CCL), um estado prodromico da doença, e que existe esta relação dose-resposta onde estas associações foram maiores em mulheres e idades maiores que 70 anos.

Um ponto forte do estudo foi a escolha do instrumento de medida já validado para rastreio de sintomas depressivos específico para esta população, até onde sabemos a aplicação da escala de Cornell de depressão para demência (ECDD) não tem antecedentes na literatura, visto que a maioria dos estudos utilizaram a escala de depressão geriátrica (GDS). Outro diferencial é a escolha do público-alvo, pessoas com algum grau de comprometimento nas suas atividades diárias mas que ainda não entraram em um estágio mais avançado da demência (grau 3) devido a escolha fenotipo de fragilidade não eram capazes de fazer a força de prensão de forma confiável. Sugerimos novas pesquisas para validação de outra ferramenta avançada para suprir esta brecha. Uma limitação do estudo foi o desenho do estudo transversal, com apenas um corte, futuros estudos longitudinal ou experimental seriam ideais.

5 CONCLUSÃO

A fragilidade e a presença de sintomas depressivos são condições prevalentes nos idosos com alteração cognitiva. Entretanto não foram verificadas correlações entre as duas condições nos idosos com alteração cognitiva avaliados. São necessários que futuros estudos investiguem melhor a associação entre estas três condições, uma vez que estão fortemente associadas à desfechos adversos no idoso.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. A.; DIAS, J. M.; FIGUEIREDO, L. C.; DIAS, R. C. Frailty and cognitive impairment among community-dwelling elderly. **Arq Neuropsiquiatr.** 2013; 71(6): 362-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20130039>
- ALENCAR, Mariana A. *et al.* Handgrip strength in elderly with dementia: study of reliability. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, p. 510-514, 2012.
- ALEXOPOULOS, George S. Mechanisms and treatment of late-life depression. **Translational psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 1-16, 2019.
- ALMEIDA, OSVALDO P.; ALMEIDA, SHIRLEY A. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 57, p. 421-426, 1999.
- APRAHAMIAN, Ivan *et al.* Design and protocol of the multimorbidity and mental health cohort study in frailty and aging (MiMiCS-FRAIL): unraveling the clinical and molecular associations between frailty, somatic disease burden and late life depression. **BMC psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 1-11, 2020.
- BAI, Ge *et al.* Frailty and the risk of dementia: is the association explained by shared environmental and genetic factors?. **BMC medicine**, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2021.
- BARCELOS-FERREIRA, Ricardo *et al.* Clinical and sociodemographic factors in a sample of older subjects experiencing depressive symptoms. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 27, n. 9, p. 924-930, 2012.
- BONIFÁCIO, Gabriela Marise de Oliveira; GUIMARÃES, Raquel Rangel de Meireles. **Projeções populacionais por idade e sexo para o Brasil até 2100**. Texto para Discussão, 2021.
- BORGES, M. K. *et al.* Longitudinal Association between Late-Life Depression (LLD) and Frailty: Findings from a Prospective Cohort Study (MiMiCS-FRAIL). **The journal of nutrition, health & aging**, v. 25, n. 7, p. 895-902, 2021.
- BRUCKI, Sonia M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3B, p.777-781, 2003.
- BUIGUES, C, Padilla-Sánchez C, Garrido JF, Navarro-Martínez R, Ruiz-Ros V, Cauli O. The relationship between depression and frailty syndrome: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2015;19(9):762-72. doi: 10.1080/13607863.2014.967174. Epub 2014 Oct 16. PMID: 25319638.
- CARTHERY-GOULART, M. T. *et al.* Versão Brasileira da escala Cornell de depressão em demência (cornell depression scale in dementia). **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 65, n. 3-B, p. 912-915, 2007.

COLLARD, Rose M. *et al.* The role of frailty in the association between depression and somatic comorbidity: results from baseline data of an ongoing prospective cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 1, p. 188-196, 2015.

MATA, Fabiana Araújo Figueiredo da *et al.* Depression and frailty in older adults: A population-based cohort study. **PloS one**, v. 16, n. 3, p. e0247766, 2021.

