

## O nível de desempenho da memória do idoso em relação à depressão e ansiedade

*The elderly memory performance level related to depression and anxiety*

**Regina Aparecida Cardoso**

Psicóloga; Pós-graduanda em Saúde Pública com Ênfase em Família pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

E-mail: [mreginacardoso@netsite.com.br](mailto:mreginacardoso@netsite.com.br)

**Denise Maria da Fonseca**

Professora orientadora (UNIPAM).

Especialista em Gestão Pública e Responsabilidade Fiscal e em Gestão Microrregional.

E-mail: [denise.patos@gmail.com](mailto:denise.patos@gmail.com)

---

**Resumo:** O envelhecimento é inevitável e pode ocorrer de um jeito normal – comumente denominada senescência – ou pode vir acompanhado por condições que prejudicam a qualidade de vida e o bem-estar, como a senilidade, que provoca desorganização emocional e mental nas pessoas. Inúmeras vezes o declínio mental vem acompanhado da depressão e da ansiedade, prejudicando ainda mais o idoso e refletindo, de forma negativa, sua memória e lembranças. Por outro lado, o desempenho cognitivo dessa população pode ser positivo se sua qualidade de vida for mais satisfatória. Este artigo tem o objetivo de avaliar se o nível de desempenho da memória do idoso sofre alterações em decorrência da depressão e da ansiedade. Para tanto, foi feita uma revisão bibliográfica junto a livros e artigos elaborados por especialistas da área. O estudo concluiu que a depressão e a ansiedade podem afetar a memória do idoso, sobretudo daquele que não recebe tratamento adequado para esses sofrimentos.

**Palavras-chaves:** Envelhecimento. Depressão. Ansiedade. Qualidade de vida. Desempenho cognitivo.

**Abstract:** Aging is inevitable and it can occur in a normal way – called senescence – or it can come followed by conditions that harm life quality and well-being, as senility, that brings emotional and mental disorganization to people. Many times, the mental decline is followed by depression and anxiety, bringing more damages to elderly people and reflecting, in a negative way, their memory and remembrance. On the other hand, cognitive performance of this population can be positive if its life quality is satisfactory. The objective of this paper is to evaluate whether the performance level of memory in the elderly is changed due to depression and anxiety. For this purpose, a bibliographic review was carried out using books and papers written by specialists in the field. The research has concluded that depression and anxiety can affect elderly people's memory, especially those who do not receive correct treatment for these afflictions.

**Keywords:** Aging. Depression. Anxiety. Life quality. Cognitive performance.

---

## 1 INTRODUÇÃO

Os idosos têm merecido, a cada dia, um olhar mais atento do governo e da comunidade em geral, e recebido, também, cuidados especiais por parte de gerontologistas, geriatras e demais profissionais da saúde. Esse cuidado mais acentuado tem ocorrido em virtude do aumento da expectativa de vida da população mundial e, conseqüentemente, do crescimento desse grupo de indivíduos. A partir dessa constatação é necessário que haja, por parte de todos, esforços no sentido de que essa vida mais longa transcorra da melhor forma possível: com segurança, saúde e bem-estar.

Para tanto, cuidados especiais têm sido direcionados a fim de preservar a saúde e o bem-estar dos idosos que, com o decorrer dos anos, estão sujeitos a uma série de fragilidades e perda de funcionalidade das células do organismo.

O envelhecimento é inevitável e pode acontecer de forma normal, sobretudo quando cuidados forem dispensados à preservação da saúde, ou pode ocorrer sob condições prejudiciais às atividades do dia a dia do idoso, tendo como consequência o transtorno cognitivo leve e, em alguns casos, a demência.

Inúmeras teorias tentam explicar o fenômeno envelhecer, sendo que algumas não apresentam base científica consistente. O que se sabe, na verdade, é que o processo de envelhecimento tem natureza multifatorial, depende da genética e das alterações que ocorrem em “níveis celular e molecular, que resultarão em diminuição da massa celular ativa, da capacidade funcional das áreas afetadas e, em menor grau, dos mecanismos de homeostasia” (MANFRIM; SCHMIDT, 2011, p. 157).

Nem sempre as alterações ocorridas no envelhecimento são naturalmente aceitas pelos indivíduos. “Para alguns o ‘encontro’ com o envelhecer é vivenciado como um momento muito doloroso, como se, por exemplo, muitas portas e caminhos se fechassem e não houvesse mais um lugar, uma referência que os contivesse” (KAMKHAGI, 2008, p. 12). Essa não aceitação pode provocar ansiedade e depressão, que, muitas vezes, refletem na memória do idoso.

