

Artigo Original

Associação de depressão com demência em adultos e idosos ativos**Depression association with dementia in active adults and elderly** <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i3.7531>

Daniela Bertol Graeff¹ ORCID 0000-0002-7182-8855, Ana Luisa Sant'Anna Alves¹ ORCID 0000-0002-1107-7471, Gabriele da Graça Botesini^{1*} ORCID 0000-0001-9396-2011, Marilene Rodrigues Portella¹ ORCID 0000-0002-8455-7126, Helenice Moura Scortegagna¹ ORCID 0000-0001-8604-9005, Bernadete Maria Dalmolin¹ ORCID 0000-0002-3355-6641, Brenda Gobetti¹ ORCID 0000-0002-6964-7270, Bruna Bonamigo Thomé¹ ORCID 0000-0002-3445-9480, Gabriela de Freitas Schmidt¹ ORCID 0000-0001-5252-1244

RESUMO

Introdução: As taxas crescentes de depressão e demência podem estar relacionadas entre si, tornando a compreensão dessa relação fundamental para o desenvolvimento de ações que visem a melhora cognitiva de idosos. **Objetivo:** O objetivo deste artigo foi verificar a relação entre depressão e demência e a associação com fatores sociais e demográficos. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional do tipo transversal onde as variáveis utilizadas foram obtidas por meio de questionário estruturado. **Resultados:** Foram entrevistados 167 participantes com idade média de 66,8(±8,18). Os resultados evidenciaram prevalências de 6% (n=10) para depressão e 12,6% (n=21) para demência. A depressão foi associada com demência no modelo univariável (RP = 3,52; IC 95% = 1,23 – 10,07) e após ajuste para idade (RP = 3,25; IC 95% = 1,17 – 9,02) e tempo que viveu no meio rural (RP = 2,97; IC 95% = 1,09 – 8,09). **Conclusões:** Observa-se associação significativa entre depressão e demência e baixa prevalência desses dois desfechos de saúde mental, podendo ser influenciada pelas atividades físicas, sociais, culturais e educacionais realizadas pelo Centro de Referência e Atenção ao Idoso.

Palavras Chave: Demência; Depressão; Envelhecimento.

1 Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, Brasil

*Autor Correspondente: Rua Morom, 1449, apartamento 1, Centro. Passo Fundo – RS, Brasil. CEP. 99010 - 032. Email: botesini.gabriele@gmail.com

ABSTRACT

Objective: The objective of this article was to verify the relationship between depression and dementia and the association with social and demographic factors.

Material and Methods: Cross-sectional observational study where the variables used were obtained through a structured questionnaire. **Results:** 167 participants were interviewed with a mean age of 66.8(±8.18). The results showed a prevalence of 6% (n=10) for depression and 12.6% (n=21) for dementia. Depression was associated with dementia in the univariate model (PR = 3.52; 95% CI = 1.23 – 10.07) and after adjustment for age (PR = 3.25; 95% CI = 1.17 – 9, 02) and time lived in rural areas (PR = 2.97; 95% CI = 1.09 – 8.09). **Conclusions:** There is a significant association between depression and dementia and a low prevalence of these two mental health outcomes, which can be influenced by physical, social, cultural and educational activities carried out by the Reference and Elderly Care Center.

Keywords: Dementia; Depression; Aging.

INTRODUÇÃO

Com a tendência global ao envelhecimento humano, o Brasil trará consigo o aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, dentre elas a demência e a depressão, conseqüentes desse processo multifatorial e que resultam na diminuição da qualidade de vida e funcionalidade do idoso¹. Em relação a tais patologias, estas são altamente encontradas entre sujeitos idosos e, ao analisar estatísticas mundiais, espera-se que o número de indivíduos com tal distúrbio psiquiátrico aumente para 66 milhões até 2030 e 131 milhões até 2050^{2,3}. Ainda, em 2012 e 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou dados em que reconheceu essa tendência, concluindo que a demência deveria ser considerada uma prioridade global de saúde pública⁴.

Desta forma, destaca-se que a depressão é igualmente um crescente problema de saúde pública, em especial na população senil, sendo que sua prevalência se aproxima dos 15% entre idosos, podendo ser, não apenas um fator de risco para demência, mas também uma pré fase da doença^{5,6,7}.

Diversos fatores sociodemográficos influenciam no risco de desenvolvimento de depressão e de demência, sendo as principais associações observadas com depressão: idade avançada, principalmente acima de 80 anos, sexo feminino, baixa escolaridade, sobretudo indivíduos analfabetos, baixa renda per capita, desemprego, indivíduos sem companheiro e sem contato com núcleo familiar^{8,9,10}.

