

ARTIGO ORIGINAL

Transtorno depressivo recorrente e desempenho cognitivo em idosos: um estudo de caso controle

Recurrent depressive disorder and cognitive performance in the elderly: a case-control study

Trastorno depresivo recorrente y rendimiento cognitivo en ancianos: un estudio de casos y controles

Alceu Valentino Panini¹

orcid.org/0000-0002-9726-0954

alceupanini@yahoo.com.br

Vanessa Sgnaolin¹

orcid.org/0000-0002-9914-7146

vanessa.sgnaolin@pucrs.br

Paula Engroff¹

orcid.org/0000-0002-3639-545X

paula.engroff@pucrs.br

Alfredo Cataldo Neto¹

orcid.org/0000-0002-8082-1866

cataldo@pucrs.br

Recebido em: 30 jan. 2024.

Aprovado em: 27 fev. 2024.

Publicado em: 19 abril 2024.

Depressão recorrente e cognição em idosos

Resumo

Objetivo: identificar as variações dos escores de domínios cognitivos examinando sua relação com transtorno depressivo recorrente (TDR) em idosos.

Métodos: estudo observacional transversal com amostra de 54 idosos que encontraram critérios TDR e foram pareados por sexo, idade e escolaridade com um grupo controle. Entre julho de 2015 a julho 2016 foram coletados dados sociodemográficos e realizada entrevista psiquiátrica estruturada (MINI-PLUS), escala de depressão geriátrica reduzida (GDS-15) e escala de avaliação cognitiva (ACE-R).

Resultados: dos 54 idosos com TDR, 48 eram do sexo feminino (88,9%) e 6 do sexo masculino (11,11%). A média de idade encontrada foi de 68,2 anos (DP ± 6,0). A maioria era casada (31,5%), da cor branca (74,1%), católica (66,7%) e recebia até um salário mínimo mensal (57,4%). A pontuação média total encontrada da ACE-R foi para os casos 63,80 pontos (DP ± 18,55) e controles 64,44 pontos (DP ± 19,1). A média do escore Miniexame do Estado Mental para os casos foi de 23,0 (DP± 4,2) e os controles 23,6 (DP± 4,9).

Conclusões: não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios cognitivos entre os grupos com e sem depressão recorrente.

Palavras-chave: depressão, cognição, idoso.

Abstract

Objective: to identify variations in cognitive domain scores by examining their relationship with recurrent depressive disorder (RDD) in the elderly.

Methods: cross-sectional observational study, with a sample of 54 elderly people who met TDR criteria and were matched by sex, age and education with a control group. Between July 2015 and July 2016, sociodemographic data were collected and a structured psychiatric interview (MINI-PLUS), reduced geriatric depression scale (GDS-15) and cognitive assessment scale (ACE-R) were carried out.

Results: of the 54 elderly people with TDR, 48 were female (88.9%) and 6 were male (11.11%). The average age found was 68.2 years (SD ± 6.0). The majority were married (31.5%), white (74.1%), Catholic (66.7%) and received up to the minimum wage per month (57.4%). The total average ACE-R score found for cases was 63.80 points (SD ± 18.55) and controls 64.44 points (SD ± 19.1). The mean Mini Mental State Examination score for cases was 23.0 (SD± 4.2) and controls 23.6 (SD± 4.9).

Conclusions: no statistically significant differences were found in the cognitive domains between the groups with and without recurrent depression.

Keywords: depression, cognition, aged.

Resumen

Objetivo: identificar variaciones en las puntuaciones de dominio cognitivo y exa-



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

minar su relación con el trastorno depresivo recurrente (TDR) en ancianos.

Métodos: se trató de un estudio observacional transversal con una muestra de 54 ancianos que cumplían criterios de TDR y fueron emparejados por sexo, edad y escolaridad con un grupo de control. Se recogieron datos sociodemográficos entre julio de 2015 y julio de 2016 y se realizó una entrevista psiquiátrica estructurada (MINI-PLUS), escala reducida de depresión geriátrica (GDS-15) y escala de evaluación cognitiva (ACE-R).

