


Transtorno neurocognitivo leve e transtorno de humor: Possíveis relações

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.018-028>

Lúrya Marcela Lopes Bertoluzzi Tassoni

Psicóloga, Pós graduada em Neuropsicologia e Residente em Reabilitação Física

Instituição de formação: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

E-mail: lurya.bertoluzzi@gmail.com

Instituição de formação: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

E-mail: karina.borges@famerp.br

Karina Kelly Borges

Doutora em Ciências da Saúde e docente na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Jayne Zaniratto

Psicóloga, Pós graduada em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Instituição de formação: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

E-mail: psicozanirattojayne@gmail.com

RESUMO

Introdução. Embora os sintomas depressivos possam representar um transtorno do humor primário, eles também podem refletir os primeiros sinais de declínio cognitivo. **Objetivo.** Avaliar as possíveis relações entre o Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL) e o Transtorno de Humor. **Método.** Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, no qual foi realizada a análise de 19 prontuários com resultados de pacientes com diagnóstico clínico do TNL através dos dados de análise clínica (consultas médicas e exames laboratoriais e avaliação neuropsicológica), entre agosto de 2018 à agosto de 2019. Os instrumentos utilizados foram uma entrevista estruturada, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste de Memória de Figuras (TMF), Teste de Fluência Verbal Semântica (Categoria Animais), Provérbios, Teste do Desenho do Relógio (TDR), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). **Resultados.** Dos 19 pacientes, apresentam uma média de idade de $74,36 \pm 1,31$ (66-88) anos e escolaridade média de $2,26 \pm 0,37$ (0-4) anos. Houve correlação significativa entre a média do MEEM com TDR, Provérbios e GAI, evidenciando assim quanto pior desempenho cognitivo, pior resultados em metalinguagem e maiores sintomas de ansiedade. Houve também evidências significativas entre GDS e GAI, evidenciando correlação dos sintomas e sua gravidade, com intensidade clínica para ansiedade ($M=12,00 \pm 1,14$). **Conclusão.** O transtorno de humor sugere acarretar prejuízos neurocognitivos, podendo contribuir ou agravar sintomas relacionados ao TNL, como por exemplo prejuízos associados à memória.

Palavras-chave: Depressão, Transtorno Neurocognitivo Leve, Transtorno de Humor, Idosos.

1 INTRODUÇÃO

Nos idosos, há uma especulação em entender a possível relação entre o declínio nos processos cognitivos e o Transtorno de Humor, duas debilidades intensamente presentes na vida desses indivíduos, e que estão associadas, principalmente a depressão, a uma maior mortalidade, independente do contexto social do país (BHUI, 2019).

Os transtornos mentais são criados para designar um conjunto de sintomas não psicóticos que habitualmente estão relacionados com quadros subclínicos de ansiedade, depressão, estresse, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que designam situações de sofrimento mental, os quais pela sua elevada prevalência são considerados como um dos maiores problemas de saúde pública mundial (MURCHO et al., 2016).

Os transtornos de humor se referem a distúrbios que provocam uma reação depressiva, prejudicando o funcionamento mental. Depressão, ansiedade, medo, delírios e apatia são exemplos de transtornos não cognitivos do estado mental (SOARES et al., 2012). Em idosos, a depressão tem sido caracterizada como vários aspectos clínicos etiopatogênicos. Geralmente associa-se a problemas funcionais e estruturais do cérebro, aumentando o risco de morbidade clínica e mortalidade, se não tratada (STELLA et al., 2002).

O diagnóstico da depressão passa por algumas etapas como; exame clínico geral, exame psiquiátrico detalhado, anamnese com o paciente, familiares e cuidadores, avaliação neurológica e exames laborais e de neuroimagem. Esses são procedimentos essenciais para o diagnóstico. A depressão, no idoso, costuma vir acompanhada por outras queixas, além das comuns, como a hipocondria, baixa auto-estima, alteração do sono e do apetite, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, ideação paranóide e pensamentos recorrentes de suicídio (STELLA et al., 2002). Além disso, a depressão em pacientes com prejuízos cognitivos está associada a diversas complicações, como a progressão do declínio cognitivo, exacerbação do comportamento fisicamente agressivo, diminuição das atividades da vida diária e diminuição da qualidade de vida, aumento do risco de institucionalização e mortalidade (KUBO et al., 2019).

