



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Frequência de alterações cognitivas em pacientes com depressão em um ambulatório psiquiátrico de Salvador - Bahia

Marianne Carneiro Mascarenhas

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal da Bahia
Sistema de Bibliotecas
Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira

M395 Mascarenhas, Marianne Carneiro.
Frequência de alterações cognitivas em pacientes com depressão em
Um ambulatório psiquiátrico de Salvador – Bahia / Marianne Carneiro
Mascarenhas. – 2015.

viii, 42 f.: il.

Orientador: William Azevedo Dunningham.
Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia,
Faculdade de Medicina da Bahia, 2015.
Inclui anexos.

1. Depressão. 2. Transtorno de humor. 3. Distúrbio cognitivo. 4. Cognição.
I. Dunningham, William Azevedo. II. Universidade Federal da Bahia.
Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 616.89-008.454



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Frequência de alterações cognitivas em pacientes com depressão em um ambulatório psiquiátrico de Salvador - Bahia

Marianne Carneiro Mascarenhas

Professor orientador: **William Azevedo Dunningham**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Frequência de alterações cognitivas em pacientes com depressão em um ambulatório psiquiátrico de Salvador - Bahia*, de **Marianne Carneiro Mascarenhas**.

Professor orientador: **William Azevedo Dunningham**

COMISSÃO REVISORA:

- **William Azevedo Dunningham** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia.
- **Ramon dos Santos El-Bachá**, Professor do Departamento de Biofunção do Instituto de Ciências da Saúde.
- **Paulo Gilvane Lopes Pena**, Professor do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia.
- **Kiyoshi Ferreira Fukutani**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim. (Chico Xavier)

Aos Meus Pais, **Adroaldo Mascarenhas** e **Mirany Carneiro Mascarenhas**. Aos meus irmãos, **Caroline Mascarenhas** e **Tarcisio Mascarenhas**; e ao meu namorado **Tiago Giffoni**

EQUIPE

- Marianne Carneiro Mascarenhas, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: marymascarenhas_ba@hotmail.com
- William Azevedo Dunningham, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

- Hospital Juliano Moreira

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutor **William Dunningham**, pela presença constante, paciência e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida acadêmica e profissional de futuro médico.
- ◆ Ao professor Doutor **José Tavares-Neto**, pela dedicação e compromisso com a formação científica dos estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia.
- ◆ Ao Doutor **Ramon El-Bachá**, participante da minha comissão revisora, pela atenção e cuidado durante a construção desse trabalho, tornando-o melhor.
- ◆ Ao Doutor **Paulo Pena**, participante da minha comissão revisora, pelo apreço na correção.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
• III.1 Definição	5
• III.2 Sintomas clínicos	6
• III.3 Classificação	7
• III.4 Prevalência	7
• III.5 Disfunções cognitivas	8
• III.6 Impacto	9
IV. METODOLOGIA	11
• IV.1 Desenho de estudo	11
• IV.2 Amostra populacional	11
• IV.3 Critérios de inclusão	11
• IV.4 Critérios de exclusão	11
• IV.5 Variáveis do estudo	12
• IV.6 Definição do tamanho amostral	13
• IV.7 Métodos estatísticos	13
• IV.8 Aspectos éticos	13
V. RESULTADOS	15
VI. DISCUSSÃO	20
VII. CONCLUSÕES	26
VIII. SUMMARY	27
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
X. ANEXOS	32
• ANEXO I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	33
• ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	35
• ANEXO III: Formulário de identificação do paciente	37
• ANEXO IV: Mini Exame do Estado Mental	38
• ANEXO V: Teste de fluência verbal	40
• ANEXO VI: Teste do relógio	41

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. Classificação da população segundo sexo.	15
TABELA 2. Classificação dos pacientes segundo a presença de alterações cognitivas no teste da fluência verbal.	15
TABELA 3 Classificação dos pacientes segundo a presença ou ausência de déficit cognitivo a partir da pontuação alcançada no Mini Exame do Estado Mental.	16
TABELA 4 Classificação da função cognitiva da população do estudo segundo escore alcançado no teste do relógio.	16
TABELA 5 Classificação da população quanto ao número de testes alterados.	17
TABELA 6 Classificação quanto aos testes alterados na população amostral do sexo masculino.	17
TABELA 7 Classificação quanto aos testes alterados na população amostral do sexo feminino.	18
TABELA 8 Classificação do desempenho populacional nos testes realizados quanto a intervalos de faixa etária.	19

I. RESUMO

FREQUÊNCIA DE ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM PACIENTES COM DEPRESSÃO EM UM AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO DE SALVADOR – BAHIA.

Fundamentação teórica: A depressão é uma condição clínica que reúne vários tipos de transtorno de humor, acometendo grande contingente de pessoas e está intimamente relacionada com a baixa qualidade de vida. É uma doença de curso crônico, relacionada à idade de início dos sintomas, presença ou ausência de anormalidades estruturais detectáveis, medicações e outras comorbidades associadas.

Objetivo: O objetivo desse estudo foi determinar a frequência de alterações cognitivas em pacientes em tratamento de depressão. **Metodologia:** O projeto foi desenvolvido no modelo de um estudo exploratório transversal que determinou a frequência de alterações cognitivas em pacientes em tratamento de depressão. A amostra da população foi definida por conveniência, composta de 38 pacientes com diagnóstico de Depressão Maior, atendidos no ambulatório do Hospital Juliano Moreira, Salvador, Bahia. Durante as consultas dos pacientes, foram aplicados os testes de: fluência verbal, teste do relógio e o Mini Exame do Estado Mental. **Resultados:** A partir dos resultados dos testes a população foi estratificada quanto ao sexo, quantidade de resultados alterados em cada teste, quantidade de testes alterados no total e quanto a alterações dos testes em faixas etárias. **Discussão:** Os dados coletados demonstram que o sexo feminino é mais acometido por depressão em relação ao sexo masculino. Os resultados demonstram que os pacientes com depressão da amostra estudada possuem mais alterações quanto ao raciocínio lógico não-verbal, analisado pelo teste do relógio; e menos alterações referentes à atividade verbal, analisado pelo teste da fluência verbal e quanto à orientação, memória, linguagem, cálculo e atenção, analisados pelo Mini Exame do Estado Mental. A idade não representou um fator definitivo no progresso da depressão. **Conclusão:** A análise dos resultados dos testes aplicados durante a coleta de dados evidenciou que alterações cognitivas são frequentes em pacientes que apresentam Depressão Maior. Os dados demonstram que a depressão é uma doença mais frequente em mulheres, e que a idade não foi um fator determinante do desenvolvimento da doença.

Palavras chave: Depressão, transtorno de humor, distúrbio cognitivo, cognição.

II. OBJETIVOS

GERAL

Estimar a frequência de alterações cognitivas em pacientes Ambulatoriais, com diagnóstico de Depressão Maior, atendidos no Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA.

ESPECÍFICOS

1. Discriminar quantitativamente as alterações cognitivas presentes nestes pacientes investigados;
2. Estratificar as alterações cognitivas mais prevalentes segundo idade e sexo;
3. Analisar a importância das alterações cognitivas nos pacientes com Depressão Maior.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III. 1 Definição

A depressão é uma condição clínica que pode ser caracterizada como uma síndrome, um sintoma ou um transtorno mental ¹. É uma doença de curso crônico, relacionada a fatores, como a idade de início dos sintomas, presença ou ausência de anormalidades estruturais detectáveis, medicações e outras comorbidades associadas ^{2,3,4}. Reúne vários tipos de transtorno de humor que tendem a polarizar para a tristeza ⁴; que acomete grande contingente de pessoas, atingindo desde jovens a idosos e se relaciona intimamente com a perda da qualidade de vida ^{5,6}.