Com relação à demência, considerada a principal causa de dependência e incapacidade na população idosa no mundo, elencam-se como principais fatores de risco para desenvolver a doença: idade, aumentando o risco a partir dos 50 anos, sexo feminino, sem companheiro, baixo nível de escolaridade, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, hipertensão, *diabetes mellitus*, baixo índice de massa corporal e quantidade de sono insuficiente (menos de 7 horas) durante a meia-idade^{11,12}.

Nesse sentido, estudos vêm relatando associações entre depressão e demência, em que a demência pode estar associada ao aumento do risco de desenvolver depressão e, inversamente, sendo que a depressão parece aumentar o risco de desenvolver demência. Apesar da natureza desses acontecimentos ser desconhecida, os resultados apontam que, em especial, a depressão aumenta o risco de desenvolver demência subsequente em duas vezes^{13,14,15}. Logo, compreender essa relação, assim como determinar como uma doença mental influencia na história natural da outra é fundamental, principalmente devido ao aumento da expectativa de vida da população e conseqüentemente ao

aumento da prevalência de tais patologias.

O local em que são realizados esses estudos são variados, a saber: hospitais, comunidades, instituições de longa permanência e centros de lazer. Este último foi o local escolhido pelo presente estudo. O Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade (Creati) iniciou as atividades em 1991, foi criado na cidade de Passo Fundo, que funciona como uma universidade aberta de educação não formal, na qual se debatem e estudam questões que envolvem a velhice, com ações que visam oferecer caminhos para a promoção da saúde física e mental, valorizando o idoso enquanto agente no processo de sua história. Ainda, ciente do papel das atividades físicas, culturais, cognitivas e sociais como um dos principais meios de prevenção de doenças e de melhora da qualidade de vida, o Creati, atualmente denominado Centro de Referência e Atenção ao Idoso, atua há mais de duas décadas como um espaço de saúde e lazer, com caráter interdisciplinar, para a população idosa da região norte do Rio Grande do Sul¹⁶.

Ainda, em relação à população senil da região, a partir das características obtidas pelo DATASUS no ano de 2015 a proporção de idosos presentes na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul foi de 13,58% (N=26.729), sendo 86,1% destes indivíduos de 60 a 79 anos, tornando um município com quantidades expressivas de habitantes idosos¹⁷.

Portanto, devido à importância da temática de saúde mental e o fato de a população mundial estar envelhecendo constantemente, com taxas crescentes de depressão e de demência e uma possível relação entre as duas, objetivou-se com o estudo verificar a associação entre depressão e demência e a relação dessas com fatores sociais e demográficos em participantes de um Centro de Referência e Atenção ao Idoso permitindo o desenvolvimento de ações que visem a melhora da cognição e qualidade de vida de idosos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O delineamento do presente estudo foi observacional do tipo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sobre o parecer de número 1.714.934.

Os participantes do estudo foram indivíduos frequentadores do Centro de Referência e Atenção ao Idoso (Creati) da Universidade de Passo Fundo (UPF), um centro de convivência para idosos que oferece atividades para pessoas com 50 anos ou mais, das mais variadas áreas do conhecimento, com foco em modalidades de atividades físicas e de educação não formal.

As entrevistas foram organizadas em diversas salas, garantindo um ambiente silencioso e de privacidade para cada entrevistador e entrevistado. A equipe de entrevistadores foi composta por acadêmicos e professores de cursos da área da saúde, bolsistas do projeto institucionalizado ELO-CREATI, da Universidade de Passo Fundo, devidamente treinados para todas as perguntas e instrumentos aplicados nesse estudo.

Os critérios de inclusão foram: ser aluno do Centro de Referência e Atenção ao Idoso (Creati) em Passo Fundo- RS no momento do estudo e aceitar voluntariamente participar do estudo, por meio de assinatura do TCLE. Foram excluídos os indivíduos que não sabiam ler e escrever.

As variáveis utilizadas nesse artigo foram obtidas por meio de questionário estruturado contendo dados sociais e demográficos, com a particularidade de verificar o meio onde a pessoa nasceu, urbano ou rural, e se rural, o tempo que viveu nesse meio após o nascimento. Isso porque a região norte do Rio Grande do Sul, bem como outras regiões do mesmo Estado, possui muitas áreas rurais e é sabido que boa parte dos idosos de hoje nasceram e viveram nesse meio, podendo ser um fator confundidor em desfechos de saúde mental¹⁸. Também foram utilizados os instrumentos validados e de livre acesso: Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Teste do Desenho do Relógio (TDR), o Teste de Fluência Verbal Semântica dos Animais (FVSA) e o *Alzheimer's Disease Assessment Scale* (ADAS-Cog).