Por sua vez, estudos comprovam um melhor desempenho cognitivo junto àqueles idosos que possuem uma boa qualidade de vida e têm um envelhecimento bem-sucedido (BECKERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012).

Este artigo tem como objetivo avaliar se o nível de desempenho da memória do idoso sofre alterações em decorrência da depressão e da ansiedade. O estudo foi estruturado em seis tópicos, sendo esta introdução o primeiro tópico e as considerações finais o último.

O segundo tópico tratou da qualidade de vida e do desempenho cognitivo do idoso e destacou uma série de preconceitos que devem ser evitados pelos médicos e familiares em relação ao bem-estar do idoso.

A memória e o envelhecimento foram abordados no terceiro tópico, com destaque para a memória explícita e a memória implícita.

O transtorno cognitivo leve, consequência do declínio cognitivo que ocorre com o envelhecimento, foi tema analisado no quarto tópico.

Por fim, o quinto tópico tratou do objeto principal deste artigo: a depressão e a ansiedade como fatores prejudiciais à memória do idoso.

A fim de subsidiar essa análise considerou-se primordial um estudo junto às obras dos especialistas sobre essa temática para possibilitar um exame criterioso dessas questões. Ressalta-se que este estudo não tratará, de forma específica, da demência, uma vez que tem como um de seus objetos o transtorno cognitivo leve.

Espera-se que este artigo possibilite aos seus leitores não só um conhecimento mais aprofundado sobre a temática, como também um interesse em elaborar outros estudos sobre essas indagações atuais, inevitáveis e importantes para todos os indivíduos.

## 2 A QUALIDADE DE VIDA E O DESEMPENHO COGNITIVO DO IDOSO

O envelhecimento aumentou nas últimas décadas no Brasil e no mundo, aumentando, conseqüentemente, a preocupação e a sensibilidade de todos para com esse fenômeno e para com a atual e vindoura população de idosos. A visibilidade do idoso junto à sociedade é uma realidade à medida que atualmente são mais produtivos e saudáveis do que os idosos do passado (NERI, 2011).

Em decorrência dessa realidade, os profissionais de saúde têm se preocupado em oferecer ao idoso a possibilidade de uma vida com melhor qualidade e bem-estar. Por isso o conceito de qualidade de vida na velhice é importante, como afirma Neri (2011).

A natureza abstrata e subjetiva do termo qualidade indica que esse fenômeno tem sentido diversificado de acordo com determinado grupo de pessoas, lugares e ocasiões. Nessa direção, Paschoal (2011, p. 101) afirma que “qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país e, até mesmo de indivíduo para indivíduo.”

E em se tratando do indivíduo, o autor ora citado declara que até para uma mesma pessoa a qualidade de vida varia de acordo com o tempo e em consequência de mudanças sociais, históricas, ecológicas dentre outras mudanças vivenciadas.

Se existe mudança em relação à qualidade de vida e bem-estar de uma única pessoa por conta de eventualidades ou mesmo em decorrência do tempo, é primordial levar em conta a diversidade que há entre os indivíduos, mesmo em se tratando de indivíduos classificados num mesmo grupo, como o grupo de idosos.

Nesse sentido, Neri (2009) aponta algumas manifestações de preconceitos que devem ser evitadas, sobretudo por médicos, no que se refere ao bem-estar do idoso. A autora levou em conta exatamente a diferença entre um idoso e outro. Dentre esses preconceitos a serem evitados, este estudo destaca:

- considerar – para efeito de intervenções ou mesmo de pesquisas da área – que todas as pessoas que possuem mais de sessenta anos de vida fazem parte de um grupo homogêneo. Afinal, a velhice admite mudanças individuais e refere-se a um período de vida que pode ser longo resultando em aumento de limitações e fragilidades e tendo, como consequência, grupos diferentes: os “velhos-jovens” não são semelhantes aos “velhos-velhos” (NERI, 2009, p. 20);

- medidas individuais como cuidados com a saúde, vida ativa, envolvimento social, dieta alimentar eficaz, etc. são determinantes para uma velhice saudável. Deve-se compreender que essas medidas têm efeitos variáveis de acordo com outros fatores intrínsecos, ocasionais e históricos da vida de cada idoso;

- a crença de uma longevidade com qualidade é uma conquista e responsabilidade pessoal;

- o aumento da população idosa gera ônus social e familiar e recai, conseqüentemente, sobre a população mais jovem.

Neri (2009) conclui suas observações afirmando que a educação tem papel primordial na eliminação desses preconceitos destacados. A eliminação desses tabus pode ser fator preponderante para a preservação da saúde mental do idoso. Esse cuidado para com a realidade dos fatos que ocorrem na vida do idoso trata-se, também, de uma preocupação com a qualidade de vida e bem-estar dessa população.

