

Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos

Amer Cavalheiro Hamdan
Priscila Hollveg Corrêa

Universidade Federal do Paraná, UFPR
Curitiba, PR, Brasil

RESUMO

Vários estudos têm evidenciado que sintomas depressivos entre idosos estão relacionados com comprometimento de diferentes funções cognitivas, entre elas a memória e as funções executivas. O presente estudo teve por objetivo analisar e comparar padrões de desempenho de idosos com sintomas depressivos em diferentes testes de memória episódica e funções executivas. Participaram do estudo 56 idosos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos: idosos sem sintomas depressivos (n=35) e idosos com sintomas depressivos (n=21). No teste de memória episódica imediata, o grupo dos idosos sem sintomas depressivos apresentou desempenho significativamente melhor do que idosos com sintomas depressivos. Em relação aos testes de funções executivas, a análise estatística não revelou diferenças significativas entre os grupos. Esses dados sugerem que idosos com sintomas depressivos apresentam prejuízos na capacidade de memória episódica, mas sem comprometimento das funções executivas.

Palavras-chave: Idosos; neuropsicologia; memória episódica; funções executivas.

ABSTRACT

Episodic memory and executive functions on elders with depressed symptoms

Researches have shown that depressive symptoms among elderly people are related to the compromising of different cognitive functions, among them memory and executive functions. This study aimed to analyze and compare standards of performance on older with depressed symptoms on different tests of episodic memory and executive functions. The study included 56 individuals, of both gender, divided in two groups: older with out depressed symptoms (n=35) and older with depressed symptoms (n=21). In test of immediate episodic memory, the group of older with out symptoms depressed demonstrated learning significantly better than the older with symptoms depressed. As for the performance on executive functions, the statistical analysis did not reveal significant differences between the groups. This finding suggests that older with depressive symptoms present impairment of episodic memory, however not on executive functions.

Keywords: Elderly; neuropsychology; episodic memory; executive functions.

RESUMEN

Memoria episódica y funciones ejecutivas en ancianos con síntomas depresivos

Varios estudios tienen evidenciado que síntomas depressivos entre ancianos están relacionados con comprometimento de diferentes funciones cognitivas, entre ellas la memoria y las funciones ejecutivas. El presente estudio tuvo por objetivo analizar y comparar padrones de desempeño de ancianos con síntomas depressivos en diferentes pruebas de memoria episódica y funciones ejecutivas. Participaron del estudio 56 ancianos, de ambos sexos, divididos en dos grupos: ancianos sin síntomas depressivos (n=35) y ancianos con síntomas depressivos (n=21). En la prueba de memoria episódica inmediata, el grupo de los ancianos sin síntomas depressivos presentó desempeño significativamente mejor del que ancianos con síntomas depressivos. En relación a las pruebas de funciones ejecutivas, el análisis estadístico no reveló diferencias significativas entre los grupos. Esos datos sugieren que ancianos con síntomas depressivos presentan comprometimiento en la capacidad de memoria episódica, pero sin comprometimiento de las funciones ejecutivas.

Palabras clave: Ancianos; neuropsicología; memoria episódica; funciones ejecutivas.

O processo natural de envelhecimento é caracterizado pelo declínio de diferentes funções cognitivas, como a memória, a aprendizagem e as funções executivas. Em relação à memória, no decorrer dos anos, ocorrem alterações tanto na aquisição quanto na evocação de novas informações (Quevedo, Martins e Izquierdo, 2006). Testes psicológicos medindo aprendizagem demonstraram declínio com a idade (Brucki, 2004). Os problemas de memória e aprendizagem no idoso estão relacionados ao processo de codificação da informação (Camargo, Gil e Moreno, 2006). O declínio do desempenho em testes de memória episódica (memória associada à capacidade de armazenar e evocar eventos) ocorre como parte do processo natural do envelhecimento fisiológico do sistema nervoso central.

As queixas de problemas de memória, muito frequentes na população idosa, podem ser decorrentes de vários fatores, como estresse, sobrecarga de atividades, excesso de medicamentos, entre outros. De acordo com Brucki (2004), transtornos depressivos e ansiosos também podem corroborar para a alta frequência dessas queixas. A ansiedade, de acordo com Barbosa (2003), tende a interferir no processo de atenção, afetando a codificação, o armazenamento e a recuperação da informação.

O termo funções executivas refere-se às habilidades cognitivas envolvidas no planejamento, iniciação, seguimento e monitoramento de comportamentos complexos dirigidos a um fim (Green, 2000; Spreen e Strauss, 1998). Em estudo realizado por Souza, Ignácio, Cunha, Oliveira e Moll (2001), os resultados demonstraram que o desempenho executivo tende a declinar com a idade.