Partindo para uma visão bioquímica, a depressão está associada com a elevação dos níveis de cortisol, podendo ser outra hipótese explicativa que leva em conta a possibilidade desta hipercortisolemia levar à morte neurônios no hipocampo e conseqüente declínio cognitivo. Ainda que exista frequente associação entre presença de depressão e de disfunção cognitiva, existe a possibilidade de não existir uma relação causal entre ambas, ou seja, podendo ser apenas duas doenças de apresentação comórbidas (STEIBEL; ALMEIDA, 2010).

As funções cognitivas são fatores importantes nas avaliações da qualidade de vida na senescência, e seu declínio contribui para o aumento da dependência do idoso. O surgimento de esquecimentos leves no cotidiano pode evoluir para o transtorno neurocognitivo leve, que consiste em

um estado transitório entre envelhecimento cognitivo normal e o patológico, no qual o idoso apresenta perda cognitiva maior que a esperada para sua idade. Essa condição clínica não satisfaz os critérios para a Doença de Alzheimer (DA), embora seja um preditor na identificação de pessoas com risco aumentado em desenvolvê-la, sendo necessário ter uma avaliação e acompanhamento do atual quadro clínico para melhor definição e direcionamento quanto ao tratamento (DA PENHA SOBRAL; CARRÉRA; DE ARAÚJO, 2015).

Assim como há o risco de desenvolver quadros demenciais, há o risco de o TNL apresentar comorbidade com sintomas depressivos. Diversas pesquisas evidenciam maior suscetibilidade dos idosos na progressão de doenças, tais como patologias como a depressão, que pode proceder o desenvolvimento do TNL e da demência ou coexistir com a doença (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010). O TNL inclui queixas sobre o prejuízo em outros domínios cognitivos, além do de queixas restritas à memória, mas é importante que o diagnóstico de demência esteja excluído, e a funcionalidade preservada. O declínio cognitivo é identificado a partir da avaliação clínica ou através de testes neuropsicológicos, com desempenho inferior do esperado para idade e escolaridade (LEAL, 2020).

No idoso, avaliação neuropsicológica é de suma importância quando há queixas de déficits cognitivos, pois problemas de memória, como esquecimentos leves presentes no TNL, dificultam o diagnóstico diferencial entre processos demenciais e a pseudodemência depressiva, uma vez que uma depressão maior pode cursar com déficits cognitivos similares no comprometimento cognitivo leve (SOARES et al., 2012; STELLA et al., 2002).

Um fator relevante que pode relacionar a ligação entre comprometimento cognitivo leve e depressão é o fato desta ser considerada um transtorno bioquímico no cérebro, caracterizada pela diminuição do hormônio serotonina, responsável este pelo equilíbrio do nível de humor. A diminuição de serotonina gera, conseqüentemente, o aumento do cortisol que contribui com a morte de neurônios do hipocampo (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010). A depressão pode ser um estímulo para danificar processos neuropatológicos no cérebro, por exemplo, através de alterações nos sistemas nervoso, vascular e inflamatório. Os episódios de depressão grave foram anteriormente associados a alterações patológicas em regiões específicas do cérebro. Os sintomas da depressão também podem ser uma reação psicológica a um declínio cognitivo e funcional ou refletir um estado prodrômico de demência (JOHANSSON et al., 2019).

De fato, a depressão, o transtorno neurocognitivo leve (TNL) e a demência apresentam diagnósticos frequentes na população idosa e, efetivamente, a depressão pode refletir em um aumento para o desenvolvimento do TNL. Compreende-se que a depressão é um evento causador de sintomas extremamente insatisfatórios para os indivíduos que são acometidos por ela, trazendo consigo

mudanças na vida social, afetando relacionamentos e produzindo ideações suicidas, gerando grande prejuízo na saúde mental (POZZOLI; DE CARLO; MADONNA, 2019).