Dementia [Internet]. World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

ELLWOOD, Alison; QUINN, Catherine; MOUNTAIN, Gail. Psychological and social factors associated with coexisting frailty and cognitive impairment: a systematic review. **Research on Aging**, v. 44, n. 5-6, p. 448-464, 2022.

FRIED, Linda P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. M146-M157, 2001.

HAJEK, André *et al.* Which factors contribute to frailty among the oldest old? Results of the multicentre prospective AgeCoDe and AgeQualiDe study. **Gerontology**, v. 66, n. 5, p. 460-466, 2020.

HAN, Fei-Fei *et al.* Depressive symptoms and cognitive impairment: A 10-year follow-up study from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. **European psychiatry**, v. 64, n. 1, 2021.

HARTLE, Larissa *et al.* Predictors of functional impairment and awareness in people with dementia, mild cognitive impairment and healthy older adults from a middle-income country. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 2022.

LAGINESTRA-SILVA, Aline *et al.* Prevalência de demências no Brasil: um estudo de revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1-14, 2021.

LENARDT, Maria Helena *et al.* Sintomas depressivos e fragilidade física em pessoas idosas: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

LOHMAN, Matthew C.; MEZUK, Briana; DUMENCI, Levent. Depression and frailty: concurrent risks for adverse health outcomes. **Aging & mental health**, v. 21, n. 4, p. 399-408, 2017.

MACEDO MONTAÑO, Maria Beatriz M.; RAMOS, Luiz Roberto. Validity of the Portuguese version of clinical dementia rating. **Revista de saude publica**, v. 39, p. 912-917, 2005.

MELO, Ruth Caldeira de *et al.* Prevalence of frailty in Brazilian older adults: a systematic review and meta-analysis. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 24, n. 7, p. 708-716, 2020. Doi: 10.1007/s12603-020-1398-0. PMID: 32744566

MENEGUCI, Joilson *et al.* Prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults: a systematic review with meta-analysis. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, p. 221-230, 2020.

MEZUK B, Edwards L, Lohman M, Choi M, Lapane K. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Sep;27(9):879-92. doi: 10.1002/gps.2807. Epub 2011 Oct 7. PMID: 21984056; PMCID: PMC3276735.

MIYAMURA, Karen *et al.* Síndrome da fragilidade e comprometimento cognitivo em idosos: revisão sistemática da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

MORRIS, J. C. The clinical dementia rating (CDR): current version and scoring rules. **Neurology**, v. 43, n. 11, p. 2412-2414, 1993.

NICHOLS, Emma *et al.* Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Public Health**, v. 7, n. 2, p. e105-e125, 2022.

O'CAOIMH, Rónán *et al.* Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. **Age and ageing**, v. 50, n. 1, p. 96-104, 2021.

PETERMANN-ROCHA, Fanny *et al.* Associations between physical frailty and dementia incidence: a prospective study from UK Biobank. **The Lancet Healthy Longevity**, v. 1, n. 2, p. e58-e68, 2020.

RAJI, Mukaila A. *et al.* Depressive symptoms and cognitive change in older Mexican Americans. **Journal of geriatric psychiatry and neurology**, v. 20, n. 3, p. 145-152, 2007.

SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo da *et al.* Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários—Rede Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3483-3492, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization, 02 jan. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>. Acesso em: 11 de julho de 2022

WALLACE, Lindsay *et al.* Frailty and neuropathology in relation to dementia status: the Cambridge City over-75s Cohort study. **International Psychogeriatrics**, v. 33, n. 10, p. 1035-1043, 2021.

VAUGHAN, Leslie; CORBIN, Akeesha L.; GOVEAS, Joseph S. Depression and frailty in later life: a systematic review. **Clinical interventions in aging**, v. 10, p. 1947, 2015.

XUE, Qian-Li *et al.* Integrating frailty and cognitive phenotypes: why, how, now what?. **Current geriatrics reports**, v. 8, n. 2, p. 97-106, 2019.,

YAO, Ping; MENG, Can. Longitudinal causal inference of cognitive function and depressive symptoms in elderly people. **Epidemiology, Biostatistics, and Public Health**, v. 12, n. 3, 2015.