Para o desfecho depressão, considerada como estado depressivo atual, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de quinze pontos, um instrumento com quinze perguntas com respostas objetivas – sim ou não – a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana, sendo que a pontuação entre 0 e 5 classifica o entrevistado como normal, ou seja, sem depressão; de 6 a 10, indica depressão leve; e de 11 a 15 depressão severa¹⁹. Para a dicotomização da depressão considerou-se o resultado da EDG de seis ou mais pontos como depressão. Ainda sobre a utilização desse instrumento, também foi aplicado nos adultos investigados na pesquisa, ou seja, na parcela da amostra entre 51 e 59 anos. Foi investigado o uso de medicamentos, sendo considerado para o estudo o uso de antidepressivos.

A dicotomização do desfecho demência foi realizada pelo seguinte critério: ter no mínimo dois testes positivos dos três utilizados nessa pesquisa que classificam a cognição como prejudicada ou não, sendo eles: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Teste do Desenho do Relógio (TDR) e o Teste de Fluência Verbal Semântica dos Animais (FVSA).

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. De acordo com Folstein et al. (20) e Gluhm et al. (21), os pontos de corte para classificar como prevalência de demência nesse teste será conforme a escolaridade do participante: 26 pontos para ensino médio e superior completos e 18 pontos para escolaridade baixa (menor de seis anos de estudo), sendo que os analfabetos não foram incluídos nesse estudo. O teste de fluência verbal dos animais por categorias semânticas consiste em solicitar à pessoa idosa que diga o maior número possível de animais em um minuto, sem repeti-los, sendo que foi utilizado o ponto de corte de menor ou igual a 14 para classificar como comprometimento da cognição nesse teste.

Já, o teste do desenho do relógio (compreende solicitar à pessoa idosa que desenhe um mostrador de relógio redondo com números, em seguida, o entrevistador solicita que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos de um horário específico. O desenho foi avaliado pelo método Pfizer de quatro pontos: desenho do círculo correto (1 ponto), números na posição correta (1 ponto), presença de todos os 12 números (1 ponto), posição correta dos ponteiros (1 ponto). A classificação é de acordo com a pontuação, indica anormalidade quando esta for menor do que quatro pontos, ou seja, se errar qualquer um dos quatro itens²².

Para complementar a avaliação da cognição, utilizamos também o teste ADAS-Cog (*Alzheimer's Disease Assessment Scale*) para mensurar a gravidade do déficit cognitivo e da memória. Esse instrumento é composto por duas séries com um máximo de 120 pontos, sendo que a primeira série consiste na avaliação cognitiva, mensurada por onze questões e com escore máximo de 70 pontos, enquanto a segunda série avalia distúrbios comportamentais, incluindo 10 questões e escore máximo é de 50 pontos. Optou-se por utilizar apenas a primeira série nesse estudo, pelo fato de nossa amostra ser composta por adultos e idosos ativos. Um escore alto indica baixa performance. As áreas avaliadas nessa série do teste são a memória imediata (50%), a linguagem (35%) e a práxis (15%)²³.

A classe econômica foi estabelecida de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) válida a partir da data de 01/01/2015 na aplicação do Critério Brasil²⁴.

Os dados descritivos foram apresentados por meio de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas e como frequência absoluta e relativa simples para as variáveis categóricas. A comparação de proporções foi feita pelo teste do Qui-quadrado. E as estatísticas analíticas das médias entre a presença e a ausência dos desfechos em estudo foi feita pelos testes t de *Student* para as variáveis numéricas com distribuição normal e pelo teste não paramétrico U de *Mann-Whitney* para as variáveis numéricas sem distribuição normal. Para avaliar a associação entre os desfechos depressão e demência foram feitas razões de prevalências com modelo não ajustado e modelos ajustados por meio da regressão robusta de *Poisson*.

RESULTADOS

Foram entrevistados 167 participantes, com idade máxima de 88 anos e mínima de 51 anos, sendo mais prevalente os indivíduos do sexo feminino, correspondendo a 159 (95,2%) sujeitos da amostra. Quanto as classes econômicas, as principais foram B e C, com 43,7% (n=73) e 40,7% (n=68), respectivamente. O estado civil mais presente foi casado ou em união estável também com 43,7% (n=73) seguido pelo viúvo com 32,9% (n=55). Dos 167 participantes do estudo, 82 (49,1%) relataram ter nascido no meio rural, desses, a média de tempo vivido nesse meio foi de 18 ($\pm 11,77$) anos, conforme Tabela 1.