O Objetivo desse estudo foi avaliar as possíveis relações entre o Transtorno Neurocognitivo Leve e o Transtorno de Humor, como também Analisar os dados da avaliação neuropsicológica e correlacionar com sintomas depressivos e ansiosos. Correlacionar dados demográficos com achados da avaliação neuropsicológica e verificar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade.

2 METODOLOGIA

2.1 AMOSTRA

Este estudo faz parte de um projeto mãe submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (CEP/FAMERP), CAAE: 93761118.0.0000.5415.

Análise de 19 prontuários de pacientes idosos, acima de 60 anos, que realizaram Avaliação Neuropsicológica e consultas clínicas nos Ambulatórios de Geriatria e Neurogeriatria, entre Agosto de 2018 à Agosto de 2019 e receberam diagnóstico nosológico de Transtorno Neurocognitivo Leve. Os critérios de Inclusão foram: prontuários completos com informações de dados demográficos e neuropsicológicos.

2.2 PROCEDIMENTOS

Foram utilizados os instrumentos: Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo, entrevista estruturada e o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo (NITRINI et al., 2004; VITIELLO et al., 2007) é composta pelos testes: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste de Memória de Figuras (TMF), Teste de Fluência Verbal Semântica (Categoria Animais), Provérbios, Teste do Desenho do Relógio (TDR), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é uma medida com 30 itens, de aplicação rápida e breve, que rastreia o comprometimento das funções cognitivas, avaliando orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação de palavras, cálculo, nomeação, repetição, execução de um comando, leitura, escrita (elaboração de uma frase) e habilidade visomotora (cópia de um desenho). As notas de corte dependem do grau de escolaridade, analfabetos - 17 pontos, 1 a 4 anos - 22 pontos, 5 a 8 anos - 24 pontos, 9 ou mais - 26 pontos (BRUCKI et al., 2003; DE MELO; BARBOSA; NERI, 2017).

O Teste de Memória de Figuras (TMF) é uma mini-bateria que se obtêm cinco medidas relacionadas à memória (memória incidental, memória imediata, aprendizado, memória tardia e reconhecimento). É apresentado uma folha de papel com 10 desenhos de figuras concretas e é solicitado ao indivíduo que as nomeie. Em seguida, a folha é retirada e pede-se que ele diga quais as

figuras que constavam na folha, permitindo o tempo de um minuto para a recordação. A folha então é rerepresentada, com a instrução de que os itens sejam memorizados pelo indivíduo. Após 30 segundos a folha é novamente retirada, pedindo-se que sejam mencionadas as figuras mostradas (tempo de um minuto). Este procedimento é repetido mais uma vez, com a instrução de que será solicitada lembrança após um intervalo. Outros dois testes são aplicados neste período (fluência verbal – animais e TDR – Teste do Desenho do Relógio). Após cerca de cinco minutos, em que estes dois testes são realizados, o examinador solicita ao indivíduo que evoque as figuras previamente apresentadas, sem que a folha seja rerepresentada, oferecendo um minuto para a evocação. Após isto, apresentamos uma folha com 20 figuras, que contém as 10 figuras mostradas previamente e 10 outras figuras, e o paciente deve reconhecer quais figuras ele já tinha visto (VITIELLO et al., 2007). Em nomeação, o ponto de corte é 10, ou seja, ao errar uma figura ou mais, o participante é classificado como inferior. Já em memória imediata, o ponto de corte utilizado é 5, aprendizado 7, memória tardia 6 e reconhecimento 9 (NITRINI et al., 2004; NITRINI et al., 1994).