Entre os idosos, a depressão é um transtorno bastante frequente, com taxas de prevalência variando entre 5% e 35%, de acordo com as diferentes formas e gravidade da depressão (Veras, 1994; Vargas, Matsuo e Blay, 2003). O interesse pelo tema, segundo Stoppe Jr (1997), surge não só pelo crescente aumento do percentual de idosos na população, mas principalmente pelas dificuldades encontradas para o diagnóstico e manejo terapêutico desses pacientes. A presença do quadro depressivo na população geriátrica tende a interferir na recuperação e reabilitação de outras doenças, comprometendo em maior grau o funcionamento cognitivo e as atividades de cuidados pessoais (Vargas et al., 2003).

A depressão é uma síndrome psiquiátrica, com alterações no funcionamento biológico, sendo caracterizada por humor deprimido e perda do interesse ou prazer (Vargas et al., 2003). O indivíduo frequentemente tem crises de choro, sente-se desesperançado e infeliz. Até mesmo as atividades antes prazerosas, que costumavam ser seus maiores

interesses, parecem aborrecidas e entediantes. A pessoa deprimida tende a ser passiva e desmotivada, com dificuldades para iniciar ou mesmo manter atividades (Atkinson, Atkinson, Smith e Bem, 1995).

No que se refere aos fatores de risco para a depressão no idoso, Roberts, Kaplan, Shema e Strawbridge (1997) enfatizam não apenas o próprio processo de envelhecimento, mas também problemas da saúde física, incapacidade e isolamento. É justamente nessa faixa etária que o indivíduo idoso se submete obrigatoriamente a um maior número de estressores psicológicos e sociais; ocorre a perda de papéis produtivos, a saída dos filhos (do convívio diário) e a vivência de inevitáveis lutos (Forlenza, 1997). Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados, bem como a vivência de numerosas perdas (do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho) são fatores que comprometem a qualidade de vida, predispondo o idoso ao desenvolvimento de depressão (Stella, Gobbi, Corazza e Costa, 2002).

Embora com prevalência elevada entre as doenças clínicas gerais, a depressão não tem sido adequadamente diagnosticada e tratada. Muitas vezes, os sintomas depressivos são pouco valorizados, sendo confundidos com a própria doença clínica geral ou como uma consequência “normal” do envelhecimento (Stella et al., 2002). Vargas et al. (2003) alertam para o fato de que os sintomas depressivos em idosos continuam sendo subdiagnosticados. Uma das razões é a própria exacerbação de outras enfermidades médicas ou mesmo a ênfase dada aos sintomas somáticos em detrimento do humor deprimido. Perda do apetite, perturbações no sono, cansaço e perda de energia são sintomas físicos bastante notórios e característicos (Atkinson et al., 1995). Queixas de dores também são frequentes, especialmente dores crônicas, induzindo alguns médicos a extensas avaliações laboratoriais e prescrição de medicamentos (Tavares Jr, 1989).

Além dos sintomas comuns, a depressão no idoso costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, alterações do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento suicida. Destacam-se ainda sintomas cognitivos como diminuição da capacidade intelectual, lentificação do raciocínio, alterações de sequenciação visuo-espacial e dificuldades de concentração e memória (Stoppe Jr., 1997; Stella et al., 2002; Rozenthal, Laks e Engelhardt, 2004).

Essa dificuldade para concentrar a atenção acaba interferindo em tarefas simples do dia-a-dia, como, por exemplo, na leitura de um jornal ou livro devocional. Muitos pacientes relatam dificuldades com a leitura, tendo que reler várias vezes um mesmo trecho para

conseguir compreender seu significado. Há dificuldade para seguir a seqüência de um programa de televisão, ou mesmo uma conversa feita por outros (Tavares Jr, 1989).

Em pacientes com Depressão Maior, estudos sugerem um desempenho deficitário, principalmente, em testes que avaliam funções executivas, com escores rebaixados em provas de fluência verbal, planejamento, atenção dividida e atenção inibitória. O comprometimento das funções executivas é seguido pelos déficits de memória, déficits atencionais e queda na velocidade de processamento (Ávila e Bottino, 2006). Enquanto processos automáticos permanecem intactos, esses pacientes apresentam dificuldades em tarefas complexas que demandam envolvimento do córtex pré-frontal, como tarefas de atenção e intenção (Elderkin-Thompson et al., 2003).

Todas essas alterações, no entanto, devem ser bem investigadas, uma vez que são freqüentes também em estágios iniciais de demência. De acordo com Bottino, Cid e Camargo (1997), a demência, inicialmente, pode sobrepor-se ou mesmo confundir-se com outros quadros, como os depressivos, dificultando seu diagnóstico. Nesses casos, exames periódicos constituem valor fundamental.