A depressão pode ser considerada como sinônimo de episódio depressivo, como classificado de acordo o Código Internacional de Doença 10^a versão (CID-10), como transtorno depressivo segundo a 5^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) da Associação Psiquiátrica Americana (APA) ^{1,4,7}.

Os episódios depressivos são caracterizados por um conjunto de sintomas presentes num determinado espaço de tempo; enquanto que transtorno é descrito como um conjunto de episódios depressivos que caracteriza um padrão mórbido que se aproxima do conceito de doença depressiva ⁴.

O transtorno depressivo tem apresentações clínicas e cursos variáveis, considerando a sintomatologia, a polaridade (unipolar ou bipolar), o curso da doença (recorrente ou crônico), fatores desencadeantes e a gravidade ⁸.

As síndromes depressivas estão intimamente relacionadas com experiências de perdas, como morte de pessoas queridas, perda do emprego, perda de moradia e queda do nível socioeconômico. As perdas podem ser caracterizadas como um dos fatores desencadeadores da depressão ⁹.

A Depressão Maior é caracterizada pelo humor depressivo constante e pela anedonia; apresenta curso crônico e está frequentemente associada à incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental; além de estar relacionada à

alterações no sono, apetite e ritmo circadiano e até mesmo mudanças no comportamento^{10,11,12}.

III. 2 Sintomas clínicos

Os principais sintomas relacionados com as síndromes depressivas podem ser divididos em: sintomas afetivos, como tristeza, apatia, tédio, irritabilidade aumentada, angústia e ansiedade; alterações da esfera instintiva e neurovegetativa, como anedonia, fadiga, cansaço, desânimo, insônia ou hipersomnia, perda ou aumento do apetite, diminuição da libido, constipação e palidez; alterações ideativas, tais como rumações de mágoas antigas, ideias de morte, desejo de desaparecer, planos e atos suicidas, ideias de arrependimento e culpa; alterações cognitivas como déficit de atenção e concentração, déficit de memória, dificuldade de tomar decisões e pseudodemência depressiva; alterações da autoavaliação como auto-estima diminuída, sentimento de insuficiência e incapacidade, vergonha e autodepreciação; alterações na psicomotricidade, como aumento na latência entre as perguntas e respostas, lentificação psicomotora, estupor hipertônico ou hipotônico, mutismo e negativismo; por fim, sintomas psicóticos como ideias delirantes de conteúdo negativo, alucinações auditivas ou visuais, ilusões auditivas ou visuais, ideação paranoide, entre outros^{9,13}.

Dentre os vários sintomas apresentados por pessoas depressivas, um dos mais prevalentes é a perda de interesse e prazer por atividades que antes causavam vivências de bem-estar, denomina-se esse fenômeno de anedonia. Associado a esse sintoma, existem outros, como por exemplo o déficit de memória, sentimentos de insuficiência e incapacidade, que comprometem a capacidade cognitiva do paciente com depressão, tais como a concentração e atenção diminuídas e psicomotricidade alterada⁴.

Os sintomas cognitivos mais típicos de Depressão Maior são representados por anedonia, auto-avaliação negativa, inutilidade, pensamentos de morte, ideação suicida, pensamento ruminativo com relação a fracassos passados, delírios e alucinações⁴.

Além disso, muitas enfermidades podem estar associadas à depressão, como as doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas e outras síndromes dolorosas crônicas¹⁴. Essas comorbidades associadas apresentam impacto

negativo na adesão ao tratamento e na resposta a este, na qualidade de vida e no curso da doença física ⁵.

Em idosos a presença da depressão está relacionada a perda de autonomia, causando problemas sociais, emocionais e psicológicos²; que agravam manifestações patológicas prévias ^{6,15}.

III. 3 Classificação

Os critérios para o diagnóstico de episódio depressivo segundo o DSM-V são: humor depressivo, desânimo, perda de apetite, sono, anedonia, fadiga, pessimismo, baixa auto-estima, concentração prejudicada, pensamento de morte ou suicídio e retardo ou agitação psicomotora. A Depressão Maior é diagnosticada a partir da presença de pelo menos cinco critérios citados acima, excluindo sintomas que estão claramente associados a outras condições médicas, com duração de pelo menos duas semanas, com prejuízo no funcionamento psicossocial ou sofrimento significativo ^{7,9}.

Tanto o CID-10 como o DSM-V classificam a depressão de acordo com o número, a intensidade, a importância dos sintomas clínicos e a gravidade nos seguintes estágios: leve, quando não causa impacto diretamente na vida do indivíduo, mas causa sofrimento; moderada, quando afeta as funções do indivíduo; e grave, quando incapacita social e profissionalmente o indivíduo ^{7,8,9}.

III. 4 Prevalência

A depressão é dos maiores problemas da saúde pública no mundo; estatísticas mostram que será a segunda doença de mais impacto global em 2020 ⁴.

A depressão é o transtorno mental relacionado com a incapacidade laboral e comprometimento mental de maior prevalência, correspondendo a 16,6% dos casos, causando, portanto, grande impacto para a saúde pública devido às suas implicações sociais, ocupacionais e cognitivas ¹⁶.

A prevalência do transtorno depressivo varia entre os sexos sendo o sexo feminino o mais prevalente, correspondendo a cerca de 10-25% de pacientes na população ¹⁷. A depressão é muito prevalente também em idosos. Entretanto, nessas faixas etárias são mais prevalentes alterações cognitivas que frequentemente não estão relacionadas ao quadro depressivo, sendo comumente denominadas como pseudodemência ¹⁸.

III. 5 Disfunções cognitivas

As funções cognitivas estão intimamente relacionadas com a aquisição de conhecimento por meio da percepção, atenção, memória, raciocínio, pensamento e linguagem; permitindo a adaptação do indivíduo ao meio ⁴. Várias queixas neurocognitivas estão relacionadas com a depressão, incluindo déficit de atenção, lentidão mental e amnésia ²; transtornos depressivos são associados com disfunção cognitiva, em particular, perda de memória episódica ³.

A Depressão Maior está associada com várias alterações cognitivas, tais como prejuízo na atenção, memória de trabalho e funções executivas, incluindo a inibição cognitiva e problemas de planejamento ¹³.

Uma possível explicação para o problema de memória episódica persistente nos pacientes com depressão pode estar relacionada com atrofia da zona granular do giro denteado hipocampal que ocorre nesse transtorno do humor. O hipocampo é uma estrutura fundamental para a aprendizagem e da memória. Possíveis explicações para os déficits de memória observados na depressão estão associadas a alterações funcionais e estruturais no cérebro além do hipocampo, como no córtex pré-frontal, que são estruturas essenciais para o funcionamento da memória ³.