O Teste de Fluência Verbal Semântica avalia diversas competências cognitivas, como linguagem, memória semântica e função executiva. Na realização do teste, o examinador pede que o participante fale o máximo de animais que ele lembrar em um curto período de tempo de 1 minuto. As respostas são pontuadas, mas as repetições não são consideradas. O ponto de corte é feito de acordo com a escolaridade, para analfabetos - 9 pontos, 1 à 8 anos - 12 pontos e acima de 9 anos - 13 pontos (Chagas, 2020; Montiel et al., 2014).

O Teste do Desenho do Relógio (TDR), segundo Chagas (2020) é utilizado na verificação da existência de prejuízos de algumas capacidades cognitivas como funções visuoespaciais, visuoconstrutivas, memória semântica, representação simbólica e grafomotora e funções executivas. Para aplicação do teste é entregue ao participante uma folha em branco e um lápis, em seguida pede-se ao participante que desenhe um relógio com todos os números dentro, após, pede-se que desenhe no relógio o horário de 2h 45min. O critério utilizado para correção, é a escala de Shulman, que apresentam um critério de 0 à 5 pontos, quanto a qualidade do relógio e que sua nota de corte é igual a 3 (Chagas, 2020; Montiel et al., 2014).

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) objetiva investigar a ocorrência de sintomas depressivos em idosos. Este instrumento consiste em um questionário de 15 perguntas com respostas de "sim" ou "não". Os escores variam de 0 a 15, tendo uma nota de corte maior que 5 indicativos de presença de depressão (Maximiano-Barreto; De Oliveira Fermoselei, 2017).

O Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) é utilizado para avaliar a gravidade dos sintomas mais comuns de ansiedade nos idosos. É constituído por 20 itens de resposta dicotômica "concordo" ou "discordo". O total das respostas "concordo" sendo maior que 10 caracteriza o indivíduo com indício de ansiedade (Maximiano-Barreto; De Oliveira Fermoselei, 2017).

Provérbios avalia memória semântica e pensamento abstrato. É apresentado dois provérbios ao indivíduo, pedindo-lhe que diga seu significado (Sé, 2011).

A entrevista estruturada será composta com questões referentes à nome, idade, gênero, escolaridade, profissão, tempo de queixa e principal queixa.

3 RESULTADOS

Dessa amostra, total de 19 prontuários, referentes ao questionário sociodemográfico abordados na Tabela 01, demonstra que 63,2% eram sexo feminino, apresentam uma média de idade de $74,36 \pm 1,31$ (66-88) anos e escolaridade média de $2,26 \pm 0,37$ (0-4) anos. 52,6% eram do lar e 42,1% apresentavam queixas de esquecimento há 24 meses.

Tabela 01. Dados demográficos da amostra

Variável		N	%
Sexo	Feminino	12	63,2
	Masculino	7	36,8
Anos de escolaridade	0	5	26,3
	2	6	31,6
	3	1	5,3
	4	7	36,8
Profissão	Do Lar	10	52,6
	Trabalhador rural	3	15,8
	Pedreiro/Motorista/Cuidadora/Porteiro/Vendedora/Funcionário público	1	5,3
Tempo de Queixa	5 meses	1	5,3
	7 meses	1	5,3
	12 meses	5	26,3
	18 meses	2	10,5
	24 meses	8	42,1
	36 meses	1	5,3
	60 meses	1	5,3
Queixa principal	Esquecimento	19	100

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Com relação aos dados cognitivos, a média do MEEM foi de $21,78 \pm 3,77$ pontos para os 19 participantes. Sendo que, subdividindo em relação ao ponto de corte relacionado à escolaridade, houve (n=5) analfabetos, com média de $21 \pm 2,54$. Pacientes com até 4 anos de escolaridade evidenciaram média de $24,87 \pm 2,74$ resultando em 8 pacientes, e uma média de $18,33 \pm 2,33$ resultando em 6 pacientes, com média geral de $22,07 \pm 4,17$ resultando em 14 participantes.