As prevalências de depressão e de demência foram 6% (n=10) e 12,6% (n=21), respectivamente. Ao comparar fatores sociais e demográficos dentre os participantes do estudo classificados com e sem depressão e com e sem demência, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para alguns fatores, porém somente para o desfecho demência. Assim, comparando os participantes classificados com e sem cognição prejudicada, respectivamente, a média de idade foi de 71,9 ($\pm 9,52$) vs. 65,9 ($\pm 7,61$) anos ($p=0,012$); a média dos anos de estudo foi de 7,5 ($\pm 4,12$) vs. 12,3 ($\pm 4,47$) ($p\leq 0,001$); e o tempo que viveu no meio rural antes de ir para o meio urbano foi de 24,10 ($\pm 8,45$) vs. 16,80 ($\pm 12,44$) anos. Demais comparações entre grupos com e sem demência e com e sem depressão podem ser observadas na Tabela 1.

Com relação à comparação do ADAS-Cog dentre aqueles com e sem depressão e com e sem demência, também demonstrado na Tabela 1, foi significativamente maior o escore para a presença de ambos os desfechos, sendo que maiores pontuações correspondem a piores níveis de cognição. Para os classificados com depressão o escore foi de 11,58 $\pm 4,12$ e naqueles sem depressão foi de 7,96 $\pm 5,07$ ($p=0,006$). E para demência, como esperado, a pontuação foi significativamente maior dentre aqueles

VARIÁVEIS		Depressão [†]			p	Demência [‡]		p
		Total (n=167)	Sim (n=10)	Não (n=157)		Sim (n=21)	Não (n=146)	
Idade		66,8($\pm 8,18$)	68,5($\pm 9,50$)	66,7($\pm 8,11$)	0,659*	71,9($\pm 9,52$)	65,9($\pm 7,61$)	0,012*
Anos de estudo		11,6($\pm 4,71$)	9,0($\pm 3,89$)	11,8($\pm 4,72$)	0,062†	7,5($\pm 4,12$)	12,3($\pm 4,47$)	$\leq 0,001$ †
Tempo viveu meio rural			23,80($\pm 10,57$)	17,63($\pm 11,80$)	0,183 †	24,10($\pm 8,45$)	16,80($\pm 12,44$)	0,011†
Sexo	Feminino	159(95,2%)	8(80%)	151(96,2%)		19(12,0%)	139(88,0%)	
	Masculino	8(4,8%)	2(20%)	6(3,8%)	0,075‡	2(25,0%)	6(75,0%)	0,267‡
Classe econômica								
	Classe A e B	86(51,5%)	4(4,7%)	82(95,3%)		7(8,4%)	76(91,6%)	
	Classe C	68(40,7%)	4(5,9%)	64(94,1%)		8(12,5%)	56(87,5%)	
	Classe D e E	13(7,8%)	2(15,4%)	11(84,6%)	0,315**	2(20,0%)	8(80,0%)	0,461**
Companheiro								
	Com	73(43,7%)	3(4,1%)	70(95,9%)		5(7,0%)	66(93,0%)	
	Sem	94(56,3%)	7(7,4%)	87(92,6%)	0,516‡	12(14,0%)	74(86,0%)	0,202‡
ADAS-Cog		7,2(5,3-9,9)	11,58($\pm 4,12$)	7,96($\pm 5,07$)	0,006†	16,07($\pm 7,83$)	7,26($\pm 3,74$)	$\leq 0,001$ †
Uso de antidepressivo	Não	141 (84,4%)	7 (5,0%)	134 (95,0%)	0,190(‡)	12 (9,2%)	119 (90,8%)	0,125(‡)
	Sim	26 (15,6%)	3 (11,5%)	23 (88,5%)		5 (19,2%)	21 (80,8%)	

classificados com demência, com 16,07 $\pm 7,83$ pontos comparado com 7,26 $\pm 3,74$ pontos dentre aqueles sem demência ($p\leq 0,001$).

Tabela 1. Caracterização da amostra demonstradas como média ($\pm DP$) para variáveis quantitativas e frequência (%) para variáveis qualitativas, dados globais e para os desfechos depressão e demência (N=167).

Notas: † Depressão: Escala de Depressão Geriátrica (EDG de 15 pontos) maior ou igual a seis pontos. ‡ Demência: mínimo

dois testes de cognição positivos, dentre teste do relógio, teste de fluência verbal semântica dos animais e mini-exame do estado mental. *Teste t. † Mann Whitney. ‡ Exato de Fisher. ** Qui-quadrado.

Ao correlacionar a Escala de Depressão Geriátrica com os testes que avaliam a cognição, encontramos correlação significativa para todos os testes exceto para o Teste do Desenho do Relógio

Testes para Cognição	r*	p
TDR	0,079	0,311*
FVSA	0,344	≤0,001*
MEEM	0,196	0,013*
ADAS-Cog	-0,262	0,001*

(Tabela 2).