Em testes de memória, apesar da capacidade de aprendizagem diminuída, pacientes em depressão, diferentemente daqueles com demência, costumam lembrar dos primeiros e últimos itens de uma lista, melhorando seu desempenho com o aumento de repetições (Ávila e Bottino, 2006; Hart, Kwentus, Taylor e Harkins, 1987). Além disso, conseguem armanezar a informação e evocá-la após intervalo (Hart et al., 1987). Sendo assim, testes de memória verbal e de evocação tardia (com palavras ou objetos do dia-a-dia) constituem ótimos instrumentos para diferenciar os dois grupos, principalmente quando há uma tarefa de distração entre a evocação imediata e a tardia (Lachner e Enger, 1994).

Pacientes em depressão devem ser encaminhados a um tratamento típico, incluindo a prescrição de medicamentos antidepressivos e/ou psicoterapia. Resolvendo-se o problema da depressão, os déficits cognitivos costumam desaparecer (Izquierdo, 2002; Hogan, 2006). De acordo com Roberts et al. (1997), melhoria do suporte social somada a estratégias de tratamento com ênfase nas dietas, exercícios físicos e mudanças de hábitos levariam a uma redução na prevalência e no impacto da depressão.

O presente estudo teve por objetivo analisar e comparar padrões de desempenho de idosos com e sem sintomas depressivos nos testes de memória episódica e funções executivas. A hipótese inicial para este estudo foi a de que os sintomas depressivos

tendem a interferir negativamente, ocasionando um desempenho deficitário especialmente nas tarefas que exigem memória e funções executivas.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 56 indivíduos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos: idosos sem sintomas depressivos (n=35) e idosos com sintomas depressivos (n=21). Essa amostra foi selecionada a partir de uma triagem de 70 indivíduos submetidos a uma avaliação neuropsicológica. Embora todos os idosos tenham sido avaliados, 14 deles não foram considerados neste estudo, uma vez que não se enquadraram em nenhum dos possíveis grupos. As principais causas de exclusão foram: histórico de alcoolismo, alterações neurológicas, presença de doenças endócrinas e utilização prolongada de medicamentos psicoativos.

Foram incluídos no estudo idosos com mais de 55 anos, submetidos à avaliação neuropsicológica por apresentarem queixas subjetivas de problemas de memória. Os dois grupos foram diferenciados apenas pela presença ou ausência de sintomas depressivos. Os critérios de exclusão para os dois grupos foram: 1) idade abaixo de 55 anos; 2) presença de déficit visual ou auditivo não corrigido; 3) histórico de alcoolismo ou exposição a toxinas; 4) uso crônico de medicamentos psicoativos (benzodiazepínicos, neurolépticos, etc); 5) presença de anormalidades endócrinas ou metabólicas; 6) alterações neurológicas (parkinsonismo, traumatismo crâneo-encefálico, doença cerebrovascular, etc); 7) distúrbios psiquiátricos (distúrbios de ansiedade, distúrbios de pensamento, etc) e 8) indivíduos analfabetos.

Para a inclusão no grupo de idosos com sintomas depressivos, levou-se em conta dois critérios: Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e utilização de antidepressivos. Participantes que obtiveram pontuação igual ou maior que 5 na GDS-15 (Sheikh e Yesavage, 1986) foram incluídos no grupo de idosos com sintomas depressivos, assim como aqueles sem pontuação suficiente na escala, mas que utilizavam antidepressivo há mais de um ano. Os indivíduos que já utilizaram medicamentos antidepressivos, mas que por algum motivo interromperam o tratamento há menos de seis meses, também foram incluídos nesse grupo.

Instrumentos

Instrumentos para triagem e constituição dos grupos: *Entrevista Neuropsicológica Estruturada*: instrumento elaborado para levantar informações gerais, tais como dados pessoais, estado geral de saúde, hábitos de leitura, escrita, atividades físicas e sociais (APA, 1998; Green,

2000); *Observação Comportamental*: procedimento de avaliação do estado mental (Trzepacs e Baker, 1993); *Escala de Depressão Geriátrica (GDS)*: instrumento utilizado para avaliar o estado afetivo atual do sujeito, diferenciando os indivíduos com e sem sintomas de depressão (Yesavage et al., 1983). Utilizou-se a forma reduzida de quinze questões (Sheikh e Yesavage, 1986), identificando sintomas de depressão e fatores de risco. O ponto de corte utilizado para determinar a presença de sintomas depressivos foi de 5 pontos, sendo pontuação menor que 05 = normal; pontuação entre 05 e 10 = depressão leve e pontuação acima de 11 = depressão grave; *Miniexame do Estado Mental (MEEM)*: instrumento empregado para rastrear a presença ou não de comprometimento cognitivo (Folstein, M. F., Folstein, S. E. e McHugh, 1975); *Questionário de Atividades Funcionais (Pfeffer)*: instrumento utilizado para avaliar as atividades funcionais do paciente, evidenciando seu desempenho em atividades frequentes ou mesmo diárias (Pfeffer, Kurosaki, Harmash, Chance e Filos, 1982).