Dados referentes ao Teste de Memória Visual, em nomeação, 15 participantes obtiveram 10 pontos na tarefa. Mais de um erro é sugestivo de distúrbio de nomeação ou da percepção visual,

relacionados aos 4 pacientes que não conseguiram nomear corretamente todas as figuras. Na Tabela 02, há discriminação de resultado de cada etapa, como na atividade em nomear, na memória imediata, aprendizado, memória tardia e reconhecimento. Nos resultados consta a distribuição de desempenho.

Tabela 02. Resultados da atividade de memória visual - CERAD

Atividade	Média	Desvio Padrão	N	%	Pontuação	Classificação
Nomeação	9,78	0,41	15	78,9	10	Média
			4	21,1	< 10	Inferior
Memória Imediata	6,89	1,55	18	94,7	≥ 5	Média
			1	5,3	< 5	Inferior
Aprendizado	7,26	1,62	12	63,2	≥ 7	Média
			7	36,8	< 7	Inferior
Memória Tardia	6,26	1,99	12	63,2	≥ 6	Média
			7	36,8	< 6	Inferior
Reconhecimento	9,42	0,76	16	84,2	≥ 9	Média
			3	15,8	< 9	Inferior

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Quando verificado o construto de linguagem, os dados da avaliação neuropsicológica demonstraram que n=12 (63,2%) pacientes obtiveram classificação inferior nos domínios relacionados à fluência verbal semântica e apenas n=7 (36,8%) com desempenho mediano. Em atividades que avaliaram metalinguagem, observou-se que n=9 (47,4%) pacientes obtiveram desempenho inferior e n=10 (52,6%) com desempenho médio. Isso evidencia que 55,26% dos pacientes mostraram prejuízos no construto de linguagem.

No domínio cognitivo que avalia funções executivas e habilidades visuo-espaciais, n=17 (89,5%) dos participantes pontuaram 3 pontos ou menos. Isso equivale ao quanto comprometida essa amostra está em relação a esses domínios. Na Tabela 03 observa-se o número de participantes e seus desempenhos em relação aos domínios construtivos (pontos) de desempenho.

Tabela 03. Dados referentes ao Teste do Desenho do Relógio.

Teste do Desenho do Relógio			
Participantes	Pontos	%	Classificação
3	0	15,8	inferior
8	1	42,1	inferior
2	2	10,5	inferior
4	3	21,1	inferior
1	4	5,3	média
1	5	5,3	média

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Quando computado os valores das escalas de humor voltados à população idosa, a GDS evidencia que $n=10$ (52,6%) dos participantes mostraram evidências de sintomas depressivos e na escala GAI $n=11$ (57,9%) dos participantes evidenciaram sintomas de ansiedade. Isso evidencia que 55,26% dos pacientes apresentaram sintomas de transtorno de humor.

4 DISCUSSÃO

A pesquisa aponta uma maior proporção do sexo feminino (63,2%), o que também é encontrado em outro estudo²¹. Esses dados podem ser entendidos pelo maior cuidado e procura de serviços de saúde pelas mulheres e também, pode estar relacionado a maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens (Costa et al., 2021).

Os participantes apresentam uma média de idade de $74,36 \pm 1,31$ (66-88) anos e escolaridade média de $2,26 \pm 0,37$ (0-4) anos. Corroborando com a literatura que aponta que brasileiros com mais de 60 anos apresentam baixos níveis de escolaridade (Dias, 2020). Com o avanço dos anos, não só as funções físicas diminuem, mas as funções cognitivas também se alteram, concluindo-se que a queixa de memória deve ser considerada um fator importante provocador de comprometimento em idosos e, por vezes, pode indicar demência precoce, apesar dos escores normais em testes de triagem simples (O'Brien et al., 1992).

Em relação às atividades laborais, observou-se o predomínio de Do Lar com 52,6% seguido de Trabalhadores Rurais com 15,8% e outros com 5,3% cada. No entanto, todos os participantes são aposentados, e portanto, não praticam as atividades laborais que desenvolveram ao longo da vida.