Os déficits cognitivos vão além de dificuldades de memória, os quais são relevantes tanto para o diagnóstico diferencial entre depressão e demência, e entre depressão e envelhecimento normal ⁶. Estão relacionados também com déficit na capacidade executiva (flexibilidade cognitiva, resolução de problemas, planejamento e monitoramento), aprendizagem verbal e não-verbal ^{2,19}. As alterações cognitivas mais comuns no processo depressivo são: lentidão para responder aos estímulos, redução da

fluidez psíquica, memória e atenção reduzidas, redução do raciocínio lógico e dificuldade para resolução de problemas e tomar decisões ⁴. Os déficits neuropsicológicos são intimamente influenciados pela gravidade da doença ³.

III. 6 Impacto

A depressão é dos maiores problemas da saúde pública no mundo, é uma doença de que causa impacto global na qualidade de vida das pessoas ⁴.

As principais dificuldades associadas a eventos depressivos apresentados pelos pacientes como alteração na memória, dificuldade em tomar decisões, perda da flexibilidade cognitiva relacionada a disfunção e limitação funcional, são umas das mais preocupantes alterações cognitivas, pois esses sintomas podem continuar presentes mesmo após a obtenção de remissão do episódio ²⁰; considerando-se remissão como um período de no mínimo 3 meses sem o aparecimento de nenhum fenômeno psicopatológico que caracterize sintomas depressivos ¹⁹.

Estudos com indivíduos de diferentes idades, portadores de doenças crônicas, têm mostrado que a qualidade de vida diminui com o aumento do nível da depressão ⁵. O transtorno representa maior risco de morbi-mortalidade, de suicídio e negligência ao auto cuidado ¹⁵. Pacientes com depressão experimentam pensamentos negativos constantes, sendo um fator importante para a queda da qualidade de vida dessas pessoas; pacientes deprimidos ficam incapacitados, em média, 35 dias/ano, representando um grande ônus para a sociedade, em virtude da queda da capacidade produtiva, além do grave sofrimento psíquico e físico ⁴.

Os fatores relatados anteriormente, embasados na literatura científica, do impacto social, físico e emocional que a depressão pode gerar na população justificam o presente estudo. Ademais, a alta prevalência de depressão na população em geral, com perspectiva de ser a segunda doença de maior impacto global em 2020, o aumento do registro de novos casos com o passar dos anos, e o ônus social causado pela enfermidade na capacidade produtiva individual revelam a importância do estudo sobre o assunto. O estudo desse transtorno de humor torna-se muito importante para determinar a frequência de tais alterações em pacientes depressivos e avaliar suas

repercussões na sociedade; além de enfatizar que a depressão não se trata tão somente de episódios de tristeza apresentados pelas pessoas, mas sim de uma doença sistêmica, frequentemente incapacitante, que necessita de tratamento e acompanhamento profissional especializado.

IV. METODOLOGIA

IV. 1 DESENHO DE ESTUDO

O projeto foi desenvolvido nos moldes de um estudo exploratório-descritivo, transversal, de campo, com abordagem quantitativa que determinou a frequência de depressão e alterações cognitivas em pacientes com transtorno depressivo.

IV. 2 AMOSTRA POPULACIONAL

A amostra da população estudada foi de pacientes com diagnóstico de Depressão Maior atendidos no ambulatório do Hospital Juliano Moreira, Salvador – Bahia; a definição da amostra da população foi por conveniência, em virtude do caráter exploratório da pesquisa.

A participação dos indivíduos na pesquisa se deu de acordo com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I); estando o paciente livre para se retirar da pesquisa caso ache conveniente, esclarecendo que não haverá qualquer ônus direito ao paciente caso decida participar do trabalho. Os dados gerais do participante foram coletados num Formulário de identificação do paciente (Anexo II), após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

IV. 3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de Depressão Maior assistidos no Hospital Juliano Moreira no período de abril a agosto de 2014. Os pacientes têm idade igual ou superior a 18 anos; esses pacientes foram incluídos na pesquisa somente após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

IV. 4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos pacientes alcoolistas e usuários de drogas, devido a possíveis vieses nos resultados dos testes cognitivos; além de pacientes menores de 18 anos e os indivíduos que se negarem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

IV. 5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis trabalhadas no estudo foram os dados obtidos a partir da aplicação de testes clínicos para a avaliação cognitiva nos pacientes atendidos no ambulatório e com diagnóstico de Depressão Maior. Foram aplicados os testes:

- Mini Exame do Estado Mental, durante a consulta (Anexo III), o qual fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, projetado para uma avaliação clínica prática de mudanças no estado cognitivo; examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem; os pacientes foram classificados em com déficit cognitivo ou não a depender da pontuação realizadas nas perguntas e ações executadas, considerando-se sua escolaridade^{21,22,33};
- O teste de fluência verbal (Anexo IV), avaliou a memória semântica do paciente através da listagem de nomes representantes da categoria animal; o teste foi considerado positivo quando o paciente não conseguir alcançar a média de palavras estimadas de acordo com seu nível de escolaridade, ou negativo quando o paciente atingiu ou superou a média de palavras estimadas para seu nível de escolaridade^{24,25,26}; e o
- Teste do relógio (Anexo V) é de raciocínio lógico não-verbal, sendo um instrumento da avaliação cognitiva rápida e de fácil aplicação, utilizado para avaliar comprometimento cognitivo; dependendo o resultado obtido e com a análise do desenho realizado que levou em consideração a disposição dos números, se os números estão corretos e o horário, o desempenho do paciente foi considerado anormal, quando obteve uma pontuação menor do que 7 nos quesitos analisados; desempenho suspeito, quando a pontuação esteve entre 7 e 8; e desempenho normal quando a pontuação ficou entre 9 e 10^{27,28}.

Após a obtenção do resultado destes testes, a população foi estratificada primeiramente quanto à variável quantitativa discreta “idade”, observando quais as alterações cognitivas mais prevalentes em determinada faixa etária; em um segundo

momento, a amostra foi estratificada em relação à variável nominal “sexo” com o objetivo de avaliar quais das alterações cognitivas são mais prevalentes em homens e em mulheres. A partir desses dados, foi possível estabelecer uma comparação entre as alterações cognitivas mais comuns, levando-se em consideração a estratificação por essas duas variáveis.

IV. 6 DEFINIÇÃO DO TAMANHO AMOSTRAL

Com relação ao tamanho amostral, pelo método Lee-USP, para estimar uma proporção com base na taxa previamente conhecida de 6% de Depressão na população geral (p), com variação ($\pm d$) de 10% da precisão absoluta e nível de significância de 1% ($p < 0,01$), o número amostral significativo para a pesquisa foi de 38.

IV. 7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa de estatística SPSS, versão 13.0 para Windows. Foram utilizadas variáveis nominal e quantitativa discreta, sexo e idade respectivamente, para estratificar as frequências de alterações cognitivas nessas duas variáveis. Foi utilizada estatística descritiva com medidas de frequência e de dispersão (prevalência, moda) para melhor caracterizar a estratificação.

IV. 8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mantenedor do Ensino Superior – Bahia, obtendo aprovação do mesmo para realização da pesquisa, de acordo com comprovante do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. (Anexo V).

As diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos constantes na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde serão respeitadas. Considerando-se que serão tomadas todas as medidas para manter a privacidade e o manejo das informações colhidas.