Instrumentos para memória episódica verbal: *Teste de Recordação de Palavras Imediata (Repai)* e o *Teste de Recordação de Palavras Tardia* (com intervalo), ambos retirados da Bateria ADAS-COG (adaptado por Schultz, Siviero e Bertolucci, 2001). A pontuação é dada pelo número total de palavras recordadas nos três ensaios realizados (Repai) e pelo número de palavras recordadas após tarefa distratora. Foram empregados os pontos de corte propostos por Bertolucci et al. (2001). O Repai e Repat foram utilizados como medidas de aquisição e recuperação da memória episódica verbal; *Teste de Reconhecimento de palavras*: utilizando-se de uma lista com 20 palavras, pede-se que o participante diferencie aquelas palavras aprendidas anteriormente de outras palavras novas. A pontuação é dada pelo número de palavras corretamente reconhecidas.

Instrumentos para avaliação das funções executivas: *Geração Aleatória de Números (RNG)*: consiste em solicitar ao participante que fale em voz alta, aleatoriamente, números de 01 a 10. A pontuação é dada pelo índice de Evans (Hamdan, Souza e Bueno, 2004); *Teste do Desenho do Relógio (TDR)*: empregado para avaliar as habilidades visuo-espaciais e funções executivas (Cahn, Salmon e Monsch, 1996). Utilizou-se a pontuação proposta originalmente por Sunderland et al. (1989); *Trail Making Test (TMT)*: um dos testes neuropsicológicos mais utilizados e sensíveis à disfunção cerebral e funções executivas (Spreen e Strauss, 1998). Avalia a capacidade de manutenção do engajamento mental, rastreamento visual, destreza motora, memória operacional, flexibilidade mental e capacidade inibitória (Lezak, Howieson e Loring,

2004). Na forma A, apresentam-se ao sujeito círculos com números de 1 a 25, impressos numa folha, que devem ser ligados em ordem crescente. Na forma B, estão impressos números e letras que o sujeito deve ligar alternadamente. A pontuação é dada pelo tempo gasto para completar a tarefa (Spreen e Strauss, 1998); *Fluência Verbal Semântica*: aplicado utilizando a categoria animais. O teste consiste em solicitar ao sujeito que fale o maior número de animais de que se recorde, durante 1 minuto. A pontuação é dada pelo número de palavras citadas (Spreen e Strauss, 1998); *Fluência Verbal Fonológica*: consiste em solicitar ao sujeito que recorde de palavras iniciadas com as letras F, A e S, com exceção daquelas que constituem nomes próprios (como nomes de pessoa, cidade, estado e país). Para cada letra é destinado o tempo de 1 minuto. A pontuação é dada pelo número de palavras recordadas em cada letra e pela soma de todas as palavras recordadas nas três letras (Spreen e Strauss, 1998).

Procedimentos

Inicialmente, realizou-se uma triagem dos sujeitos participantes da pesquisa mediante Entrevista Neuropsicológica Estruturada, Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Miniexame do Estado Mental (MEEM), Questionário de Atividades Funcionais (Pfeffer). Com esses procedimentos, participantes que não preencheram os critérios previamente estabelecidos foram excluídos do estudo. A Entrevista Neuropsicológica Estruturada e o Exame do Estado Mental foram empregados para investigar e detectar possíveis causas de alterações cognitivas (foram identificados casos de demência vascular, histórico de alcoolismo, alterações de humor, etc). Empregamos o ponto de corte de 24 pontos no MEEM para excluir os indivíduos com comprometimento cognitivo. Posteriormente, foram aplicados os testes de Recordação de Palavras Imediata (Repai) e de Recordação de Palavras Tardia (Repat). Nos dois grupos do estudo foram incluídos participantes que obtiveram desempenho acima dos pontos de corte pré-estabelecidos. Após entrevista e aplicação dos testes de triagem, foram aplicados os testes para avaliação das funções executivas.

Sessões individuais foram realizadas com duração em torno de 90 minutos. O número de sessões variou de uma a duas, dependendo das características individuais. Antes do início da investigação e coleta de dados, todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Após leitura e esclarecimento, assinaram o Termo de Consentimento de Participação, previamente aprovado pelo comitê de ética institucional.