Quanto ao tempo de queixa, apresentou uma média de 1,73 anos $\pm 0,23$ tendo como queixa principal o esquecimento, o que é ratificado pela literatura, onde mostra que um dos critérios que aparece com frequência nas avaliações neuropsicológicas são as queixas relacionadas aos déficits de memória (Gil; Busse, 2009). Entretanto, a percepção subjetiva de perda de memória possui baixo valor preditivo para o diagnóstico de demência, uma vez que não corresponde ao comprometimento objetivo

da função, geralmente refletindo o estado afetivo dos pacientes e não necessariamente o declínio cognitivo (Charchat-Fichman et al., 2005).

Os resultados encontrados por meio do MEEM mostraram que a média foi de 21,76 pontos, resultados esses parecidos com a média de outro estudo voltado para a comunidade de idosos (Costa et al., 2021). É importante ressaltar que a aplicação do MEEM no Brasil enfrenta alguns obstáculos, como por exemplo a heterogeneidade e a presença de alguns itens de avaliação de disfunções cognitivas que exigem uma educação formal, o que acaba se tornando um empecilho para idosos brasileiros, visto que há grandes índices de baixa escolaridade nessa comunidade. Além disso, há problemáticas devido a forma, baseada apenas em uma questão, como o MEEM avalia certas funções cognitivas, como por exemplo a memória operacional. Tal problemática pode gerar resultados duvidosos. Apesar disso, a aplicação do MEEM no Brasil tem sido muito relevante para estudos e pesquisas (Silva et al., 2020).

O TDR apresentou uma média de $1,73 \pm 0,32$ pontos, com 89,5% dos participantes apresentando desempenho inferior, sendo observada uma correlação moderada associada ao desempenho do MEEM em relação ao TDR, pois quanto menor o desempenho no MEEM, menor o desempenho no TDR, com o valor de p (0,012). Tal resultado vai de encontro à literatura, pois em uma pesquisa também encontrou-se correlações significativas entre o MEEM o TDR e outros instrumentos utilizados (Chagas, 2020).

No teste de Provérbios, a média constatada foi de $1,26 \pm 0,2$, havendo uma correlação moderada com o MEEM, quanto menor o desempenho no MEEM, menor o desempenho em Provérbios, com o valor de p (0,04). Alguns estudos corroboram com esse resultado, explicando que tais variáveis também podem estar relacionadas com anos de escolaridade. Quanto menos anos de escolaridade, pior desempenho no MEEM e pior desempenho em Provérbios. Portanto, déficit em cognição geral e metalinguagem tendem a piorar com o avanço da idade (Wachholz; Yassuda, 2011).

Em relação às funções afetivas avaliadas pela Escala de Depressão Geriátrica, nota-se uma correlação entre os desempenhos, quanto pior desempenho em GDS, pior desempenho em GAI, com valor de p (0,02). O GAI também apresentou correlação com o MEEM, com valor de p (0,03). Quanto maior a presença de sintomas ansiosos, menor a pontuação no MEEM. Assim como a literatura aponta, a depressão e a ansiedade estão proporcionalmente associadas ao declínio cognitivo, fazendo-se necessária a avaliação de determinantes demográficos e clínicos para que haja estratégias de prevenção e intervenção de comprometimentos cognitivos e quadros demenciais, por meio de um aprofundamento da avaliação neuropsicológica (Amorim; Pereira, 2020).

Ainda em relação ao GAI, notou-se associação com os anos de escolaridade, quanto mais anos de escolaridade menor a pontuação no GAI, corroborando resultados da literatura, como por exemplo em uma pesquisa onde encontrou-se relação entre as variáveis anos de estudo com maior prevalência

de transtornos de ansiedade. O grupo estudado que apresentou maior prevalência de transtornos de ansiedade foi o com menos anos de estudo (Costa et al., 2019).

De acordo com a literatura, a interferência do grau de escolaridade e seus impactos não estão somente relacionados aos transtornos psiquiátricos ou psicopatológicos; mas também pode acarretar consequências voltadas a dificuldade de acesso à saúde, a diminuição da qualidade de vida, dificuldade de manipulação de remédios e outros fatores que podem caracterizar aspectos propulsores de ansiedade e depressão nessa população (Maximiano-Barreto; De Oliveira Fermoselei, 2017).