O estudo foi realizado com os pacientes que assentirem a participação na pesquisa a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando o participante livre para abandonar a pesquisa quando lhe for conveniente. Os dados coletados foram divulgados mantendo o sigilo e anonimato dos pacientes que participarem da pesquisa. As informações foram utilizadas com a finalidade de atender aos objetivos do estudo, sem causar prejuízos à instituição ou a seres humanos. Os riscos aos participantes foram mínimos, tendo-se em vista que não houve intervenção clínica ou farmacológica pelos participantes da pesquisa.

V. RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes aos dados coletados com a aplicação de três testes: o teste de fluência verbal, o Mini Exame do Estado Mental e o teste do relógio, em 38 pacientes que corresponde a 100% dos dados da amostra estimada.

Utilizando os critérios de inclusão, foram coletados os dados de 38 pacientes com Depressão Maior segundo critérios da DSM-V, sendo 81,6% do sexo feminino e 18,4% do sexo masculino (Tabela 1). A faixa etária variou entre 22 a 84 anos, com média da idade foi 50,7 ($\pm 14,8$) anos.

Tabela 1. Classificação da população do estudo segundo sexo.

Sexo	n	(%)
Feminino	31	81,6
Masculino	7	18,4
Total	38	100

Considerando-se os resultados do teste de fluência verbal, 39,5% foram positivos e 60,5% foram considerados negativos (Tabela 2). A média de animais citados durante os testes foi de 15,4 ($\pm 6,9$) palavras. Dentre os resultados positivos, a quantidade de animais citados variou de 5 e 12, com média de 8,4 ($\pm 2,5$) animais. Considerando-se os resultados negativos temos que a quantidade de animais citados variou entre 13 e 28, com média de 20 ($\pm 4,7$) animais.

Tabela 2. Classificação dos pacientes segundo a presença de alterações cognitivas no teste da fluência verbal.

Classificação	n	(%)
Positivo	15	39,5
Negativo	23	60,5
Total	38	100

Em relação ao Mini Exame do Estado Mental, a média da pontuação foi de 26,7 ($\pm 3,8$), sendo que 57,9% foram consideradas sem déficit cognitivo, enquanto 42,1%

foram consideradas com déficit cognitivo (Tabela 3). Dentre os pacientes com déficit cognitivo a pontuação variou entre 11 a 27, a média da pontuação foi de 23,6 ($\pm 4,3$) pontos. Nos pacientes sem déficit cognitivo a pontuação variou entre 28 e 30, a média foi de 28,9 ($\pm 0,6$) pontos.

Tabela 3. Classificação dos pacientes segundo a presença ou ausência de déficit cognitivo a partir da pontuação alcançada no Mini Exame do Estado Mental.

Estado cognitivo	n	(%)
Déficit cognitivo	16	42,1
Sem déficit cognitivo	22	57,9
Total	38	100

Considerando-se o teste do relógio, 68,4% das pessoas tiveram desempenho anormal, 10,5% desempenho suspeito e 21,1% desempenho normal (Tabela 4). A média da pontuação obtida, no geral, pelos pacientes foi 5,2 (± 3) pontos. Dentre as pessoas que tiveram desempenho anormal a média da pontuação foi 3,5 ($\pm 1,6$), aquelas que apresentaram desempenhos suspeitos tiveram média de pontuação de 7,25 ($\pm 0,5$), e as pessoas que apresentaram desempenho normal tiveram média de pontuação de 9,8 ($\pm 0,3$).

Tabela 4. Classificação da função cognitiva da população do estudo segundo escore alcançado no teste do relógio.

Classificação	n	(%)
Anormalidade (<7 pontos)	26	68,4
Suspeito (7-8 pontos)	4	10,5
Normal (9-10 pontos)	8	21,1
Total	38	100

Considerando-se os resultados de todos os testes realizados temos que, de um modo geral, não especificando o teste ou o gênero, 4 (10,5%) pacientes não apresentaram nenhuma alteração nos testes realizados, 15 (39,5%) pacientes apresentaram alteração em um dos testes realizados, 11 (28,9%) pacientes apresentaram

alteração em dois testes realizados e 8 (21,1%) pacientes apresentaram alteração em todos os testes aplicados (Tabela 5).

Tabela 5. Classificação da população quanto ao número de testes alterados.

Classificação	n	(%)
Nenhuma	4	10,5
Um teste	15	39,5
Dois testes	11	28,9
Todos os testes	8	21,1
Total	38	100

Em relação à população masculina da amostra, representada por 7 pessoas (18,4% do tamanho amostral), os resultados dos testes aplicados revelam que 57,2% apresentaram resultado positivo no teste de fluência verbal, enquanto que 42,8% representaram resultado negativo no mesmo teste.

Em relação ao teste do relógio 14,3% não apresentaram alterações, enquanto que 85,7% obtiveram alteração no desempenho, desses 83,3% classificados com anormalidade e apenas 16,4% classificados com resultado suspeito. Por fim, o desempenho no Mini Exame do Estado Mental revela que 42,8% dos homens obtiveram como resultado déficit cognitivo, em contrapartida, 57,2% não apresentaram déficit cognitivo (Tabela 6).

Tabela 6. Classificação quanto aos testes alterados na população amostral do sexo masculino.

Teste	Classificação: presença de alteração – n (%)		
	Sim	Não	Total
Teste fluência verbal	3 (42,8)	4 (57,2)	7 (100)
Teste do relógio	6 (85,7)	1 (14,3)	7 (100)
MEEM	3 (42,8)	4 (57,2)	7 (100)

Considerando-se a população feminina da amostra, representada por 31 (81,6% do tamanho amostral) pessoas, em relação ao teste de fluência verbal temos que 38,7% obtiveram resultado positivo, enquanto que 61,3% obtiveram resultado negativo.

Quanto ao teste do relógio temos que 22,5% das mulheres não apresentaram alteração, enquanto que 77,5% apresentaram alteração no desempenho, dessas 87,5% foram classificadas com anormalidade e apenas 12,5% classificadas com resultado suspeito. Em relação ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental temos que 42% das mulheres apresentaram como resultado déficit cognitivo, enquanto que 58% não apresentaram déficit cognitivo (Tabela 7).

Tabela 7. Classificação quanto aos testes alterados na população amostral do sexo feminino.

Teste	Classificação: presença de alteração – n (%)		
	Sim	Não	Total
Teste fluência verbal	12 (38,7)	19(61,3)	31 (100)
Teste do relógio	24 (77,5)	7 (22,5)	31 (100)
MEEM	13 (42)	18 (58)	31 (100)

Em relação à faixa etária da população amostral, as variações de idade obtida estão contidas no intervalo de 22 a 84 anos; dividindo-se a população em três intervalos para análise as alterações cognitivas mais frequentes em determinadas faixas etárias temos que 21,1% dos participantes possuem idade entre 20 e 39 anos, 44,7% das pessoas com idade entre 40 e 59 anos, e 34,2% dos participantes com idade entre 60 e 89 anos (Tabela 8).

Na faixa etária entre 20 e 39 anos o desempenho no teste de fluência verbal mostra que 50% possuíram resultados positivos, ou seja, com alteração, e 50% obtiveram resultados negativos ou sem alteração. Com relação ao teste do relógio na mesma faixa etária, 12,5% das pessoas não apresentaram alteração, enquanto que 87,5% apresentaram alteração no resultado. Os resultados do Mini Exame do Estado Mental mostram que 62,5% das pessoas apresentaram como resultado déficit cognitivo, enquanto que 37,5% não apresentaram déficit cognitivo.