Análise estatística

Considerou-se como variáveis independentes as amostras de idosos com e sem sintomas depressivos; e como variáveis dependentes o desempenho nos testes neuropsicológicos de memória episódica e funções executivas. Na análise descritiva dos resultados, utilizamos as medidas de tendência central (média), separatrizes (mediana) e de dispersão (desvio padrão). Para a análise inferencial, empregamos provas não-paramétricas (Mann-Whitney) para comparar o desempenho entre os grupos. O valor *p* foi estabelecido para cada teste e a hipótese nula foi rejeitada ao nível de significância de $\alpha=5\%$.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características da distribuição dos grupos com e sem sintomas depressivos em relação à idade e à escolaridade. A Tabela 1 apresenta também as médias, desvio-padrão e medianas dos testes utilizados na triagem. No que se refere à estatística inferencial dos dados, o teste Mann-Witney não apontou diferenças significativas quanto à idade e escolaridade dos dois grupos. O teste Mann-Whitney, conforme esperado, revelou diferenças estatisticamente significantes apenas em relação ao GDS.

Em relação aos testes específicos para memória episódica (Figura 1), o grupo dos idosos sem sintomas depressivos apresentou aprendizado significativamente melhor ($U=218$; $p=0,020$), conseguindo armazenar um maior número de palavras (Repai). Essa mesma diferença, no entanto, não foi observada nas Tarefas Repat ($U=280,5$; $p=0,215$) e no teste de reconhecimento ($U=299,5$; $p=0,170$).

A Tabela 2 apresenta as médias, desvio-padrão e medianas dos testes de funções executivas. O teste Mann-Whitney não revelou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos em todos os testes utilizados. Embora o grupo de idosos com sintomas depressivos tenha necessitado de um maior tempo para conclusão das tarefas, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

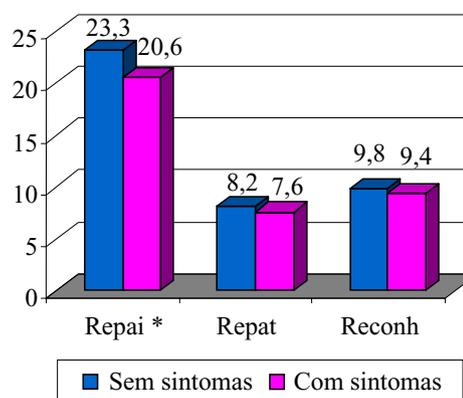
O presente estudo analisou e comparou padrões de desempenho de idosos com e sem sintomas depressivos em diferentes testes de funções executivas e memória episódica. A hipótese inicial foi que a depressão tende a interferir negativamente, ocasionando um desempenho deficitário especialmente nas tarefas de funcionamento executivo e memória episódica.

Dos 56 participantes avaliados, 37,5% apresentaram sintomas depressivos evidenciados tanto pela pontuação

TABELA 1
Características Demográficas e desempenho nos testes de triagem dos grupos de idosos com e sem sintomas depressivos

	Sem sintomas (n=35) M±DP (Md)	Com sintomas (n=21) M±DP (Md)	U	p
Idade	64,9±6,8 (65)	66,1±8,1 (63)	973,5	0,6984
Escolaridade	12,5±4,9 (11)	10,5±5,4 (11)	282	0,143
Sexo (M/F)	6/29	2/19		
GDS	1,7±1,1 (2)	6,4±3,0 (6)	676	0,001*
MEEM	27,9±1,6 (28)	26,9±2,4 (27)	281,5	0,134
Pfeffer	0,8±1,1 (0)	1,5±1,4 (2)	274	0,091

M = média; DP = desvio-padrão; Md = mediana; M = masculino; F = feminino, GDS = Escala de Depressão Geriátrica; MEEM = Miniexame do Estado Mental; SubReconh = Subteste Reconhecimento; Pfeffer = Questionário de Atividades Funcionais. * Idosos sem sintomas ≠ idosos com sintomas depressivos.



Repai = Recordação de Palavras Imediata; Repat = Recordação de Palavras Tardia; Reconh = Reconhecimento. * Idosos sem sintomas ≠ idosos com sintomas depressivos.

Figura 1 – Desempenho dos grupos com e sem sintomas depressivos nos principais testes de memória.

TABELA 2
Desempenho nos testes de funções executivas dos grupos de idosos com e sem sintomas depressivos

	Sem sintomas M±DP (Md)	Com sintomas M±DP (Md)	U	p
TDR	9,3±1,0 (10)	8,9±1,3 (9)	191	0,234
RNG	0,33±0,05 (0,34)	0,32±0,05 (0,31)	259	0,147
TRIA	62,8±20,4 (65)	83,7±48,1 (75)	177,5	0,156
TRIB	122,8±45,4 (117,5)	173,9±102,3(153)	176,5	0,150
TRIBA	60±31,1 (59,5)	90,2±70,7 (67)	188,5	0,246
Fvani	16,9±3,5 (16)	16,2±4,8 (16)	214	0,573
Fvlef	13,1±3,9 (13)	11,8±5,4 (10)	192,5	0,285
Fvlea	12,5±4,8 (12)	11,1±4,7 (10)	196,5	0,330
Fvles	13,4±4,5 (13)	11,4±5,2 (10)	156	0,054
Fvfas	39,0±11,8 (38,5)	34,3±14,1 (33)	176,5	0,150