Resultados: de los 54 ancianos con TDR, 48 eran mujeres (88,9%) y 6 hombres (11,1%). La edad media era de 68,2 años (DE \pm 6,0). La mayoría estaban casados (31,5%), eran blancos (74,1%), católicos (66,7%) y ganaban hasta un salario mínimo mensual (57,4%). La puntuación media total del ACE-R fue de 63,80 puntos (DE \pm 18,55) para los casos y de 64,44 puntos (DE \pm 19,1) para los controles. La puntuación media del Mini-Mental State Examination fue de 23,0 (DE \pm 4,2) en los casos y de 23,6 (DE \pm 4,9) en los controles.

Conclusiones: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dominios cognitivos entre los grupos con y sin depresión recurrente.

Palabras clave: depresión, cognición, anciano.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e dinâmico da demografia moderna e, nas últimas décadas, a expectativa de vida aumentou globalmente devido às melhores condições de vida, avanços na medicina e tecnologia. Com isso, as previsões mostram que a população idosa continua crescendo.¹ Em 2022, segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa alcançou 22 milhões de brasileiros. A previsão para 2060 é que a marca seja de 58 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade.²

Na população idosa, os transtornos neuropsiquiátricos estão longe de serem homogêneos³, sendo mais frequentes os transtornos depressivos e as síndromes demenciais. Hoje se reconhece, com base em observações e evidências científicas, que os distúrbios cognitivos são uma característica central do quadro clínico da depressão e não devem ser considerados meramente secundários a ele; além disso, estão entre as principais causas de prejuízo funcional em idosos deprimidos.⁴

Existem diversos tipos de transtornos depressivos, apesar do desconhecimento das subdivisões que estes podem ser identificados. Deste modo, faz-se necessário compreender,

primeiramente, que o transtorno depressivo é uma doença psiquiátrica crônica, cujos principais sintomas são tristeza profunda, além de ausência de ânimo, mudança de apetite ou rotina de sono, oscilações de humor, dentre outros.

Neste contexto, os transtornos depressivos podem ser classificados em: transtorno depressivo menor; transtorno depressivo maior; transtorno depressivo recorrente; depressão pós-parto; depressão sazonal; dentre outros.

Esta pesquisa, apresenta como recorte de estudo a população idosa, tendo como questão compreender o transtorno depressivo recorrente e o desempenho cognitivo. Para isso, é importante saber que o Transtorno Depressivo Recorrente (TDR), é um transtorno mental caracterizado pela presença de episódios de depressão distintos ao longo do tempo. É um transtorno onde a pessoa experimenta episódios depressivos maiores, que podem durar semanas, meses ou, até mesmo, anos, seguidos por períodos de remissão.

Considerando que o transtorno depressivo recorrente é comum em todo o mundo, afetando cerca de 5% a 6% da população global, independentemente de idade, gênero e origem étnica, fica claro que este estudo é relevante. Isso se deve ao fato de que o TDR apresenta maior cronicidade por pelo menos dois anos, caracterizando-se como persistente ou intermitente. A incidência dessa condição também pode variar ao longo do tempo e em diferentes regiões. Estudos indicam que mulheres têm uma maior prevalência de transtorno depressivo recorrente em comparação aos homens.⁵

A literatura reconhece que os transtornos depressivos comprometem a função cognitiva, especialmente na população idosa, o que inclui déficits em vários domínios, tais como atenção, funções executivas, memória e velocidade de processamento.⁶

Deve-se explorar e estudar as funções cognitivas no transtorno depressivo recorrente (TDR), buscando traçar os domínios cognitivos que especificamente se relacionam e preveem a severidade da depressão. Portanto, o objetivo do presente estudo visa identificar as variações

dos escores de domínios cognitivos examinando sua relação com TDR em idosos.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal, alinhado a uma coorte de base populacional intitulada Programa de Envelhecimento Cerebral (PENGE).⁷ Este Programa abrange todos os indivíduos das equipes da Estratégia de Saúde da Família da gerência distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, que corresponde à área de abrangência do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O PENGE apresenta uma população amostral de 416 idosos, atendidos entre julho de 2015 e julho de 2016. Para o presente estudo foram excluídos 188 casos de depressão atual ou no passado, 34 idosos por presença de transtorno psiquiátrico grave (n=15), doença neurológica grave (n=14) ou presença de doença física ou sensorial grave (n=5) e um por não atingir a idade mínima de 60 anos, restando 193 idosos.