Em relação à faixa etária entre 40 e 59 anos o desempenho no teste de fluência verbal 35,3% apresentaram alteração ou resultado positivo e 64,7% não apresentaram alteração, ou seja, obtiveram resultado negativo. Em relação ao teste do relógio 23,6% não apresentaram alteração, enquanto que 76,4% apresentaram alteração nos resultados. Considerando-se o Mini Exame do Estado Mental 29,4% apresentaram déficit cognitivo como resultado, enquanto que 70,7% não apresentaram déficit cognitivo nos resultados.

Por fim, em relação à faixa etária de 60 a 89 anos 38,5% apresentaram alteração no teste de fluência verbal, obtendo resultado positivo, e 61,5% não apresentaram alteração, ou seja, resultado negativo. Em relação ao teste do relógio 23,1% não apresentaram alteração e 76,9% apresentaram alteração nos resultados. No Mini Exame do Estado Mental 46,1% apresentaram déficit cognitivo, ou seja, alteração nos resultados, enquanto que 53,9% não apresentaram déficit cognitivo.

Tabela 8. Classificação do desempenho populacional nos testes realizados quanto a intervalos de faixa etária.

Faixa etária (em anos)	Testes: resultado alterado/total (%)		
	Teste da fluência verbal	Teste do relógio	MEEM
20-39	4/8 (50)	7/8 (87,5)	5/8 (62,5)
40-59	6/17 (35,3)	13/17 (76,4)	5/17 (29,4)
60-89	5/13 (38,5)	10/13 (76,9)	6/13 (46,1)

VI. DISCUSSÃO

Os resultados dos testes aplicados durante a coleta de dados evidenciaram que alterações cognitivas são frequentes em pacientes que apresentam Depressão Maior. A depressão tem sido relacionada a prejuízos cognitivos como na atividade verbal e não verbal, habilidade visual e espacial, velocidade visual e motora, memória visual, funcionamento executivo e desempenho do motor^{28,29}. Os dados demonstraram que apenas 10,5% das pessoas que participaram da pesquisa não apresentaram nenhuma alteração nos testes realizados, e que 89,5% das pessoas entrevistadas apresentaram pelo menos alteração em um dos testes aplicados. Evidenciando que esse transtorno de humor é capaz de prejudicar a memória semântica, o raciocínio lógico não-verbal, a orientação temporal e espacial e outras funções executivas analisadas durante a aplicação os testes descritos anteriormente¹⁷.

Considerando-se os resultados obtidos foi possível observar que a prevalência de depressão na amostra populacional é maior no sexo feminino, pois representou na pesquisa 81,6% dos participantes. Assim como citado por Airaksinen et al. (2004), o transtorno depressivo varia entre os sexos sendo o sexo feminino o mais prevalente¹⁷. Weissman et al. (1996) também demonstraram que em mulheres a taxa de Depressão Maior é mais elevada que em homens³⁰.

O teste da fluência verbal avalia memória semântica do paciente através da listagem de nome de animais de forma eficiente sob demandas. Nesse teste foi necessário que o participante pronunciasse tantos nomes de animais quanto possível em um intervalo de 60 segundos ou um minuto^{24,25}. A fluência verbal é utilizada para analisar a função executiva, pois avalia o modo como os indivíduos organizam seus pensamentos, a capacidade de armazenamento semântico e rapidez em recuperar essas informações armazenadas³¹. Os pontos de corte para a avaliação do teste são nove animais/minuto em pessoas com até 8 anos de escolaridade, e treze animais/minuto em pessoas com escolaridade acima de 8 anos²⁶. A função executiva analisada pelo teste parece estar alterada em algumas condições patológicas, dentre elas a depressão^{24,31}. A análise desse teste é importante porque, segundo Roca et al. (2015) a função executiva avaliada com a fluência verbal tem certa relação com a severidade dos sintomas da depressão³².

Analisando o desempenho da amostra populacional no teste da fluência verbal foi possível observar que os resultados alterados em relação à amostra populacional estudada (39,5%) foram menores que os resultados de testes não alterados (60,5%), demonstrando que na população depressiva estudada a atividade verbal não está muito prejudicada. Com relação ao resultado do teste da fluência verbal em cada sexo, temos que, tanto para o sexo feminino quanto masculino, o número de testes alterados foi menor que o número de testes não alterados; entretanto, proporcionalmente entre os homens a quantidade de testes alterados (42,8%) foi maior do que entre as mulheres (38,7%).

Em relação à faixa etária dos participantes da pesquisa foi possível observar que a proporção de resultados alterados no teste da fluência verbal não foi tão discrepante entre as faixas etárias de 40-59 anos e 60-89 anos demonstrando assim como Lyness et al., (1994) ao fazerem outro teste, que as habilidades verbais são aprendidas e, portanto, menos sujeitas ao processo de envelhecimento; porém como se trata de uma atividade cronometrada, o desempenho foi mais lento nos idosos, resultando, comparativamente entre essas faixas etárias, em maior número de resultados alterados para o teste da fluência verbal³³. A faixa etária mais jovem (20-39 anos) foi a que obteve um resultado pior, seguido das pessoas incluídas na faixa etária 60-89 anos e por fim a faixa etária de 40-59 anos.

O teste do relógio é importante na avaliação da atividade cognitiva. Na realização do teste é necessário desenhar um relógio analógico completo, com números e ponteiros, com o horário 11 horas e 10 minutos. Dessa forma é possível avaliar a memória, linguagem auditiva, função executiva e habilidade visual e espacial e construtiva^{26,27,29}. A memória é avaliada no momento em que o paciente precisa se recordar de como desenhar um relógio (memória semântica), como também, lembrar das instruções fornecidas antes da realização do teste (memória episódica)²⁷. Esse é um teste útil na avaliação de déficits cognitivos, principalmente em idoso, pacientes com demência e pacientes com depressão²⁹.

Os resultados do teste do relógio aplicado nos participantes são considerados alterados quando a pontuação obtida foi menor que nove; sendo, dessa forma, tanto os

resultados suspeitos, como anormais foram considerados como alterados²⁸. Dessa forma temos que 78,9% dos resultados obtidos foram alterados. Sendo, portanto, o teste que apresentou de um modo geral, comparativamente entre os outros testes, pior desempenho; demonstrando, portanto, que para a amostra populacional estudada algumas atividades cognitivas como a habilidade visual e espacial e construtiva, podem estar alteradas, assim como o raciocínio lógico não-verbal, em virtude de um quadro depressivo. Proporcionalmente os homens (85,7% de resultados alterados) apresentaram um desempenho pior que o das mulheres (77,5% de resultados alterados).

Observando o desempenho no teste do relógio dos participantes na faixa etária de 60 a 89 anos foi possível perceber o maior número de resultados com alteração, representando 76,9% do total de testes do relógio realizados nessa faixa etária, quando comparados com os resultados alterados obtidos em grupos etários mais jovens; fato também documentado por Lyness et al. (1994), retratando que indivíduos mais velhos possuem pior desempenho quando comparados com mais jovens em atividades visual e espaciais; mas não existe diferença considerável de resultado entre faixas etárias quando comparado com atividades verbais³³, como avaliado no teste da fluência verbal aplicado presente estudo.