Nesse sentido, é que estudos sobre a qualidade de vida, bem como os tratamentos direcionados a esse grupo, devem colocar os idosos “no centro da questão, dando peso a suas opiniões e tratando-os não como casos, mas como sujeitos que possuem muitas facetas não conectadas diretamente com sua doença” (BOTTINO; APARÍCIO, 2011, p. 184) ou suas dificuldades e limitações.

Mas é preciso também observar muitas outras questões. Evidentemente, fatores como a atividade física e mental, as interações sociais, a curiosidade pelo novo e pelo aprendizado contribuem, também, para uma melhora na qualidade de vida e no bem-estar do idoso. De nada adiantaria, por exemplo, só os aspectos intrínsecos, ocasionais e históricos serem favoráveis; o que define uma velhice com qualidade é a junção de todos esses fatores.

Vários modelos teóricos de qualidade de vida foram propostos por especialistas na área da saúde. Esses modelos apresentam questões básicas possíveis de serem selecionadas em dois grupos: modelo funcionalista e modelo de satisfação (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2011).

O primeiro modelo tem como base a compreensão de que qualidade de vida está relacionada, sobretudo, à apresentação de habilidades adequadas na realização de tarefas que o idoso valoriza, afirmam os autores anteriormente citados.

O segundo modelo de qualidade, o modelo de satisfação, tem relação com a expectativa do idoso e com o nível de realização. A qualidade de vida, segundo esse modelo, é medida para mais ou para menos com o aumento das realizações ou diminuição das expectativas, respectivamente. (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), representada pelo Grupo WHOQOL, publicou em 1994 o conceito de qualidade de vida, qual seja “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL-GROUP, 1994, *apud* CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2011, p. 65).

Diversos são os estudos que analisam e discutem impactos emocionais negativos que interferem na qualidade de vida. Dentre esses impactos, estudos como os de Sullivan e colaboradores (2001, *apud* CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK,

2011) apontam a depressão e a ansiedade como desencadeadores de uma qualidade de vida ruim junto à população de idosos. Os autores afirmam que “a presença de ansiedade/depressão tem um impacto tão relevante quanto ao fato de um idoso se perceber como doente” (SULLIVAN *et al.*, 2001, *apud* CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2011, p. 67).

Esses impactos interferem na vida do idoso, prejudicando a memória e um envelhecimento com qualidade.

### 3 A MEMÓRIA E O ENVELHECIMENTO

As alterações cognitivas na velhice merecem uma atenção especial por parte de geriatria e outros especialistas da área da saúde do idoso. Essas alterações cognitivas atingem a atenção, a função executiva, as habilidades visuoespaciais, a linguagem e a memória do idoso.

A memória é a faculdade de registrar, conservar e evocar informações adquiridas com o tempo; ela pode ser de curta ou de longa duração. As de curta duração são as memórias reversíveis ou temporárias ao passo que as de longa duração são as memórias que persistem (YASSUDA *et al.*, 2011).

Os autores ora citados afirmam que a memória de curta duração pode ser dividida em imediata e operacional. A primeira dura o tempo suficiente para execução de atividades específicas, refere-se à memorização temporária.

Por sua vez, a memória operacional refere-se à manutenção e processamento de informações realizadas a um só tempo; ela não só armazena informações, mas também capacita o indivíduo a manter e operar informações enquanto realiza atividades cognitivas (YASSUDA *et al.*, 2011).

A memória de longa duração envolve alterações mais “profundas e permanentes na estrutura das conexões sinápticas, dividindo-se em subsistemas diferentes: 1) memória explícita e 2) memória implícita (ou memória de procedimentos)” (YASSUDA; ABREU, 2011, p. 1489).

#### 2.1 MEMÓRIA EXPLÍCITA

A memória explícita é o tipo de memória associativa, consciente e flexível, também denominada memória declarativa, refere-se ao acesso consciente que o indivíduo tem de informações que podem ser descritas de forma verbal. Ela pode ser subdividida em episódica e semântica (YASSUDA; ABREU, 2011).

A memória episódica refere-se às lembranças que o indivíduo tem em relação a eventos e responde às questões: o que, onde e quando essa informação foi armazenada, de acordo com Abrisqueta-Gomez (2013). Essa memória é mais vulnerável às alterações neurobiológicas características do envelhecimento.

Por sua vez, a memória semântica tem relação com informações factuais, conceitos e categorias que tendem a aumentar com a idade, porém a velocidade e precisão de acesso aos conhecimentos adquiridos ao longo da vida tendem a diminuir, provavelmente pela extensão do arquivo, segundo Yassuda e Abreu (2011).