Foram coletados dados sociodemográficos, entrevista psiquiátrica estruturada (MINI-PLUS), escala de depressão geriátrica reduzida (GDS-15) e escala de avaliação cognitiva (ACE-R).^{8, 9, 10} Os testes foram aplicados pelos próprios pesquisadores. O desempenho cognitivo nos idosos foi avaliado conforme os domínios do ACE-R (Atenção e Orientação, Memória, Fluência, Linguagem e Visual-Espacial). Alguns itens do ACE-R, como desenho do relógio, nome de animais recordados em um minuto (fluência verbal semântica) e palavras recordadas com a letra "P" em um minuto (fluência verbal fonológica) foram examinados separadamente.

Os casos foram selecionados a partir dos critérios diagnósticos do TDR do DSM-IV através de entrevista diagnóstica padronizada. Foram caracterizados TDR, os idosos que tiveram pelo menos dois episódios depressivos nos últimos cinco anos, com remissão mínima de dois meses. Para caracterizar a presença de sintomatologia depressiva clinicamente significativa atual, foi utilizado o ponto de corte seis no GDS-15.

Destes, 54 encontraram critérios para depressão recorrente (Grupo TDR). Dos 139 idosos restantes, 54 foram pareados com os casos por sexo, idade e escolaridade e formaram o grupo controle.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, o teste *t-student* para amostras independentes foi aplicado. Na comparação entre proporções, o teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado. O tamanho de efeito de Cohen foi utilizado para avaliar a magnitude do efeito do TDR sobre o desempenho cognitivo, sendo que valores abaixo de 0,5 representam pequeno efeito, entre 0,5 e 0,8 moderado efeito e, acima de 0,8, grande efeito.¹¹

Para controle de possíveis fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson foi utilizado para avaliar o efeito independente do transtorno depressivo recorrente (TDR) sobre as alterações cognitivas. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – CAAE 30828914.5.0000.5336.

Resultados

A amostra foi composta por 54 idosos com Transtorno Depressivo Recorrente (TDR) e 54 controles pareados por idade, sexo e escolaridade. A **Tabela 1** apresenta a caracterização da amostra em cada grupo. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$). A amostra com TDR foi composta por 48 (88,9%) indivíduos do sexo feminino e seis (11,1%) indivíduos do sexo masculino. A média de idade encontrada foi de 68,2 anos (DP \pm 6,0). A escolaridade foi dividida em grupos, por anos de estudos: 14,8% dos idosos sem escolaridade, 40,7% tinham um a quatro anos de estudos, 24,1% cinco a oito anos de estudos e 20,4% mais de oito anos de estudo.

A **Tabela 2** apresenta o desempenho cognitivo

dos idosos por grupo em estudo. Novamente não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As diferenças encontradas não ultrapassaram, em média, 0,6 pontos nos escores avaliados, com tamanho de efeito pequeno ($<0,5$) da TDR sobre os escores cognitivos. A pontuação média total do ACE-R no grupo com TDR foi de 63,80 pontos (DP \pm 18,6) e nos controles 64,4 pontos (DP \pm 19,1).

A média do escore MEEM, obtida através do ACE-R no grupo com TDR, foi de 23,0 pontos (D \pm 4,2) e 23,6 (DP \pm 4,9). No teste do relógio, fluência fonológica (letra p) e fluência semântica não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

A **Tabela 3** apresenta o percentual de pacientes com pontuação acima do ponto de corte considerado normativo para a escala Addenbrooke. Também não foram encontradas

diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p>0,05$), mas observa-se uma diferença de 13% de alteração cognitiva no escore de MEEM entre os grupos. Para esta variável, quando ajustado para idade, escolaridade, sexo e religião, a associação passa a ser limítrofe ($p=0,085$). Pacientes com TDR tendem a apresentar 30% maior probabilidade de alterações cognitivas, por essa escala, do que os controles (Razão de Prevalências=1,30; IC 95%: 0,97 – 1,75).