O Mini Exame do Estado Mental é usado na avaliação cognitiva do paciente; por isso, vem sendo muito usado atualmente em pacientes com o objetivo de rastrear comprometimento cognitivo devido a causas neurológicas ou psiquiátricas e demência^{21,24}. É composto por diversas questões que irão avaliar as funções cognitivas dos pacientes de acordo as sete categorias em que as perguntas estão agrupadas, são elas: orientação temporal (5 perguntas, 5 pontos), orientação espacial (5 perguntas, 5 pontos), registro de três palavras (3 palavras, 3 pontos), cálculo (5 pontos), lembranças das 3 palavras (3 palavras, 3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). Dessa forma o resultado do teste pode variar de 0 a 30 pontos²², considerando a possibilidade de déficit cognitivo em três situações: analfabetos com uma pontuação menor ou igual a onze; indivíduos que apresentam entre um e onze anos de escolaridade e uma pontuação menor ou igual a 22; e indivíduos com mais de onze anos de escolaridade e uma pontuação igual ou inferior a 27³⁵.

Os resultados do Mini Exame do Estado Mental foram classificados como alterados quando com a pontuação obtida no teste foi possível categorizar o participante com déficit cognitivo ³⁵. Então, considerando-se a amostra populacional estudada, 42,1% dos participantes apresentaram o teste alterado, portanto, classificados com possibilidade de déficit cognitivo; em contrapartida 57,9% não apresentaram alterações nos resultados, logo, foram classificados sem déficit cognitivo. O resultado geral demonstra que para a maioria população estudada as funções cognitivas avaliadas com o Mini Exame do Estado Mental estão preservadas, como orientação, memória, linguagem, habilidades de construções visuais, cálculo e atenção ²¹.

Em relação ao sexo, tanto no feminino (58%) quanto no masculino (57,2%) a maioria dos resultados dos testes não foram alterados, e também entre eles, proporcionalmente houve pouca diferença, assim como demonstrado por Jones et al. (2002), existe uma pequena diferença na alteração cognitiva avaliada por esse teste atribuída ao sexo; segundo esse mesmo autor essa pequena diferença se deve a algumas habilidades que são mais comuns ao sexo feminino, enquanto outras mais comuns ao masculino, desse modo, segundo Jones et al. (2002) os homens são mais propensos a errar tarefas de linguagem e as mulheres mais propensas a errar cálculo e tarefas visual e espaciais ²³.

Em relação à idade, o resultado do Mini Exame do Estado Mental revelou que na amostra populacional estudada a faixa etária que apresentou proporcionalmente maior alteração foi a mais jovem (20-39 anos), seguida da mais idosa (60-89 anos); como demonstrado por Rosselli et al. (2006), o declínio na pontuação desse teste é evidente entre os mais velhos e os que possuem menos escolaridade ²¹. Devendo ser então a baixa escolaridade a justificativa para que os participantes mais jovens apresentassem pior desempenho no teste em questão, pois estão mais propensos a errar em atividades de cálculo, escrita e reprodução ²³.

De um modo geral, a alteração mais frequentemente observadas foi a do raciocínio lógico não-verbal, representado pelo teste do relógio; seguido por alterações relacionadas à memória semântica, representado pelo teste da fluência verbal, considerado a segunda alteração cognitiva mais frequente nessa população; e por fim a avaliação da orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou

atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem, representados pelo MEEM, como a menor prevalência de alterações cognitivas em pacientes com depressão.

Ao observar os dados dos testes, em um modo geral, quanto à faixa etária, foi possível perceber que a idade não foi um fator não importante na determinação de alterações cognitivas com base nos resultados obtidos; pois em todos os testes as pessoas classificadas com idade entre 60-89 anos obtiveram menos resultados alterados quando comparados com o grupo etário mais jovem em questão (20-39 anos), demonstrando, assim como comprovado por Rohling et al. que a idade não é um fator determinante como aumento do risco de alteração das funções cognitivas, como o comprometimento da memória em vigência de depressão ³⁶. Porém com relação às pessoas classificadas na meia idade (40-59 anos), comparativamente, os resultados do subgrupo com mais idade apresentaram maior número de testes alterados, entretanto, proporcionalmente, essa diferença não foi tão discrepante em todos os testes; apresentando-se mais significativa nos resultados no Mini Exame do Estado Mental.

Desse modo, a depressão é uma condição clínica que leva a comprometimentos cognitivos que segundo Gupta et al. (2013) e Tam et al. (2012) estão relacionados ao comprometimento da memória episódica, memória executiva, funções executivas, velocidade de processamento, funcionamento motor, atividade verbal e não verbal, processamento visual e espacial e outras ^{25,37}.

Todas as alterações cognitivas desenvolvidas por pessoas com depressão impactam em como elas irão se comportar e inserir na sociedade; o grau de comprometimento ou dessa interação está em função do período da vida em que o transtorno de humor se apresentou e também da intensidade dos sintomas.

Com relação ao desenvolvimento de depressão tardia em idosos, uma das hipóteses, defendida por Tam et al., (2012) é que pode advir de problemas cerebrais estruturais; essa depressão de início tardio em idosos geralmente afeta o humor e as funções cognitivas ³⁷. Além desses fatores já citados, segundo Verhaak et al. (2014) a presença de doenças somáticas, como por exemplo doenças crônicas, podem aumentar as chances de depressão entre os idosos; isso se deve ao fato das doenças somáticas

serem causadoras de debilidades que predisporiam os idosos à depressão. Essa relação é mais pronunciada em pessoas com idade entre 60 e 70 anos, pois a deficiência, definida como incapacidade de realizar atividades consideradas normais para qualquer pessoa, nessa faixa etária limitaria as atividades sociais, compreensão e comunicação ³⁸.

Segundo Van Der Werff et al. (2010) alguns dos impactos causados pelo transtorno de humor de desenvolvimento tardio, em idades mais avançadas, estariam relacionados a maior frequência de absenteísmo, prejuízo motor e negligência ao autocuidado. Em contrapartida, o desenvolvimento da depressão em pessoas mais jovens prejudicaria principalmente as habilidades sociais ³⁹, como interação com outras pessoas e desenvolvimento de atividades diversificadas.

O trabalho em questão apresentou limitações referentes a dados de escolaridade dos participantes da pesquisa, visto que a grande maioria não forneceu essa informação; além disso, na amostra populacional estudada a parcela majoritária dos entrevistados foram adultos e idosos, compreendendo a faixa etária de 40-59 anos e 60-89 anos respectivamente, tornando difícil a análise das alterações cognitivas em pacientes mais jovens.

VIII. CONCLUSÕES

1. Alterações cognitivas são frequentes em pacientes que apresentam Depressão Maior.

2. O teste de fluência verbal não apresentou muitos resultados alterados, significando, portanto, que a atividade verbal da amostra populacional de depressivos não foi muito alterada pela o transtorno de humor.

3. A alteração mais frequentemente observada dentre os testes realizados foi a do raciocínio lógico não-verbal, representado pelo teste do relógio; revelando que os depressivos da amostra populacional apresentaram alterações cognitivas no âmbito da linguagem auditiva, função executiva e habilidade visuais e espacial e construtiva.

4. O Mini Exame do Estado Mental, que avalia de forma ampla a cognição, mostrou que a maioria dos pacientes depressivos da amostra populacional não apresentou déficit cognitivo relacionado à orientação, memória, linguagem, cálculo e atenção.