Tabela 2. Correlação entre pontuação na Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e os testes para cognição (N=167).

Notas: * Teste de correlação de Postos de Spearman. TDR = Teste do Desenho do Relógio; FVSA = Teste de Fluência Verbal Semântica dos Animais; MEEM = Mini-Exame do Estado Mental; ADAS-Cog (*Alzheimer's Disease Assessment Scale*).

A Tabela 3 mostra a associação entre depressão e demência. A depressão foi significativamente associada com demência no modelo univariável (RP = 3,52; IC 95% = 1,23 – 10,07), reduzindo a razão de prevalência, mas sem perder significância quando ajustado para idade (RP = 3,25; IC 95% = 1,17 – 9,02) e para o tempo (em anos) que viveu no meio rural desde que nasceu até o momento que foi morar no meio urbano (RP = 2,97; IC 95% = 1,09 – 8,09). E quando ajustado também para escolaridade, manteve o padrão de leve redução da razão de prevalência, mas perdeu a significância (RP = 2,72; IC

MODELO	RP (IC 95%) £	Valor P
Univariável	3,52 (1,23 – 10,07)	0,019
Ajustado por		
Idade	3,25 (1,17 – 9,02)	0,024
Idade e Tempo que viveu no meio rural*	2,97 (1,09 – 8,09)	0,033
Idade, Tempo que viveu no meio rural e Escolaridade‡	2,72 (0,91 – 8,09)	0,072
Idade, Tempo que viveu no meio rural, Escolaridade‡, medicamento antidepressivo	2,45 (0,77 – 7,81)	0,130

95% = 0,91 – 8,09), o mesmo se manteve com a inclusão do uso de medicamento antidepressivo no modelo (RP = 2,45; IC95% = 0,77 – 7,81).

Tabela 3. Razões de prevalência (RP) da depressão com a demência em adultos e idosos ativos do CREati-UPF (N=167).

Notas: £ RP = Razão de Prevalência – Regressão Robusta de Poisson. * Tempo que viveu no meio rural: em anos de moradia. ‡ Escolaridade: em anos de estudo.

DISCUSSÃO

A relação entre depressão e demência é complexa e ainda não é bem compreendida, existem inúmeras visões sobre como as duas condições estão relacionadas²⁵. A prevalência de tais agravos varia dependendo do local onde foi realizado o estudo, o tipo de escala utilizada e a faixa etária inclusa^{26,27,28,29,30}. Em nosso estudo, encontramos baixas prevalências desses desfechos de saúde mental como demonstrado nos resultados. Tais achados, podem ser considerados um resultado positivo, sugerindo que a participação em Centros de Atenção e Convivência para idosos, que oferecem atividades físicas,

sociais, culturais e educacionais, podem prevenir ou retardar os prejuízos na saúde mental, confirmado em demais pesquisas que em seus resultados apresentam a participação nos grupos como fator de proteção contra ocorrência de depressão, melhor qualidade de vida e menor ocorrência de depressão quando comparados a idosos que não participam de grupos de convivência^{31,32,33,34,35}.

O desfecho demência, em nossos achados, foi mais prevalente em idosos mais velhos, cenário similar ao descrito por Nation et al. (36) que em um estudo de *coorte* retrospectiva com 877 participantes, com idade entre 55 a 91 anos, acompanhados por 10 anos, observou-se que quanto maior a faixa etária, maior a associação de processos neurodegenerativos do cérebro e progressão mais rápida para demência.

Já, quanto a associação significativa de demência e baixa escolaridade, estudos apontam que a maior escolaridade influencia para a conservação do desempenho cognitivo em idosos, assim como, que a escolarização precoce, colabora de forma importante para a concepção de uma reserva cognitiva, que minimiza o impacto das lesões cerebrais^{37,38,39}. Os dados que encontramos corroboram com Barroso e colegas (40) que em um estudo transversal de avaliação neuropsicológica de idosos em investigação para demência, verificou que o fator baixa escolaridade associou-se ao pior desempenho nos testes cognitivos.

Todos os participantes do nosso estudo eram residentes do meio urbano no momento da entrevista, visto que eram frequentadores de um Centro de Referência ao Idoso de uma Universidade. Mas uma porcentagem nasceu e viveu por um período no ambiente rural. Sabe-se que entre as décadas de 1950 e 1980 o êxodo rural foi grande em busca de melhores condições de vida e, nesse sentido, tal meio pode ofertar menores estímulos, socialização e recursos de saúde, podendo ter influência em desfechos de saúde mental⁴¹. Entretanto, estudos longitudinais sobre saúde mental em indivíduos do meio urbano e rural devem ser estimulados, pois com o avanço da tecnologia, mesmo as áreas mais distantes estão conectadas com o mundo. Talvez os fatores mais importantes sejam a escolaridade e a classe econômica, não o local de moradia.