Aplicando o ponto de corte dos domínios do ACE-R nos idosos com TDR verificou-se que 43 idosos (79,62%) apresentam déficit em atenção e orientação; 34 idosos (63%) apresentam déficit visual-espacial; 31 idosos (57,4%) apresentam déficit em memória e fluência; e 30 idosos (55,6%) apresentam déficit na linguagem conforme dados apresentados na **Tabela 3**.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	TDR (n=54)	Controles (n=54)	P
Idade (anos) – média \pm DP	68,2 \pm 6,0	68,3 \pm 5,9	0,910
Faixa etária – n(%)			0,977
60-69 anos	36 (66,7)	35 (64,8)	
70-79 anos	15 (27,8)	16 (29,6)	
\geq 80 anos	3 (5,6)	3 (5,6)	
Sexo – n(%)			1,000
Masculino	6 (11,1)	6 (11,1)	
Feminino	48 (88,9)	48 (88,9)	
Estado civil – n(%)			0,514
Solteiro (a)	15 (27,8)	12 (22,2)	
Casado (a)	17 (31,5)	15 (27,8)	
Viúvo (a)	2 (3,7)	5 (9,3)	
Separado (a)	9 (16,7)	6 (11,1)	
Divorciado (a)	11 (20,4)	16 (29,6)	
Raça – n(%)			0,370
Branca	40 (74,1)	38 (70,4)	
Parda	10 (18,5)	8 (14,8)	
Negra	4 (7,4)	4 (7,4)	
Indígena	0 (0,0)	1 (1,9)	
Amarela	0 (0,0)	3 (5,6)	

Religião – n(%)			0,099
Católico	36 (66,7)	34 (63,0)	
Agnóstico	16 (29,6)	11 (20,4)	
Ateu	2 (3,7)	5 (9,3)	
Outra	0 (0,0)	4 (7,4)	
Escolaridade – n(%)			0,886
0 anos	8 (14,8)	6 (11,1)	
1-4 anos	22 (40,7)	22 (40,7)	
5-8 anos	13 (24,1)	16 (29,6)	
>8 anos	11 (20,4)	10 (18,5)	
Renda – n(%)			0,602
Sem renda	6 (11,1)	7 (13,2)	
Até 1 s.m.	31 (57,4)	27 (50,9)	
2 s.m.	14 (25,9)	12 (22,6)	
3 s.m.	3 (5,6)	4 (7,5)	
4 s.m.	0 (0,0)	1 (1,9)	
Mais de 4 s.m.	0 (0,0)	2 (3,8)	

DP=Desvio Padrão; s.m.= salários mínimos

Tabela 2 – Desempenho cognitivo dos idosos

Variáveis	TDR (n=54) Média ± DP	Controles (n=54) Média ± DP	Diferença (IC 95%)	Effect Size (ES)	p
MEEM	23,0 ± 4,2	23,6 ± 4,9	-0,6 (-2,3 a 1,1)	0,13	0,501
ACE-R Total	63,8 ± 18,6	64,4 ± 19,1	-0,6 (-7,8 a 6,5)	0,03	0,858
Atenção e Orientação	13,9 ± 2,8	14,0 ± 3,4	-0,1 (-1,3 a 1,0)	0,05	0,804
Memória	13,2 ± 6,1	13,3 ± 5,9	-0,1 (-2,4 a 2,2)	0,02	0,936
Fluência	6,8 ± 3,4	6,8 ± 3,5	0,0 (-1,3 a 1,4)	0,01	0,956
Linguagem	19,2 ± 6,1	18,9 ± 5,9	0,2 (-2,1 a 2,5)	0,04	0,847
Visual-Espacial	11,0 ± 3,6	11,4 ± 3,8	-0,4 (-1,8 a 1,0)	0,10	0,591
Teste do relógio	3,2 ± 1,9	3,4 ± 1,7	-0,2 (-0,9 a 0,5)	0,13	0,498
Fluência Fonológica (letra p)	3,2 ± 1,8	3,1 ± 1,9	0,1 (-0,6 a 0,9)	0,08	0,683
Fluência Semântica	3,4 ± 1,7	3,7 ± 1,9	-0,3 (-1,0 a 0,3)	0,18	0,341

Tabela 3 – Classificação do desempenho cognitivo dos idosos

Variáveis	TDR (n=54) n (%)	Controles (n=54) n (%)	Diferença (IC 95%)	p
MEEM < 25 pontos	33 (61,1)	26 (48,1)	13,0% (-7,5% a 33,4%)	0,246
ACE-R Total < 78 pontos	40 (74,1)	39 (72,2)	1,9% (-16,7% a 20,4%)	1,000
Atenção e Orientação < 17 pontos	43 (79,6)	41 (75,9)	3,7% (-13,8% a 21,2%)	0,817
Memória < 15 pontos	31 (57,4)	35 (64,8)	-7,4% (-27,6% a 12,8%)	0,554
Fluência < 8 pontos	31 (57,4)	27 (50,0)	7,4% (-13,2% a 28,0%)	0,563
Linguagem < 22 pontos	30 (55,6)	31 (57,4)	-1,9% (-22,4% a 18,7%)	1,000
Visual-Espacial < 13 pontos	34 (63,0)	30 (55,6)	7,4% (-12,9% a 27,7%)	0,557