A literatura traz hipóteses sobre o impacto da depressão em relação ao declínio cognitivo. Os sintomas correlacionados não só se referem ao nível do afeto, mas influenciam também na cognição, desencadeando sinais de anedonia, vagar, distúrbios de sono e alterações no humor. Ademais, a depressão provoca prejuízos à vida do idoso, pois além de acarretar isolamento, diminui a capacidade da memória causando dificuldade de aprendizagem e modificações em diversas funções cognitivas. A fadiga e o cansaço referentes à depressão podem ocasionar o comprometimento do desempenho de várias funções cognitivas, e principalmente a memória (Silva, 2020).

5 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, conclui-se que a depressão acarreta prejuízos neurocognitivos, podendo contribuir ou agravar sintomas relacionados ao TNL, como por exemplo prejuízos associados à memória. Porém, não há estudos suficientes que comprovem a total ligação da depressão com o TNL. Nota-se uma correlação com a depressão e a demência ratificada pela literatura, mas com o TNL ainda há muitas incertezas a serem exploradas e solucionadas através de mais estudos e pesquisas.

Para que haja um real conhecimento sobre as características cognitivas e comportamentais de indivíduos que sofrem de depressão e do TNL, é essencial compreender e interpretar o desempenho na execução de atividades diárias e a implicação que estas doenças podem acarretar na vida desses indivíduos. Desta maneira, é primordial novas pesquisas que utilizem instrumentos de rastreamento, visto que estes, evidenciam-se pertinentes para avaliar as funções cognitivas e detectar possíveis prejuízos sobre essas.

Por fim, é importante a identificação e a compreensão do perfil neuropsicológico e do humor do indivíduo, pois assim, torna-se possível a elaboração de estratégias de intervenção para contribuir com a amenização do sofrimento e dos prejuízos acarretados. Consequentemente, proporcionando a contribuição para novos métodos de avaliação neuropsicológica.

Com o estudo, nota-se uma escassez de pesquisas voltadas para o conhecimento aprofundado em relação a depressão e possíveis associações com o TNL, desta forma se faz necessário a continuidade de pesquisas e o investimento em novas, para que seja possível identificar possíveis



relações, compreender melhor o quadro clínico e neuropsicológico, e então, desenvolver intervenções que contribuam para a melhora na qualidade de vida desses indivíduos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Programa de Pós Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto pelo apoio.



REFERÊNCIAS

AMORIM, Rafael Pereira; PEREIRA, Marcos Leandro. RASTREAMENTO DA COGNIÇÃO EM PACIENTES PORTADORES DE ANSIEDADE E/OU DEPRESSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: avaliação clínica, neuropsicológica e funcional/TRACKING COGNITION IN PATIENTS WITH ANXIETY AND/OR DEPRESSION IN PRIMARY HEALTH CARE: clinical, neuropsychological and functional evaluation. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 6, p. 16537-16548, 2020.

BHUI, Kamaldeep. Depression and dementia in old age: improving effective care and prevention. *The British Journal of Psychiatry*, v. 214, n. 4, p. 244-244, 2019.

BRUCKI, Sonia et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 61, p. 777-781, 2003.

CHAGAS, Natália Mota de Souza. Transtornos neurocognitivos em idosos na atenção básica: o uso de instrumentos de avaliação da cognição social como método de rastreio e diagnóstico. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CHARCHAT-FICHMAN, Helenice et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 27, p. 79-82, 2005.

COSTA, Camilla Oleiro da et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, p. 92-100, 2019.

COSTA, Tanise Nazaré Maia et al. Análise do Mini Exame do estado mental de Folstein em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 8319-8336, 2021.

DA PENHA SOBRAL, Ana Iza Gomes; CARRÉRA, Camila Moura Dantas; DE ARAÚJO, Cláudia Marina Tavares. A comunicação no diagnóstico de comprometimento cognitivo leve: revisão sistemática. *Distúrbios da Comunicação*, v. 27, n. 4, 2015.