M = média; DP = desvio-padrão; Md = mediana; TDR = Teste do Desenho do Relógio; RNG = Random Number Generation; TRIA = Trail Making Test Forma A; TRIB = Trail Making Test Forma B; TRIBA = Trail Making Test forma B – A; Fvani = Fluência verbal animais; Fvlef = Fluência verbal letra F; Fvlea = Fluência verbal letra A; Fvles = Fluência verbal letra S; Fvfas = Fluência verbal (soma) letras FAS.

na GDS, como pelo uso crônico e constante de medicamento antidepressivo. Esses dados corroboram evidência encontrada na literatura de que a depressão é uma doença de incidência elevada entre os idosos (Veras, 1994; Vargas et al., 2003). Fato que, possivelmente, ocorre devido à percepção crescente de incapacidades e a vivência de numerosas perdas significativas, tanto produtivas como sociais (Izquierdo, 2002).

Em relação à memória episódica, o grupo de idosos sem sintomas depressivos diferiu significativamente dos idosos com sintomas apenas em relação à Tarefa de Recordação de Palavras Imediata (Repai), apresentando um melhor desempenho e recordando-se de um maior número de palavras. Esse fato evidencia dificuldades para os deprimidos no armazenamento e na codificação de informações. Os resultados encontrados confirmam os relatos na literatura de que idosos com sintomas depressivos apresentam dificuldades de concentração e memória. Em estudo apresentado por Barker, Jones e Jennison (1995), quadros depressivos e ansiosos foram associados significativamente com queixas de problemas de memória. Déficits de memória aparecem não apenas em indivíduos cansados ou sobrecarregados, mas também naqueles desconcentrados ou mesmo sob estresse (Crook, Bartus e Ferris, 1986).

As dificuldades de memória em idosos com sintomas depressivos podem estar relacionadas aos déficits atencionais. Muitos déficits nas tarefas neuropsicológicas, de acordo com Green (2000), estão associados à diminuição no processamento da informação, nos processos atencionais e na flexibilidade cognitiva. Rozenhal (2006) ressalta que os sintomas depressivos ou mesmo a utilização constante de medicação estão relacionados com a manifestação da fadiga e da sonolência, que afetam o nível atencional e prejudicam o desempenho do indivíduo frente aos testes.

Embora com desempenho deficitário nos testes de memória, pacientes com sintomas depressivos costumam lembrar dos primeiros e últimos itens de uma lista, melhorando com o aumento do número de repetições. As palavras codificadas e armazenadas tendem a ser recordadas sem maiores dificuldades (Ávila e Bottino, 2006). Os resultados obtidos nesse estudo estão de acordo com tais afirmações, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas em relação às Tarefas Repat e Reconhecimento. Uma vez que as palavras foram aprendidas, a recuperação das palavras se manteve estável para ambos os grupos, não apresentando déficits significativos após distração e intervalo de tempo (Repat). No teste de Reconhecimento, tanto idosos com como idosos sem sintomas depressivos se beneficiaram de pistas, conseguindo diferenciar, em meio a estímulos distratores, palavras anteriormente aprendidas.

Embora Ávila e Bottino (2006) apontem prejuízos nas funções executivas em idosos com sintomas depressivos, esses achados não foram observados nos participantes do presente estudo. Apesar do maior tempo despendido pelo grupo com sintomas depressivos na resolução das tarefas, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Os resultados encontrados sugerem que idosos com sintomas depressivos apresentam uma certa integridade dos processos executivos.

De acordo com Rozenhal et al. (2004), déficits da capacidade de sustentação e alternância da atenção e de lentificação motora estão relacionados com a gravidade dos sintomas depressivos, sendo mais intensos em pacientes que necessitam de internação. Parece haver um consenso na literatura de que quanto mais graves os sintomas depressivos, pior é o desempenho cognitivo (Ávila e Bottino, 2006). Esse fato, provavelmente, pode explicar o bom desempenho do grupo com sintomas depressivos nos testes que avaliam a flexibilidade e o engajamento mental, uma vez que os idosos avaliados, embora com prevalência de sintomas depressivos, podem ser classificados como sintomas leves, que não ocasionam maiores prejuízos à cognição.

Estudos na literatura também têm demonstrado que o desempenho executivo é facilitado pela escolaridade (Souza et al., 2001). No presente estudo, tanto idosos com e sem sintomas depressivos apresentaram nível de escolaridade relativamente alto, com 10 anos ou mais de estudo, o que pode ter influenciado o desempenho nos testes de funções executivas. Esse fato pode explicar também as diferenças no desempenho nos testes de funções executivas em relação a outros estudos (Hamdan e Bueno, 2005). Há forte evidência de que indivíduos com alta escolaridade apresentam um melhor desempenho em testes neuropsicológicos (Mitrushina, Boone, Razani e D'Elia, 2005).