YESAVAGE, Jerome A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of psychiatric research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982.

ANEXOS**ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 220/09

Interessado(a): Prof. João Marcos Domingues Dias
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 27 de maio de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "Perfil de fragilidade em idosos atendidos no Centro de Referência do Idoso HC/UFMG" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is written over the printed name.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO *Perfil de Fragilidade em idosos atendidos no Centro de Referência do Idoso HC/UFMG*

Responsáveis:

Pesquisadora: Profa.Mariana Asmar Alencar (31) 3409- 9525

Orientador: Prof. João Marcos Domingues Dias (31) 3409-4783

Co-orientador: Profa. Rosângela Corrêa Dias (31) 3409-4783

Instituição:

Universidade Federal de Minas Gerais

- Departamento de Fisioterapia: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional- 3º andar, Campus Pampulha, Fone: (31) 3409-4781, (31) 3409-4783.

Comitê de ética em pesquisa: (31) 3409-4592

Av. Antônio Carlos, 6627

Unidade Administrativa II – 2º andar- Sala 2005

Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG

CEP 31270-901

INFORMAÇÕES GERAIS

O(a) Senhor(a) está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa com o objetivo de levantar a frequência, as características e os riscos para a síndrome de fragilidade entre idosos atendidos no Centro de Referência do Idoso do Hospital das Clínicas da UFMG, com 65 anos e mais, residentes na comunidade, ou seja, idosos que não estejam vivendo em asilos. Serão

estudadas as características sociais e populacionais, bem como as características clínicas, de saúde física, de função física, mental e psicológica.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS

O(A) Senhor(a) ou seu responsável (cuidador) responderá um questionário contendo perguntas e será também submetido (a) a testes clínicos e físicos.

Os procedimentos serão realizados da seguinte forma:

✓ No Centro de Referência do Idoso do Hospital das Clínicas da UFMG o(a) senhor(a) ou o seu responsável (cuidador) responderá a diversas perguntas sobre seus dados pessoais, sobre sua saúde e condições de vida e também serão feitos testes clínicos para verificar sua pressão arterial, sua força muscular, o(a) senhor(a) será pesado e medido e fará um teste para verificar sua velocidade ao andar.

Os dados serão coletados por um pesquisador treinado para realizar todos os procedimentos. Para garantir o seu anonimato, serão utilizadas senhas numéricas. Assim, em momento algum haverá divulgação do seu nome.

RISCOS

O(A) Senhor(a) não terá riscos além daqueles presentes em sua rotina diária.

O(A) Senhor(a) poderá sentir cansaço na avaliação, mas que tende a desaparecer com o tempo. Entretanto, será permitido a qualquer momento que você pare para descansar.

BENEFÍCIOS

O(A) Senhor(a) e futuros participantes poderão se beneficiar com os resultados desse estudo. Os resultados obtidos irão colaborar com o conhecimento científico sobre aspectos de fragilidade em idosos brasileiros,

contribuindo para futuros desenvolvimentos de modelos de diagnóstico e cuidado para o idoso frágil (identificação precoce e tratamento) e para o idoso não-frágil (prevenção primária).

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR DO ESTUDO

A sua participação é voluntária. O(A) Senhor(a) tem o direito de se recusar a participar do estudo sem dar nenhuma razão para isso e a qualquer momento, sem que isso afete de alguma forma a atenção que senhor(a) recebe dos profissionais de saúde envolvidos com seu cuidado à saúde, ou traga qualquer prejuízo ao seu tratamento.

PAGAMENTO

O(A) Senhor(a) não receberá nenhuma forma de pagamento pela participação no estudo.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi todas as informações sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo suficiente para considerar a informação acima e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com:

ASSINANDO ESTE TERMO DE CONSENTIMENTO, EU ESTOU INDICANDO QUE CONCORDO EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO.