Discussão

No presente estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem depressão recorrente em relação aos domínios cognitivos (atenção e orientação, memória, fluência, linguagem, visual-espacial, teste do relógio, fluência fonológica (letra p) e fluência semântica). Esse achado difere de estudos recentes da literatura, pois a associação entre sintomas depressivos e comprometimento cognitivo tem sido relatada tanto em estudos transversais e longitudinais.^{12, 13} Entretanto, um estudo realizado em São Carlos/SP, com amostra populacional semelhante ao presente estudo (idosos de baixa escolaridade), também não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem depressão em relação aos domínios cognitivos.¹⁴

Nos dados sociodemográficos apresentados nesse estudo, verificou-se prevalência do sexo feminino. Dos 54 idosos com TDR, 48 eram do sexo feminino (88,9%) e seis do sexo masculino (11,1%). A feminilização da população idosa também foi encontrada em diversos outros estudos. Essa disparidade na representação feminina resulta da maior expectativa de vida das mulheres, que, em média, vivem oito anos a mais que os homens.¹⁵

Um estudo realizado com idosos vivendo na comunidade em Ribeirão Preto/SP encontrou prevalência do sexo feminino aproximado ao grupo controle do presente estudo.⁶ O presente estudo verificou maior média de idade no grupo controle. A velhice é um fator de risco para depressão, pois os idosos estão vulneráveis não apenas para depressão, como também a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ausência de apoio integral na prevenção da doença, especialmente, por disfunção na tríade indivíduo-família-comunidade.¹⁷

Estudos¹⁸ mostram que a baixa escolaridade dos idosos brasileiros é uma característica marcante do país, condição preocupante uma vez que a instrução escolar exerce influências sobre o seu desempenho cognitivo. Os resultados estão em conformidade com os dados levantados pelo presente estudo¹⁹, que apresenta a elevada incidência de baixos níveis de instrução dos idosos brasileiros.

Em um estudo multicêntrico intitulado "Perfis de Vulnerabilidade de Idosos no Brasil" (Estudo FIBRA), foram envolvidos idosos da cidade de Campina Grande/SP. Das sete localidades pertencentes aos polos da Unicamp, Campina Grande e Parnaíba são as que apresentam maior

frequência de autorrelato por idosos analfabetos e sem escolaridade formal.²⁰

Sousa²¹ cita que a perda cognitiva não decorre apenas de processos puramente biológicos e se caracteriza pela regressão progressiva do envelhecimento.

Segundo os autores^{20, 21}, essas mudanças também dependem da probabilidade de interação social e das oportunidades que os idosos têm ao longo da vida.

Nesse contexto, a alfabetização desempenha um papel importante para ajudar os indivíduos a reduzir a dependência de outras pessoas para atividades básicas como: ler, escrever documentos, deslocar-se por meio de transporte, orientar-se, utilizar ferramentas de comunicação e, até mesmo, prestar assistência à saúde.²²

Os autores¹⁹⁻²² validaram os efeitos da baixa escolaridade e do analfabetismo nas avaliações de demência em idosos para observar diferenças significativas no grupo analfabeto em comparação com outros grupos que fizeram esse grupo ter um desempenho inferior ao grupo mais escolarizado. Esses resultados confirmam os dados encontrados neste estudo e reiteram o efeito da escolaridade sobre os escores da escala.

Referências na literatura²³⁻²⁴, sugerem que idosos com ensino superior são menos propensos a desenvolver demência (como Alzheimer), enquanto idosos com menor escolaridade são mais propensos a desenvolver demência. Nos achados dessa pesquisa, em cada uma das subescalas avaliadas, pode-se observar a influência da escolaridade na determinação do desempenho dos participantes.