De acordo com Ávila e Bottino (2006), as diferenças de desempenho nos testes de funções executivas também dependem da complexidade do teste e do quanto eles demandam das funções cognitivas. Nesse sentido, o bom desempenho dos dois grupos pode ter ocorrido também pelas características dos próprios instrumentos utilizados. Tanto o TDR, como o TMT, são instrumentos relativamente simples, de fácil aprendizado e adaptação. Provavelmente ao se utilizar instrumentos mais complexos, diferenças maiores entre os idosos com e sem sintomas depressivos poderiam ser observadas. Os déficits executivos, de acordo com Elderkin-Thompson et al. (2003), ocorrem principalmente em tarefas complexas que demandam um maior envolvimento do córtex pré-frontal.

CONCLUSÃO

Em síntese, o presente estudo teve por objetivo comparar o desempenho de idosos com sintomas depressivos com idosos sem sintomas depressivos em testes de funções executivas e memória episódica. Os resultados revelaram diferenças significativas entre os grupos apenas no teste de memória imediata, evidenciando dificuldades, por parte dos idosos com sintomas depressivos, quanto à aquisição e codificação de informações, confirmando relatos na literatura. Nos testes de funções executivas, não foram encontradas diferenças significativas. Diferentemente da hipótese inicial, os idosos com sintomas depressivos, quando comparados aos idosos sem sintomas depressivos, também apresentaram bom desempenho em tarefas de planejamento e flexibilidade cognitiva. O bom desempenho nos testes de funções executivas, nos idosos com sintomas depressivos, pode ter ocorrido devido ao alto nível de escolaridade dos participantes, pelas características dos instrumentos utilizados, que exigem pouca demanda dessas funções e, provavelmente, também pela presença de sintomas depressivos leves na amostra investigada.

O desempenho de idosos com e sem sintomas depressivos, tanto nos testes de memória episódica quanto nos de funções executivas, no presente estudo, podem constituir parâmetros confiáveis para futuras pesquisas e estudos na área. Diante da hipótese de que, quanto mais grave os sintomas depressivos, pior o desempenho cognitivo, sugere-se novos estudos, com maior número de participantes, separando os grupos por intensidade de sintomas (leve, moderada, grave), controlando o nível de escolaridade, para que os dados encontrados sejam corroborados.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association—APA (1998). Presidential Task Force on the assessment of Age-consistent Memory Decline and Dementia: Guidelines for the evaluation of dementia and age-related cognitive decline. *American Psychological*, 53, 1298-1303.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., & Bem, O. J. (1995). Psicologia do anormal. In: *Introdução à psicologia* (pp. 486-502). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ávila, R., & Bottino, C. M. C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. São Paulo, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 4, 316-320.
- Barbosa, C. (2003). As implicações de ansiedade na memória de adultos. In Brandão et al. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação*, v. 12 (1ª ed.). Santo André: Esetec Editores Associados. pp. 120-125.
- Barker, A., Jones, R. & Jennison, C. (1995). A prevalence study of age-associated memory impairment. *British Journal of Psychiatry*, 167, 642-648.
- Bertolucci, P. H. F., Okamoto, I. V., Brucki, S. M. D., Siviero, M. O., Toniolo Neto, J., & Ramos, L. R. (2001). Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59, 3-A, 532-536.
- Bottino, C. M. C., Cid, C. G., & Camargo, C. H. P. (1997). Avaliação Neuropsicológica. In Forlenza, O. V., & Almeida, O. P. (Orgs.). *Depressão e Demência no Idoso – Tratamento Psicológico e Farmacológico* (pp. 121-140). São Paulo: Lemos.
- Brucki, S. M. D. (2004). Envelhecimento e Memória. In Andrade, V. M., Santos, F. H., & Bueno, O. F. A. (Orgs.). *Neuropsicologia hoje* (pp. 389-402). São Paulo: Artes Médicas.
- Cahn, D., Salmon, D., & Monsch, A. (1996). Screening for dementia of the Alzheimer type in the community: the utility of the Clock Drawing Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 529-539.
- Camargo, C. H. P., Gil, G., & Moreno, M. D. P. (2006). Envelhecimento normal e cognição. In Bottino, C. M. C., Laks, J., & Blay, S. L. *Demência e transtornos cognitivos em idosos* (pp. 13-22). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Crook, T., Bartus, R. T., Ferris, S. H. et al. (1986). Age Associated Memory Impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change: report of a National Institute Of Mental Health Work Group. *Developmental Neuropsychology*, 2, 261-276.
- Elderkin-Thompson, V., Kumar, A., Bilker, W. B., Dunkin, J. J., Mintz, J., Moberg, P. J., Mesholam, R. I., & Gur, R. E. (2003). Neuropsychological deficits among patients with late-onset minor and major depression. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 5, 529-549.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Forlenza, O. V. (1997). Fatores de risco associados à morbidade psiquiátrica em idosos. In Forlenza, O. V., & Almeida, O. P. (Orgs.). *Depressão e demência no idoso – Tratamento psicológico e farmacológico* (pp. 25-46). São Paulo: Lemos Editorial.
- Green, J. (2000). *Neuropsychological evaluation of the older adult: a clinician's guidebook*. San Diego: Academic Press.
- Hamdan, A. C., & Bueno, O. F. A. (2005). Relações entre controle executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. *Estudos de Psicologia*, 10, 1, 63-71.
- Hamdan, A. C., Souza, J. A., & Bueno, O. F. A. (2004). Performance of university students on Random Number Generation at different rates to evaluate Executive Functions. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62, 1, 58-60.
- Hart, R. P., Kwentus, J. A., Taylor, J. R., & Harkins, S. W. (1987). Rate of forgetting in dementia and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 1, 101-105.
- Hogan, T. P. (2006). Avaliação Neuropsicológica. In Hogan, T. P. *Introdução à prática de testes neuropsicológicos* (pp. 292-318). Rio de Janeiro: LTC.
- Izquierdo, I. (2002). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.
- Lachner, G., & Enger, R. R. (1994). Differentiation of dementia and depression by memory tests: a meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 182, 1, 34-39.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Mitrushina, M., Boone, K. B., Razani, J., & D'Elia, L. F. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harmash Jr, C. H., Chance, J. M., & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37, 3, 323-329.