Assinatura do Participante: _____

Data:

Assinatura da Testemunha: _____

Data:

Assinatura do Investigador: _____

APÊNDICE B: Avaliação

1. DATA ENTREVISTA: ____/____/____ 2. HORA DE INÍCIO: ____ : ____ HORA DE TÉRMINO: ____ : ____

3. ENTREVISTADOR: _____











4. CÓDIGO DO PARTICIPANTE	<input type="text"/>
5. Nome:	_____
6. Endereço:	_____
7. Telefone:	_____
8. Data de nascimento: ____/____/____	9. Idade: _____
10. Gênero: (1) Masc. (2) Fe	<input type="text"/>
11. Cuidador: (1) Sim (2) Não	
Nome:	_____
Telefone:	_____
12. Quem é o cuidador: (1) Formal (2) Informal	_____

I – Estado Mental

Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco da sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

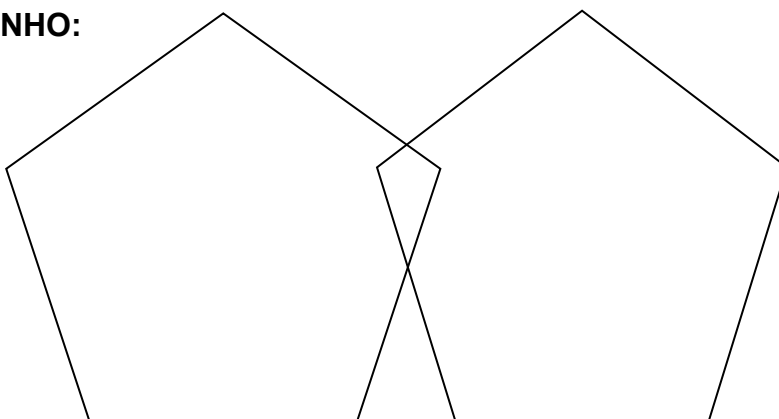
QUESTÕES	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
14. Que dia é hoje?		(1) Certo (0) Errado 14. <input type="text"/>
15. Em que mês estamos?		(1) Certo (0) Errado 15. <input type="text"/>
16. Em que ano estamos?		(1) Certo (0) Errado 16. <input type="text"/>
17. Em que dia da semana estamos?		(1) Certo 17. <input type="text"/>

		(0) Errado	
18. Que horas são agora aproximadamente? (considere correta a variação de mais ou menos uma hora)		(1) Certo (0) Errado	18. <input type="text"/>
19. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão)		(1) Certo (0) Errado	19. <input type="text"/>
20. Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo para a casa)		(1) Certo (0) Errado	20. <input type="text"/>
21. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?		(1) Certo (0) Errado	21. <input type="text"/>
22. Em que cidade nós estamos?		(1) Certo (0) Errado	22. <input type="text"/>
23. Em que estado nós estamos?		(1) Certo (0) Errado	23. <input type="text"/>
24. Vou dizer 3 palavras e o(a) senhor(a) irá repeti-las a seguir: CARRO – VASO – TIJOLO (Falar as 3 palavras em seqüência. Caso o idoso não consiga, repetir no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa)	24.a. CARRO 24.b. VASO 24.c. TIJOLO	(1) Certo (0) Errado <hr/> (1) Certo (0) Errado <hr/> (1) Certo (0) Errado	24.a. <input type="text"/> 24.b. <input type="text"/> 24.c. <input type="text"/>
25. Gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quanto é: (se houver erro, corrija e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se corrigir)	25.a. 100 – 7 _____ 25.b. 93 – 7 _____ 25.c. 86 – 7 _____ 25.d. 79 – 7 _____	(1) Certo (0) Errado <hr/> (1) Certo (0) Errado <hr/> (1) Certo (0) Errado <hr/> (1) Certo	25.a. <input type="text"/> 25.b. <input type="text"/> 25.c. <input type="text"/> 25.d. <input type="text"/>