5. A idade avançada não foi um fator determinante na expressão de alterações cognitivas com base nos resultados obtidos.

6. A frequência de depressão na amostra populacional é maior no sexo feminino, demonstrando que em mulheres a taxa de Depressão Maior é mais elevada que em homens.

7. Todas as alterações cognitivas desenvolvidas por pessoas com depressão impactam em como elas irão se comportar e inserir na sociedade; transtorno de humor em idades mais avançadas estariam mais relacionados à maior frequência de absenteísmo, prejuízo motor e negligência ao autocuidado. Em contrapartida, o desenvolvimento da depressão em pessoas mais jovens prejudicaria principalmente as habilidades sociais.

IX. SUMMARY

FREQUENCY OF COGNITIVE CHANGES IN PATIENTS WITH DEPRESSION IN A PSYCHIATRIC OUTPATIENT SALVADOR – BAHIA.

Background: Depression is a medical condition that gathers several types of mood disorder, affecting many people and related to the low quality of life. Chronic course of disease, related to the age of onset of symptoms, presence or absence of detectable structural abnormalities, medications and other comorbidities. **Objective:** The aim of this study was to determine the frequency of cognitive impairment in patients being treated for depression. **Methodology:** The project was developed on the model of a cross-sectional exploratory study that determined the frequency of cognitive impairment in patients being treated for depression. The sample population was defined for convenience, consisting of 38 patients diagnosed with major depression, treated at the Hospital Juliano Moreira, Salvador, Bahia. During the consultation of patients, the tests were applied: verbal fluency, clock test and the Mini Mental State Examination. **Results:** From the test results the population was stratified according to gender, number of altered results in each test, number of abnormal tests in total and how to change the tests in age groups. **Discussion:** The collected data show that women are more affected by depression compared to men. The results demonstrate that patients with depression have a sample of more changes as the non-verbal logical reasoning, analyzed by the clock test; and less changes regarding the verbal activity, analyzed by the test verbal fluency and about the orientation, memory, language, attention and calculation, analyzed by the Mini Mental State Examination. Age did not represent a definitive factor in the progress of depression. **Conclusions:** The results of the tests during the data collection showed that cognitive impairment are common in patients with major depression. The data show that depression is more frequent in women, and that age wasn't a factor in the development of the disease.

Keywords: Depression, mood disorder, cognition, cognitive impairment.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1991 maio;21:06-11.
2. Rozenthal M, Laks J, Engelhardt. Aspectos neuropsicológicos da depressão. *R. Psiquiatr* 2004 maio/ago;26(2):204-12.
3. Airaksinen E, Wahlin A, Larsson M, Forsell Y. Cognitive and social functioning in recovery from depression: Results from a population-based three-year follow-up. *J Affect Disord* 2006 nov;96(1-2):107–10.
4. Teng CT, Nakata ACG, Rocca CCA, Yano Y. Depressão e Cognição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
5. Unsar S, Sut N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Arch Gerontol Geriatr* 2010 jan/feb;50(1):6–10.
6. Ávila R, Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr* 2006 dez;28(4):316-20.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
8. Forlenza OV, Miguel EC. Compêndio de clínica psiquiátrica. Barueri, São Paulo: Manole, 2012.
9. Dalgarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. São Paulo: Editora Artmed, 2008.
10. Herzallah MM, Moustafa AA, Natsheh JY, Abdellatif SM, Taha MB, Tayem YI, et al. Learning from negative feedback in patients with major depressive disorder is attenuated by SSRI antidepressants. *Front Integr Neurosci* 2013 sept;67:1-9.
11. Kennedy SH, Javanmard M, Vaccarino FJ. A Review of Functional Neuroimaging in Mood Disorders: Positron Emission Tomography and Depression. *Can J Psychiatry* 1991 june;42(5):467–75.
12. Machado N, Parcias SR, Santos K, Silva MEM. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. *J Bras Psiquiatr* 2009 jul;58(3):175-80.
13. Marazziti D, Consoli G, Picchetti M, Carlini M, Faravelli L. Cognitive impairment in major depression. *Eur J Pharmacol* 2010 jan;626(1): 83–6.
14. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín* 2005 maio/jun;32(3):149-59.

15. Galhardo VAC, Mariosa MAS, Takata JPI. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev Med Minas Gerais* 2010 out;20(1):16-21.
16. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychol Bull* 2013 jan;139(1):81-132.
17. Airaksinen E, Larsson M, Lundberg I, Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychol Med* 2004 jan;34(1):83-91.
18. Berrios GE. "Depressive pseudodementia" or "Melancholic dementia": a 19th century view. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985 may;48(5):393-400.
19. Paelecke-Habermann Y, Pohl J, Leplow B. Attention and executive functions in remitted major depression patients. *J Affect Disord* 2005 dec;89(1-3):125-35.
20. Trivedi MH, Greer TL. Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. *J Affect Disord* 2014 jan;152-154:19-27.
21. Rosselli M, Tappen R, Williams C, Salvatierra J. The relation of education and gender on the attention items of the Mini-Mental State Examination in Spanish speaking Hispanic elders. *Arch Clin Neuropsychol* 2006 Oct; 21(7):677-86.
22. Almeida OP. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998 set;56(3-B):605-12.
23. Jones RN, Gallo JJ. Education and Sex Differences in the Mini-Mental State Examination: Effects of Differential Item Functioning. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002 nov;57(6):548-58.
24. Rodrigues AB, Yamashita ET, Chiappetta ALML. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. *Rev CEFAC* 2008 out/dez;10(4):443-51.
25. Gupta M, Holshausen K, Best MW, Jokic R, Milev R, Bernard T, Gou Let al. Relationships Among Neurocognition, Symptoms, and Functioning in Treatment-Resistant Depression. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2013 jan;28(3):272-81.
26. Condé SAL, Fernandes N, Santos FR, Chouab A, Mota MMEP, Bastos MG. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *J Bras Nefrol* 2010 jul/set;32(3):242-48.

27. Hamdan AC, Hamdan EMLR. Teste do desenho do relógio: desempenho em idosos com doença de Alzheimer. *RBCEH* 2009 jan/abr;6(1):98-105.
28. Sayeg N. AlzheimerMed Informação & Solidariedade – Avaliação cognitiva. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia; 2004-2011 [acesso em 2015 jun 1º]. Disponível em: <http://www.alzheimermed.com.br/diagnostico/avaliacao-cognitiva> .
29. Herrmann N, Kidron D, Shulman KI et al. Clock test in depression, Alzheimer's disease, and elderly controls. *Int J Psychiatry in Medicine* 1998;28(4):437-47.
30. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996 july;276(4):293-99.
31. Silveira DC, Passos LMA, Santos PC, Chiappetta ALML. Avaliação da fluência verbal em crianças com transtorno da falta de atenção com hiperatividade: um estudo comparativo. *Rev CEFAC* 2009;11(2):208-16.
32. Roca M, Monzón S, Vives M, López-Navarro E, Garcia-Toro M, Vicens C et al. Cognitive function after clinical remission in patients with melancholic and non-melancholic depression: A 6 month follow-up study. *J Affect Disord* 2015 jan;171:85–92.
33. Lyness SA, Eaton EM, Schneider LS. Cognitive Performance in Older and Middle-Aged Depressed Outpatients and Controls. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1994;49(3):129-36.
34. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003 set;61(3-B):777-81.
35. Lino I, Souza A, Correia J. Avaliação do estado cognitivo de uma população idosa internada. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* 2009 jan/mar;16(1):8-11.
36. Rohling ML, Green P, Alen III LM, Iverson GL. Depressive symptoms and neurocognitive test scores in patients passing symptom validity tests. *Arch Clin Neuropsych* 2002 apr;17(3):205–22.
37. Tam CWC, Lam LCW. Cognitive and Functional Impairment in Chinese Elderly with Late-onset Depression. *East Asian Arch Psychiatry* 2012 mar;22(1):25-30.