DE MELO, Denise Mendonça; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NERI, Anita Liberalesso. Miniexame do Estado Mental: evidências de validade baseadas na estrutura interna. *Avaliação psicológica*, v. 16, n. 2, p. 161-168, 2017.

DIAS, Cintia Alves. Reservas cognitivas no envelhecimento típico e com declínio cognitivo: ênfase na leitura e na escolaridade. 2020. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

GALHARDO, Vitor A. Carlucio; MARIOSIA, Maria Aparecida Silva; TAKATA, João Paulo Issamu. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.

GIL, Gislaine; BUSSE, Alexandre Leopold. Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada idade. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, p. 44-50, 2009.

JOHANSSON, Lena et al. Associations between depression, depressive symptoms, and incidence of dementia in Latin America: a 10/66 dementia research group study. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 69, n. 2, p. 433-441, 2019.



KUBO, Yuta et al. Relevant factors of depression in dementia modifiable by non-pharmacotherapy: a systematic review. *Psychogeriatrics*, v. 19, n. 2, p. 181-191, 2019.

LEAL, Lívio Rodrigues. Prevalência de transtornos mentais em idosos e comparação de instrumentos breves para rastreamento de transtorno neurocognitivo na atenção básica. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan; DE OLIVEIRA FERMOSELI, André Fernando. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 18, n. 3, p. 801-813, 2017.

MONTIEL, José Maria et al. Testes do desenho do relógio e de fluência verbal: contribuição diagnóstica para o Alzheimer. *Revista Psicologia: teoria e prática*, v. 16, n. 1, p. 169-180, 2014.

MURCHO, Nuno; PACHECO, Eusébio; JESUS, Saul Neves de. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, n. 15, p. 30-36, 2016.

NITRINI, Ricardo et al. Brief and easy-to-administer neuropsychological tests in the diagnosis of dementia. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 52, p. 457-465, 1994.

NITRINI, Ricardo et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *Journal of the International Neuropsychological Society*, v. 10, n. 4, p. 634-638, 2004.

O'BRIEN, John T. et al. Do subjective memory complaints precede dementia? A three-year follow-up of patients with supposed 'benign senescent forgetfulness'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 7, n. 7, p. 481-486, 1992.

POZZOLI, Sara; DE CARLO, Vera; MADONNA, Domenico. Depression, dementia, and pseudodementia. *Clinical cases in psychiatry: integrating translational neuroscience approaches*, p. 171-188, 2019.

SÉ, Elisandra Villela Gasparetto. Interpretação de provérbios por sujeitos com Doença de Alzheimer em fase inicial. 2011. Tese de Doutorado. [sn].

SILVA, Jaqueline Gabriele et al. Envelhecimento ativo, qualidade de vida e cognição de idosos: um estudo transversal em uma cidade de Minas Gerais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 1, p. e1796-e1796, 2020.

SILVA, Teresa Martins Cabral da. O impacto da depressão no desempenho cognitivo em idosos. 2020. Tese de Doutorado.

SOARES, Edvaldo; DE OLIVEIRA COELHO, Marcelle; DE CARVALHO, Sebastião Marcos Ribeiro. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 117-139, 2012.

STEIBEL, Nicole Maineri; DE ALMEIDA, Rosa Maria Martins. Estudo de caso-avaliação neuropsicológica: depressão x demência. *Aletheia*, n. 31, 2010.

STELLA, Florindo et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz. Revista de Educação Física. UNESP*, p. 90-98, 2002.



VITIELLO, Ana Paula P. et al. Brief cognitive evaluation of patients attended in a general neurological outpatient clinic. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 65, p. 299-303, 2007.

WACHHOLZ, Thalita Bianchi de Oliveira; YASSUDA, Mônica Sanches. A interpretação de provérbios populares por idosos de alta, média e baixa escolaridade: raciocínio abstrato como um aspecto das funções executivas. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 5, p. 31-37, 2011.