Sabe-se que em zonas rurais, se registam elevadas taxas de analfabetismo e, também, se detecta uma maior prevalência de casos de demências, quando comparadas com o meio urbano. A maioria dos estudos sobre demência com população idosa no Brasil foram em habitantes de áreas urbanas. Entretanto, podemos comparar os resultados do presente estudo com pesquisas transversais de base populacionais, realizadas nos Estados Unidos e China, que abordam uma prevalência notável de demência em zonas rurais, onde ambas trazem a educação como uma razão importante para as diferenças urbanos-rurais^{42,43}.

Com relação ao instrumento ADAS-Cog, esse vem sendo utilizado para avaliar o desempenho cognitivo e a evolução de pacientes com demência por diversos estudos e tem se mostrado uma ferramenta útil para detectar tais declínios^{23,44,45,46}. Em nosso estudo, quando comparamos os indivíduos com e sem depressão, os escores foram significativamente mais elevados dentre aqueles com demência, sugerindo uma associação entre essas duas doenças mentais. Nesse sentido, quando calculamos as razões de prevalências entre esses dois desfechos encontramos associação significativa entre depressão e demência mesmo após ajustes para idade e pelo tempo que viveu no meio rural, apontando mais uma vez para a hipótese de que a depressão pode estar associada com as alterações da cognição em idosos.

Essa associação entre depressão e demência tem sido cada vez mais investigada por serem patologias comuns entre os idosos e por aparecerem em conjunto ou com uma pequena distância temporal². Levantam-se então hipóteses de que a demência aumenta o risco ou desencadeia o surgimento da depressão, seja por alterações orgânicas ou pela própria reação do doente à doença e às suas consequências, ou de que a depressão é que aumenta o risco de demência, ou surja como sinal do início da degradação cognitiva^{47,48,49}.

Saczynski et al. (48) seguiram 949 participantes, com média de idade de 79 anos, do *Framingham Heart Study* durante 17 anos, tendo mostrado que para cada acréscimo de 10 pontos na escala, houve

um aumento significativo no risco de demência (HR 1,46, IC 95% 1,18-1,79, $p < 0,001$) e de Doença de Alzheimer (HR 1,39, IC 95% 1,11-1,75, $p = 0,005$). Outro estudo de *coorte* que acompanhou 6.376 mulheres com idade entre 65 e 79 anos, sem déficits cognitivos, também concluiu que a presença de sintomas depressivos clinicamente significativos era um fator independente responsável por maior risco de vir a desenvolver a demência ou déficits cognitivos moderados⁴⁹.

Outro estudo de *coorte* acompanhou por 10 anos, de 1993 até 2004, 3.325 indivíduos da comunidade com mais de 55 anos de idade. As pessoas depressivas não apresentavam demência no início do estudo, mas após um tempo, 434 já apresentavam graus de demência, sendo que 384 delas receberam o diagnóstico de Alzheimer, com uma razão de azares de 1,42 (IC95% = 1,05-1,94) ajustado para idade, sexo, escolaridade, índice de massa corporal, tabagismo, etilismo, nível de cognição, uso de antidepressivos e APOEε4⁵⁰.

Em relação ao uso de antidepressivos, um estudo prospectivo com 5.607 indivíduos com cognição normal e 2500 com déficits cognitivos moderados em 30 Centros de Doença de Alzheimer nos Estados Unidos entre 2005 e 2011, que teve como objetivo identificar fatores de risco para deterioração cognitiva, utilizando, assim como em nosso estudo, a Escala de Depressão Geriátrica, verificou que o efeito da depressão não diferiu pelo tratamento com antidepressivos, concluindo que a depressão é um forte fator de risco para indivíduos normais progredirem para comprometimento cognitivo leve⁵¹.

A maior parte dos estudos aponta que a depressão venha a ser um fator de risco para o desenvolvimento de demência. Os mecanismos pelo qual é um fator de risco continuam por esclarecer, mas esta informação poderá já ser usada pelo clínico para ter em conta essa possibilidade no idoso deprimido. Tornando importante considerar a possibilidade do surgimento da depressão no doente demente, e os seus efeitos na sua qualidade de vida.

Dentre as fragilidades do presente estudo, salienta-se a dificuldade em encontrar um critério estabelecido para classificar o idoso com demência, não existindo apenas uma ferramenta que determine tal achado. Outra limitação se refere ao maior percentual de mulheres, desta forma, os dados não são representativos da população. Entretanto, mesmo diante dessa limitação, os resultados contribuíram para verificar a influência da depressão sobre a demência e a associação de fatores sociodemográficos sobre essas doenças mentais em adultos e idosos ativos.