A educação determina o desempenho dos participantes. A resolução dessas escalas reflete a forma como os idosos lidam com situações que exigem esforço cognitivo, exigindo uma série de ações (habilidades psicomotoras, habilidades semânticas diversas, habilidades para estimular a memória por meio da leitura etc.), enquanto a escolaridade pode ter um efeito básico sobre sua resolução.²⁵

Por ser tratar de uma amostra de conveniência, com dados de um ambulatório de referência

da Atenção Básica, os resultados desse estudo são referentes a essa população, de baixa escolaridade e renda. Devido ao processo de envelhecimento da população, faz-se necessária uma avaliação do nível educacional dos idosos, pois a influência dessa variável tem grande influência na avaliação do estado cognitivo.²⁶

Em relação aos resultados cognitivos, verificou-se em diferentes avaliações da função cognitiva que quanto maior a escolaridade, melhor a capacidade cognitiva dos idosos.²⁷ Esses dados identificam pontos relevantes onde deve ser dada atenção às populações mais velhas, incorporando-as em atividades educativas que expliquem sua formação, alocações para leitura e escrita que levarão a uma maior autonomia dos idosos para enfrentar tarefas cotidianas que exigem o domínio de determinadas habilidades.

Entretanto, uma avaliação clínica cuidadosa incluindo anamnese detalhada, exames físico e neurológico, podem possibilitar maior bem-estar, principalmente, para aqueles com mais idade. Nessa perspectiva, constatou-se que inovações tecnológicas têm apresentado perspectivas para o diagnóstico precoce das demências.²⁷⁻²⁹

Nas abordagens apresentadas, faz-se necessário considerar que estudos e pesquisas com populações idosas, no geral, tendem a ser mais complexas, pois apresentam variáveis maiores, que vão desde a idade e o estado geral da saúde destes idosos, até mesmo, às questões sociais, como padrão econômico, nível de escolaridade, locais que residem, acesso à informação, dentre outros.³⁰ De todo modo, há estudos significativos, que sugerem que 50% dos pacientes com depressão têm igualmente propensão ao desenvolvimento de um quadro demencial em cerca de cinco anos.³¹⁻³⁴ Esse cenário é mais substancial em relação aos idosos.

Sobre a perspectiva do transtorno depressivo maior (TDM), tem-se o relatório³⁵, que definiu conceituações de um episódio de TDM, mas, ainda, de remissão, recuperação, recaída e recorrência. Para melhor compreensão, entende-se que um episódio de TDM diz respeito a presença da doença e a necessidade do

tratamento. Remissão condiz a um período sem sintomas clínicos importantes, o que aponta que o tratamento não precisa, por exemplo, ser intensificado. A recuperação diz respeito ao episódio que terminou, podendo ser interrompido o tratamento e/ou levantadas questões acerca da prevenção de episódios posteriores. Tanto a recaída, quanto a recorrência se fazem no retorno de sintomas, o que necessita retornar ao tratamento.³⁶

Esses estudos^{35, 36} são importantes, uma vez que permitem a compreensão de que o TDM não é margeado por sintomas isolados em curto espaço de tempo e pouco complexo. Pelo contrário, tem amplitude que abrange todo um processo de identificação do transtorno em si, além da remissão, recuperação, recaída e recorrência.

Apesar, da pesquisa³⁷ não se voltar somente para o público idoso, é possível observar, a partir da mesma, que após um único episódio depressivo o paciente (50% dos pacientes que sofreram com episódios de depressão) poderá ter uma recaída ou recorrência, sendo a maioria ainda nos primeiros seis meses, em relação ao primeiro episódio.

O TDM é recorrente, o que torna a prevenção da recaída fundamental. Estudos acerca de episódios depressivos, sua recorrência e tratamento farmacológico em pacientes de atenção primária³⁸ demonstram, assim como outras pesquisas na área³⁵⁻³⁷, que indivíduos que sofrem com um episódio depressivo apresentam maiores possibilidades de retornarem a esses episódios.

Diante dos pressupostos apresentados, reitera-se, portanto, que a saúde do idoso é um tema complexo que envolve diversas variáveis. De todo modo, é possível identificar que o transtorno depressivo quando presente no idoso, pode se tornar recorrente, o que não implica necessariamente que, ao mesmo tempo, sua capacidade cognitiva esteja comprometida.

As limitações do presente estudo incluem a predominância de participantes do sexo feminino, a baixa escolaridade da população estudada e a

seleção por conveniência.