38. Verhaak PFM, Dekker JH, de Waal MWM, van Marwijk HWJ, Comijs HC. Depression, disability and somatic diseases among elderly. *J Affect Disord* 2014;167:187–91.
39. Van Der Werff E, Verboom CE, Penninx BWJH, Nolen WA, Ormel J. Explaining heterogeneity in disability associated with current major depressive disorder: Effects of illness characteristics and comorbid mental disorders. *J Affect Disord* 2010 dec;127(1-3):203–10.

XI. ANEXOS

Anexo I

Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Prevalência de alterações cognitivas em pacientes com depressão.**Pesquisador:** William Azevedo Dunningham**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 28170714.1.0000.5032**Instituição Proponente:** Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia - IMES**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 621.103**Data da Relatoria:** 10/03/2014**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo transversal, a ser realizado em pacientes com depressão Internados em hospital psiquiátrico e consistirá na aplicação a esses pacientes de 3 testes para avaliação cognitiva.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Estimar a frequência de alterações cognitivas em pacientes Ambulatoriais, com diagnóstico de Depressão Maior, atendidos no Hospital Julliano

Moreira, Salvador, BA.

Objetivo Secundário:

1. Discriminar quantitativamente as alterações cognitivas presentes nestes pacientes Investigados; 2. Estratificar as alterações cognitivas mais prevalentes segundo idade e sexo; 3. Analisar a importância das alterações cognitivas nos pacientes com Depressão

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Constrangimento do participante da pesquisa ao responder os testes solicitados.

Benefícios:

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód IV Nível II			
Bairro: Paralela		CEP: 41.741-690	
UF: BA	Município: SALVADOR		
Telefone: (71)3281-8214	Fax: (71)3281-8213	E-mail: ftc@fundecoefic.org.br;	juveira@fundecoefic.org

INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES



Continuação do Parecer: 621.103

Analisar o impacto que a depressão pode levar no cotidiano das pessoas, podendo ser causa limitante ao desenvolvimento das habilidades pessoais e sociais devido a prejuízos cognitivos desencadeados pelo transtorno de humor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Satisfatórios

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 22 de Abril de 2014

Assinador por:
José Antonio de Almeida Souza
(Coordenador)

Endereço: Avenida Luís Viana Filho, 8812, M6d IV Nível II
Bairro: Paralela CEP: 41.741-590
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3281-8214 Fax: (71)3281-8213 E-mail: fts@fundacaoiftc.org.br; jvieira@fundacaoiftc.org

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**"Frequência de alterações cognitivas em pacientes com depressão em um ambulatório psiquiátrico de Salvador - Bahia"**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **"Frequência de alterações cognitivas em pacientes com depressão em um ambulatório psiquiátrico de Salvador - Bahia"**, realizada no Hospital Juliano Moreira. O objetivo da pesquisa é avaliar as alterações cognitivas mais comuns encontradas em pacientes com depressão que irão receber tratamento no Hospital Juliano Moreira através da aplicação na primeira consulta de 3 (três) testes que avaliarão as funções cognitivas nesses pacientes. A sua participação é muito importante e ela se dará através da participação nos 3 (três) testes que serão realizados na primeira consulta, são eles: Teste do relógio, Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental) e Teste da fluência verbal. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são, de posse da prevalência das alterações cognitivas, conseguir analisar o impacto que a depressão pode levar no cotidiano das pessoas, podendo ser causa limitante do desenvolvimento das habilidades pessoais e sociais devido a prejuízos cognitivos desencadeados pelo transtorno de humor. O presente trabalho não oferece riscos físicos, morais ou de qualquer outra natureza.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (**Marianne Carneiro Mascarenhas, Telefone: (71) 8130-5636, e-mail:**

marymascarenhas_ba@hotmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Faculdade de Tecnologia e Ciência. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a) e outra anexada ao protocolo da pesquisa desenvolvida.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi produzido com base nas normas da Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012.

Salvador, ____ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

RG:: _____

_____ (**nome por extenso do sujeito de pesquisa**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Anexo III

Formulário de identificação do paciente**Data da consulta:**

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Cor:

Estado civil:

Profissão:

Religião:

Naturalidade:

Procedência:

Endereço:

Telefone para contato:

E-mail:

Número de consultas:

Tempo de acompanhamento:

Diagnóstico/Suspeita diagnóstica:

Medicamentos em uso:

Posologia dos medicamentos:

Anexo IV

Mini Exame do Estado Mental

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que lugar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora lhe peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo V

Teste de fluência verbal

Solicita-se que o paciente enumere o máximo de animais ("bichos") em 1 (um) minuto cronometrado.

Ex.: "Você deve falar todos os nomes de animais que se lembrar, no menor tempo possível. Qualquer animal vale: insetos, pássaros, peixes e animais de quatro patas. Quanto mais você falar, melhor. Pode começar".

Pontuação mínima	Número
8 (oito) anos de escolaridade ou mais	13
Analfabeto	9

Anexo VI

Teste do relógio

PACIENTE: _____

IDADE ____ SEXO ____ DATA _____

AVALIADOR _____

PONTUAÇÃO : _____

COMANDO:

O avaliador fornece um círculo (mostrador) e solicita:

“Por favor, desenhe um relógio com os números e depois disso desenhe os ponteiros marcando, por exemplo, 11 horas e 10 minutos.”

TEMPO:

Não há tempo determinado.

Se, por iniciativa própria, o paciente achar que não ficou bem e quiser desenhar de novo, é permitido.

Pontuação:

Relógio e números incorretos	1-5 pontos
-------------------------------------	-------------------

1. Não houve iniciativa ou não conseguiu. Desenho não interpretável.
2. Desenho indica que a solicitação foi de certa forma compreendida, mas pouca semelhança com um relógio.
3. Distorção na numeração. Faltam números ou estes estão fora do mostrador. Ausência de ponteiros.
4. Números faltando ou situados fora dos limites do relógio.
5. Numeração em ordem inversa, ou concentrada em alguma parte do relógio.

Relógio e números corretos	<i>6-10 pontos</i>
-----------------------------------	---------------------------

6. Interpretação errada da solicitação de desenho dos ponteiros (desenho de “relógio digital”, indicar as horas colocando círculos nos números, etc.)
7. Ponteiros alterados, porém compreensíveis, hora errada, mas números corretos.
8. Pequenos erros no tamanho e posição dos ponteiros.
9. Pequeno erro no tamanho dos ponteiros. Posição certa. Hora correta.
10. Desenho correto.

Interpretação

Pontuação menor que 7 => anormalidade

Pontuação entre 7-8 => suspeita

Pontuação entre 9-10 => desempenho normal