CONCLUSÃO

Diante dos achados, observa-se associação entre depressão e demência e baixa prevalência de ambos distúrbios cognitivos em indivíduos frequentadores de um Centro de Referência e Atenção ao Idoso, podendo, essas prevalências reduzidas, ter influência das atividades físicas, sociais, culturais e educacionais, ofertadas pelo Centro, auxiliando na prevenção ou retardo dos prejuízos na saúde mental no processo do envelhecimento humano ou ser uma característica específica de frequentadores desses Centros.

Este estudo contribui para o fortalecimento do argumento de que é importante a inclusão de idosos em atividades que o mantenham fisicamente e mentalmente ativo, assim como a compreensão de tais achados pode visar a busca da melhora cognitiva de indivíduos idosos por meio de ações voltadas a oferta de um envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida.

Contribuição dos Autores

DBG: Elaboração do projeto de pesquisa, participação na coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão

ALSA: Elaboração do projeto de pesquisa, participação na coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão

GGB: Participação na interpretação dos dados e redação do artigo

MRP: Elaboração do projeto de pesquisa e participação na coleta de dados

HMS: Elaboração do projeto de pesquisa e participação na coleta de dados

BMD: Elaboração do projeto de pesquisa e participação na coleta de dados

BG: Participação na análise e interpretação dos dados e redação do artigo

BBT: Participação na análise e interpretação dos dados e redação do artigo

GFS: Participação na análise e interpretação dos dados e redação do artigo

Conflito de Interesse

Os autores declaram não possuir conflito de interesse

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MSS, Silva MSF, Drumond, MRS . Saúde Mental do Idoso com enfoque na Depressão. Revista E-Ciência. 2016; 4(1): 26-33.
2. Boff MS, Sekyia FS, Bottino CMC. Prevalence of dementia among brazilian population: systematic review. Rev Med (São Paulo). 2015; 94(3): 154-161.
3. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia [internet]. Demência: uma prioridade de saúde pública [acesso em 19 nov 2019]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/demencia-uma-prioridade-de-saude-publica/>.
4. World Health Organization [internet]. Dementia: a public health priority [acesso em 19 nov 2019]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/.
5. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. Arch. Gen. Psychiatry. 2006; 63(5): 530-538.
6. Schweitzer I, Tuckwell V, O'Brien J, Ames D. Is late onset depression a prodrome to dementia? Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2002; 17(11): 997-1005.
7. Eulálio MC, Andrade TF, Melo RLP, Neri AL. A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(3): 555-64.
8. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Rev. bras. Epidemiol. 2016; 19(1): 691-701.
9. Sengupta P, Benjamin AI. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. Indian J Public Health. 2015; 59(1): 3.
10. Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Silva LB. Associação entre depressão e qualidade de vida em idosos: atenção primária à saúde [Association between depression and quality of life in older adults: primary health care]. Rev. Enferm UERJ. 2017; 25: 19987.
11. Li J, Ogrodnik M, Kolachalama VB, Lin H, Au R. Assessment of the mid-life demographic and lifestyle risk factors of dementia using data from the Framingham Heart Study offspring cohort. J Alzheimers Dis. 2018; 63(3): 1119-1127.
12. Kim MS, Shin DS, Choi YJ, Kim JS. How much do older adults living alone in rural South Korea know about dementia?. J Prev Med Public Health. 2018; 51(4): 188.