- Quevedo, J., Martins, M.R., & Izquierdo, I. (2006). Alterações Cerebrais e Memória. In Bottino, C.M.C., Laks, J., & Blay, S.L. (Orgs.). *Demência e transtornos cognitivos em idosos* (pp. 3-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *Journal Psychiatry*, 154, 10, 1384-1390.
- Rozenthal, M. (2006). Testes neuropsicológicos e o diagnóstico de demência. In Bottino, C.M.C., Laks, J., & Blay, S.L. (Orgs.). *Demência e transtornos cognitivos em idosos* (pp. 86-95). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, 2, 204-212.
- Schultz, R.R., Siviero, M.O., & Bertolucci, P. H. F. (2001). The cognitive subscale of the "Alzheimer's disease assessment scale" in a Brazilian sample. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34, 10, 1295-1302.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In Brink, T. L. (Org.). *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York: The Haworth Press.
- Souza, R.O., Ignácio, F.A., Cunha, F.C.R., Oliveira, D.L. G., & Moll, J. (2001). Contribuição à neuropsicologia do comportamento executivo. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59, 3, 526-531.
- Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. New York: Oxford University Press.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D.I., & Costa, J.L.R. (2002). Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8, 3, 91-98.
- Stoppe Jr, A. (1997). Características clínicas da depressão em idosos. In Forlenza, O. V., & Almeida, O.P. (Orgs.). *Depressão e demência no idoso – Tratamento psicológico e farmacológico* (pp. 47-68). São Paulo: Lemos Editorial.
- Sunderland, T., Hill, J.L., Melow, A.M., Lawlor, B.A. Gundersheimer, J., Newhouse, P. A., & Grafman, J. H. (1989). Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 8, 725-729.
- Tavares Jr, A.R. (1989). Sinais e Sintomas em Psicogeriatría. In Guimarães, R.M., & Cunha, U.G.V. (Orgs.). *Sinais e sintomas em geriatria* (pp. 59-105). Rio de Janeiro: Revinter.
- Trzepacz, P.T., & Baker, R.W. (1993). *The psychiatric mental status*. New York: Oxford University Press.
- Vargas, H.O., Matsuo, T., & Blay, S.L. (2003). Diagnóstico de depressão no idoso. In Brandão et al. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação*, vol. 12 (1ª ed.): (pp. 296-303). Santo André: Esetec Editores Associados.
- Veras, R.P. (1994). *Pais jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 1, 37-49.

Recebido em: 28/04/2008. Aceito em: 27/02/09.

Autores:

Priscila Hollveg Corrêa – Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Paraná, UFPR. Atua principalmente nas seguintes áreas: Avaliação Neuropsicológica, Envelhecimento e Doença de Alzheimer.
 Amer Cavalheiro Hamdan – Doutor em Psicobiologia. Professor Adjunto no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná, UFPR.

Endereço para correspondência:

Amer Cavalheiro Hamdan
 Rua Paulo Friebe, 265 – Bairro Alto
 CEP 82820-420, Curitiba, PR, Brasil
 E-mail: achamdan@ufpr.br