	25.e. 72 – 7 _____	(0) Errado <hr/> (1) Certo (0) Errado	25.e. 
26. O(a) senhor(a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?	26.a. CARRO	(1) Certo <hr/> (0) Errado	26.a. 
	26.b. VASO	(1) Certo <hr/> (0) Errado	26.b. 
	26.c. TIJOLO	(1) Certo (0) Errado	26.c. 
27. Mostre um relógio e peça ao entrevistado que diga o nome.		(1) Certo (0) Errado	27. 
28. Mostre uma caneta e peça ao entrevistado que diga o nome.		(1) Certo (0) Errado	28. 
29. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (Considere somente se a repetição for perfeita)		(1) Certo (0) Errado	29. 
30. Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar todos os comandos de uma vez só)	30.a. Pega a folha com a mão correta	(1) Certo <hr/> (0) Errado	30.a. 
	30.b. Dobra corretamente	(1) Certo <hr/> (0) Errado	30.b. 
	30.c. Coloca no chão	(1) Certo (0) Errado	30.c. 

<p>31. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrito uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito:</p> <p style="text-align: center;">FECHE OS OLHOS</p>		<p>(1) Certo (0) Errado</p>	<p>31.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>32. Gostaria que o(a) senhor(a) escrevesse uma frase</p> <p style="padding-left: 40px;">de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande.</p>		<p>(1) Certo (0) Errado</p>	<p>32.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>33. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o(a) senhor(a) copiasse, tentando fazer o melhor possível. Desenhar no verso da folha. (Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura com 4 lados ou com 2 ângulos)</p>		<p>(1) Certo (0) Errado</p>	<p>33.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>Escore Total:</p>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

DESENHO:



35. O(a) idoso(a) ou Sr(a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples? (se a pessoa responder que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, ou que só é capaz de assinar o próprio nome, marcar NÃO)

(1) Sim; (2) Não; (97) NS; (98) NA; (99) NR

36. Até que ano da escola o(a) idoso (a) ou Sr(a) estudou?

(1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)

(2) Curso de alfabetização de adultos

(3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)

(4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)

(5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)

(6) Curso superior

(7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor

(97) NS

(98) NA

(99) NR

36.

37. Total de anos de escolaridade: _____

37.

Para considerar o **idoso com alteração cognitiva**, os pontos de corte mediados pela **escolaridade** no presente estudo serão:

- sem escolaridade=> nota < 18 pontos
- 1 a 4 anos de escolaridade => nota < 21
- 5 a 8 anos de escolaridade => nota < 24
- 9 anos ou mais de escolaridade => nota < 26

Depressão - Escala de Cornell de depressão em demência (ECDD)

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o(a) idoso(a) vem se sentindo na **última semana**.

Itens	0 (ausente)	1 (leve ou intermitente)	2

			(intenso ou muito frequente)
A- Sinais relacionados ao humor			
259. Ansiedade (expressão ansiosa, ruminacões, preocupacões) 259. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
260. Tristeza (expressão triste, voz triste, choroso) 260. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
261. Falta de reacão a eventos prazerosos 261. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
262. Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo) 262. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
B- Distúrbios de comportamento			
263. Agitaçã (inquietaçã, agitaçã constante das mãs, puxa o cabelo) 263. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
264. Retardo (movimentos lentos, fala lenta, reacão lenta) 264. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
265. Queixas físicas múltiplas (escore 0 se for apenas gastro intestinal) 265. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
266. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais pontue apenas se a alteraçã ocorrer agudamente, ex. em menos de 1 mês) 266. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
C- Sinais físicos			
267. Perda de apetite (come menos que o usual) 267. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
268. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2Kg em um mês) 268. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
269. Falta de energia (facilmente fadigado, incapaz de sustentar atividades; marque pontos apenas se a alteraçã ocorrer repetidamente, ex. em menos de 1 mês) 269. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
D- Funções cíclicas			
270. Variaçã diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) 270. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
271. Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual para este indivíduo) 271. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
272. Desperta muitas vezes durante o sono 272. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)

273. Desperta precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) 273. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
A- Distúrbio da ideação			
274. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio) 274. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
275. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) 275. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
276. Pessimismo (antecipa o pior) 276. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
277. Delírios congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou perda) 277. <input type="text"/>	(0)	(1)	(2)
Total: 278.			<input type="text"/>