13. Goveas JS, Espeland MA, Woods NF, et al. Depressive symptoms and incidence of mild cognitive impairment and probable dementia in elderly women: the Women's Health Initiative Memory Study. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59:57–66.
14. Li G, Wang LY, Shofer JB. Temporal relationship between depression and dementia: findings from a large community-based 15-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68:970–977.
15. Barnes DE, Yaffe K, Byers AL. Midlife vs. late-life depressive symptoms and risk of dementia: differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:493–498.
16. DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde; 2015 [acesso em 22 setembro 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/idosobr.def>.
17. CREATI. Universidade de Passo Fundo. Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade; 2021 [acesso em 22 setembro 2021]. Disponível em: <http://www.creati.upf.br/index.php/objetivos>.
18. Purtle J, Nelson KL, Yang Y, Langellier B, Stankov I, Diez Roux AV. Urban–Rural Differences in Older Adult Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies. *Am J Prev Med.* 2019;56(4):603-613.
19. 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.
20. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 1975;12:189-98.
21. Gluhm S, Goldstein J, Loc K, Colt A, Van Liew C, Corey-Bloom J. Cognitive performance on the mini-mental state examination and the montreal cognitive assessment across the healthy adult lifespan. *Cogn Behav Neurol.* 2013; 26(1); 1.
22. Palsetia D, Rao GP, Tiwari SC, Lodha P, De Sousa A. The clock drawing test versus mini-mental status examination as a screening tool for dementia: A clinical comparison. *Indian J. Psychol. Med.* 2018; 40(1):1.
23. Schultz RR, Siviero MO, Bertolucci PHF. The cognitive subscale of the "Alzheimer's Disease Assessment Scale" in a Brazilian sample. *Braz J Med Biol Res.* 2001; 34(10):1295-1302.
24. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2008 [acesso em 20 setembro 2019]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12>.
25. Fernandes MA, de Melo DM, Bastos LA, Feitosa CDA. Prevalence of geriatric depression in a basic health unit/Prevalência de depressão geriátrica em uma unidade básica de saúde/Prevalencia de depresión geriátrica en una unidad básica de salud. *Rev. Enferm. UFPI.* 2018; 7(3): 48-53.
26. Goncalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís - MA). *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(2): 289-300.
27. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012; 7(23): 75-82.
28. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(3): 190-7.
29. Lentsck MH. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. *Rev Eletrônica Enfermagem.* 2019; 17(3): 121-127.
30. Lini EV. Prevalência e fatores associados aos sintomas sugestivos de demência em idosos. *Ciências & Cognição.* 2016; 21(2): 189-197.
31. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2013; 16(4): 821-832.
32. Yassuda MS, da Silva HS. Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estud. psicol.* 2010; 27(2): 207-214.

33. Almeida EA, Madeira GD, Arantes PMM, Alencar MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 13(3):435-44.
34. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 1: 2087-2093.
35. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2016; 19: 691-701.
36. Nation DA, Edmonds EC, Bangen KJ, Delano-Wood L, Scanlon BK, Han SD, Bondi MW. Pulse pressure in relation to tau-mediated neurodegeneration, cerebral amyloidosis, and progression to dementia in very old adults. *JAMA neurology*. 2015;72(5): 546-553.
37. Barroso SM, Sousa RC. Avaliação neuropsicológica de idosos em investigação para demência. *Revista Família, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* 2018; 6(4):753-763.
38. Jia J, Wang F, Wei C, Zhou A, Jia X, Li F, Cui Y. The prevalence of dementia in urban and rural areas of China. *Alzheimers Dement.* 2014; 10(1):1-9.
39. Burlá C et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(10), 2949-2956.
40. Sobral M, Pestana MH, Paúl C. Cognitive reserve and the severity of Alzheimer's disease. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2015; 73(6), 480-486.
41. COELHO CLM et al. A influência do gênero e da escolaridade no diagnóstico de demência. *Estudos de psicologia (Campinas)*: 2010; 27(4), 448-456.
42. Weden MM, Shih RA, Kabeto MU, Langa KM. Secular trends in dementia and cognitive impairment of US rural and urban older adults. *Am. J. Prev. Med.* 2018; 54(2):164-172.
43. Nogueira J, Freitas S, Duro D, Tábuas-Pereira M, Guerreiro M, Almeida J, Santana I. Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog): Normative Data for the Portuguese Population. *Acta med. port.* 2018; 31(2): 94-100.
44. Takahashi M, Oda Y, Okubo T, Shirayama Y. Relationships between cognitive impairment on ADAS-cog and regional cerebral blood flow using SPECT in late-onset Alzheimer's disease. *J. Neural Transm.* 2017;124(9): 1109-1121.
45. Khandker R, Black C, Pike J, Husbands J, Ambegaonkar B, Jones E. The relationship between Mini-Mental State Examination (MMSE) & Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale (ADAS-cog) using real world data in US & Europe 2018;178: 5.
46. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence?. *Maturitas*. 2014; 79(2):184-190.
47. Gutzmann H, Qazi A. Depression associated with dementia. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2015;48(4):305-311.
48. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*. 2010; 75(1): 35-41.
49. Goveas JS, Hogan PE, Kotchen JM, Smoller JW, Denburg NL, Manson JE. Depressive symptoms, antidepressant use, and future cognitive health in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study. *Int Psychogeriatr*. 2012; 24(8): 1252-1264.
50. Reppermund, S. Depression in old age—the first step to dementia?. *The Lancet Psychiatry*. 2016; 3(7): 593-595.
51. Steenland K, Karnes C, Seals R, Carnevale C, Hermida A, Levey A. Late-life depression as a risk factor for mild cognitive impairment or Alzheimer's disease in 30 US Alzheimer's disease centers. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*. 2012; 31(2): 265-75.