Conclusão

O estudo analisou a relação entre depressão recorrente e função cognitiva em idosos de baixa escolaridade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios cognitivos entre os grupos com e sem depressão recorrente.

Conflitos de interesse

Os autores informam não existir conflito de interesse.

Agradecimento e fonte de financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Referências

1. Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Schallock RL, Verté D. The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Qual Life Res.* 2017;26:2899-907.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades da federação [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 22]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
3. Siu Long L, Eiluned P, Olesya A, Sonia J, Glyn L, Farhana M, et al. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 22];8(1):48-57. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30383-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30383-7/fulltext) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30383-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30383-7)
4. Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A. Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:1249-58. <https://doi.org/10.2147/ndt.s199746>
5. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2002.
6. McIntyre RS, Xiao HX, Syeda K, Vinberg M, Carvalho AF, Mansur RB, Maruschak N, Cha DS. The prevalence, measurement, and treatment of the cognitive dimension/domain in major depressive disorder. *CNS Drugs.* 2015 Jul;29(7):577-89. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0263-x>. PMID: 26290264.

7. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J bras psiquiatr.* 2017Jan;66(1):45-51. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>
8. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Braz J Psychiatry.* 2000 Sep;22(3):106-15. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
9. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14(10):858-65.
10. Carvalho VA, Caramelli P. Brazilian adaptation of the addenbrooke's cognitive examination-revised. *Dement Neuropsychol.* 2007;2:212-6.
11. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
12. Freire ACC, Pondé MP, Liu A, Caron J. Anxiety and depression as longitudinal predictors of mild cognitive impairment in older adults. *Can J Psychiatry.* 2017;62(5):343-50. <https://doi.org/10.1177/0706743717699175>
13. Bunce D, Batterham PJ, Christensen H, Mackinnon AJ. Causal associations between depression symptoms and cognition in a community-based cohort of older adults. *Am J Geriatr Psychiatry [Internet].* 2014 [cited 2022 Jun 24];22(12):1583-91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.01.004>
14. Bomfim AJL, Chagas NMS, Leal LR, Pessoa RMP, Ferreira BLC, Chagas MHN. Cognitive performance of older adults with a low level of education with and without depression. *Dement Neuropsychol.* 2021 Jan-Mar;15(1):121-7. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-010013>. PMID: 33907605; PMCID PMC8049573.
15. Kùchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc estado.* 2012Jan;27(1):165-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>
16. Fhon JRS, Cabral LMS, Giacomini SBL, dos Reis NA, Resende MC, Rodrigues RAP. Frailty and socio-demographic and health factors, and social support network in the brazilian elderly: a longitudinal study. *Rev esc enferm USP.* 2022;56:e20210192. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0192>
17. Schenker M, Costa DH da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na atenção primária à saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2019Apr;24(4):1369-80. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
18. Da Silva Júnior EG, Nunes RP, De Lima Santos K, De Medeiros A, Eulálio MC. Influência da escolaridade no desempenho cognitivo de idosos. *Anais do Congresso Internacional de Educação e Inclusão: práticas pedagógicas, direitos humanos e interculturalidade [Internet].* 2014; Campina Grande, Paraíba; 2014 [cited 2023 Jun 24]. Available from: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cintedi/2014/Modalidade_1da-tahora_09_11_2014_00_12_27_idinscrito_3901_88f4d-5040d351b80f387dc3d12eb9faf.pdf
19. Rocha de Almeida, C., Calmon Nogueira da Gama Pereira, A. B. Análise do panorama epidemiológico brasileiro da doença de alzheimer de 2008 a outubro de 2020. *Revista De Saúde.* 2022;13(1):54-60. <https://doi.org/10.21727/rs.v13i1.2841>
20. Neri AL, Melo RC de, Borim FSA, Assumpção D de, Cipolli GC, Yassuda MS. Avaliação de seguimento do estudo fibra: caracterização sociodemográfica, cognitiva e de fragilidade dos idosos em Campinas e Ermelino Matarazzo, SP. *Rev bras geriatr gerontol.* 2022;25(5):e210224. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210224.pt>
21. De Sousa MH. O papel do agrupamento semântico na relação entre memória verbal e funcionalidade na esquizofrenia e transtorno bipolar: uma possível via cognitiva distinta [dissertation]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2022. 94 p.
22. Steimbach PE, Bortoloti DS. Prevalência de polifármacos em idosos do município de Francisco Beltrão, Paraná. *Arq. ciências saúde UNIPAR [Internet].* 2022 [cited 2022 Jun 24]; 26(2):113-7. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1372955>
23. Mesquita CST. Funcionamento familiar, vinculação e burnout nos cuidadores informais de pessoas com demência [dissertation]. [Lisboa]: Universidade Autónoma de Lisboa "Luís de Camões"; 2022. 97 p.
24. Calha A, Caldeira M. Nível de literacia dos cuidadores informais de doentes de alzheimer relativamente à doença. *Aprender.* 2022;43:77-91. <https://doi.org/10.58041/aprender.154>
25. Nóbrega IRAP da, Leal MCC, Marques AP de O, Vieira J de CM. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde debate.* 2015 Apr;39(105):536-50. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>
26. De Carvalho Silva E, Ribeiro EM, Figueiredo AFB, Osório NB, Neto, LSS. Relação entre condições socioeconômicas e o perfil do autocuidado dos idosos. *Research, Society and Development.* 2022;11(9):e48311931732. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31732>.
27. Da Silva NBQ, Fernandes, ACL, Nascimento EGC, De Oliveira LC. Condições de saúde e utilização da atenção básica pelos idosos: revisão integrativa. *Saúde em Redes.* 2022;8(1):305-20. ISSN 2446-4813.
28. Ramos CCF, Garcia RR, João MVM. Cuidar ou encaminhar? Desafios no diagnóstico e manejo de pacientes com demência na Atenção Primária à Saúde. *Res., Soc. Dev.* 2022;11(7):e48311729398 <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29398>
29. Santacruz-Ortega MP, Cobo-Charry MF, Mejía-Arango S. Relación entre la depresión y la demencia. *Rev Ecuat Neurol [Internet].* 2022 Jul [cited 2023 Nov 01];31(1):96-104. Available from: <http://scielo.senescyt>

gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812022000100096&lng=es. <https://doi.org/10.46997/revuecatneurol00096>

30. Carlomanho AMF, Soares E. Declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados: possibilidades de correlação. Revista de Iniciação Científica da F.F.C. 2013;13(3):1-23.

31. Galhardo VAC, Mariosa MAS, Takta JPI. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(1):16-21.

32. Soares E, De Oliveira TP, Komatsu PS, Demartini SM, Suziki, MM, Rodrigues MM, Dos Reis EG, Horimoto AT. Projeto memória e envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. RBCEH. 2012;7(1). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.368>

33. Joca SRL, Padovan CM, Guimarães FS. Estresse, depressão e hipocampo. Braz J Psychiatry. 2003 Dec;25:46-51. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000600011>.

34. Raskind MA. The clinical interface of depression and dementia. J Clin Psychiatry. 1998;59(Suppl 10):9-12. PMID 9720476.

35. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. 1991. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. Arch Gen Psychiatry. 1991 Sep;48(9):851-510. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330075011>. PMID 1929776.

36. De Zwart PL, Jeronimus BF, de Jonge P. Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review. Epidemiol Psychiatr Sci. 2019 Oct;28(5):544-562. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000227>. Epub 2018 May 17. PMID 29769159; PMCID PMC7032752.

37. Moriarty A, Meader N, Snell K, Riley R, Paton L, Dawson S, et al. Predicting relapse or recurrence of depression: systematic review of prognostic models. Br J Psychiatry. 2022;221(2):448-58. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.218>

38. Nuggerud-Galeas S, Sáez-Benito Suescun L, Berenguer Torrijo N, Sáez-Benito Suescun A, Aguilar-Latorre A, Magallón Botaya R, Oliván Blázquez B. Analysis of depressive episodes, their recurrence and pharmacologic treatment in primary care patients: a retrospective descriptive study. PLoS One. 2020 May 21;15(5):e0233454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233454>. PMID 32437398; PMCID PMC7241802.

Alceu Valentino Panini

Doutor em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Vanessa Sgnaolin

Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professora adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Paula Engroff

Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Alfredo Cataldo Neto

Doutor em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professor titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Vanessa Sgnaolin

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica

Av. Ipiranga, 6681, prédio 12A – sala 201

Partenon, 90619-900

Porto Alegre, RS, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela SK Revisões Acadêmicas e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.