Ressalta-se que “a memória semântica é mais preservada do que a memória episódica com o passar dos anos”, de acordo com Taussik e Wagner (2006, p. 80).

## 2.2 MEMÓRIA IMPLÍCITA

A memória implícita não é acessível à consciência, pois seu conteúdo é bastante automatizado (TAUSSI; WAGNER, 2006) e ela se manifesta por meio de desempenho em atividade que requer treino, em que não há acesso consciente a conteúdos de informações. Usa-se a memória implícita em atividades como andar de bicicleta ou digitar, por exemplo. A aquisição dessa memória necessita inicialmente de atenção, mas depois a informação torna-se automática (YASSUDA; ABREU, 2011).

Os autores citados salientam para o fato de que a aquisição da memória implícita é mais eficiente na infância e em alguns idosos com ansiedade o seu uso pode ser afetado.

Ao envelhecer, alguns indivíduos podem demonstrar poucas alterações cognitivas, ao passo que outros apresentam declínio cognitivo leve ou mesmo demências. Por isso é importante que se faça uma ou mais avaliações cognitivas no sentido de apurar o nível de declínio que o envelhecimento provocou e, a partir dos resultados, serão estabelecidas condutas de tratamento e reabilitação junto ao idoso. Sobre a importância desse procedimento Yassuda e Abreu (2011) assim se expressam:

a avaliação cognitiva tem como um de seus objetivos principais diferenciar o envelhecimento normal do patológico, isto é, determinar se o desempenho observado em tarefas cognitivas está dentro da faixa da normalidade para a idade e para a escolaridade do paciente, ou se indica declínio além do esperado, o que poderia sinalizar indícios de comprometimento. (...) Os resultados encontrados em avaliações podem ter papel decisivo na elucidação de diagnósticos complexos e diferenciais, bem como orientar o raciocínio clínico no estabelecimento de condutas de tratamento e reabilitação (p. 1486).

Vários são os instrumentos utilizados para a avaliação da memória do idoso. Tanto a avaliação da curva de aprendizagem, quanto a inclusão de provas que utilizem modalidades sensoriais diversas são primordiais para o diagnóstico correto com relação ao transtorno cognitivo leve ou à demência.

## 3 O TRANSTORNO COGNITIVO LEVE

Ao envelhecer, o indivíduo se depara com um declínio gradual de suas funções gerais, inclusive das funções cognitivas que, nesse caso, podem ocasionar perdas de memória, sobretudo no que se refere à dificuldade de lembrar coisas aparentemente simples como número de telefone, nomes de pessoas, lugar onde guardou determinado objeto, dentre outras ocorrências.

Esse declínio ocorre com mais ou menos intensidade dependendo “de fatores educacionais, de saúde e de personalidade, bem como o nível intelectual global e

capacidades mentais específicas do indivíduo”, afirmam Canineu, Samara e Stella (2011, p. 169).

Os autores ora citados ressaltam para o fato de que alguns indivíduos com idade de setenta anos podem apresentar numa avaliação psicológica, por exemplo, um desempenho superior a de um jovem de vinte anos; que outros são capazes de produzirem até o fim de suas vidas e produzirem bem. Exemplos como Verdi que compôs Otello aos 73 anos; Goethe que com mais de setenta anos produziu a segunda parte de Fausto; Galileu, Laplace e Sherrington que, com oitenta anos, contribuíram cientificamente com seus estudos, são citados pelos autores a fim de ilustrar fatores que compensam as deficiências inevitáveis do envelhecimento do ser humano (CANINEU; SAMARA; STELLA, 2011).

Importa ressaltar que o declínio cognitivo pode ocorrer por outros fatores que não o envelhecimento normal, como, por exemplo: tumores benignos ou malignos; traumas resultantes de acidentes; doença vascular; infecções; toxinas, entre outros.

O declínio cognitivo pode se apresentar no idoso por meio do transtorno cognitivo leve – objeto de estudo – e também, pela demência. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria (DSMIV),

a demência é uma síndrome caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, incluindo comprometimento da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia e perturbação do funcionamento executivo com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo (APA, 1994, *apud* FALCÃO; FLAUZINO; FRATEZI, 2011, p. 47).

O tipo de demência mais comum é a doença de Alzheimer, uma anormalidade neurodegenerativa irreversível e progressiva que atinge indivíduos de ambos os sexos, de raças, grupos étnicos, níveis culturais, econômicos e sociais quaisquer (FALCÃO; FLAUZINO; FRATEZI, 2011). A doença de Alzheimer atinge a memória de forma bastante acentuada, mas este estudo não tratará dessa afecção e sim do transtorno cognitivo leve.

Por sua vez, o transtorno cognitivo leve é caracterizado por alterações na memória, dificuldade de aprendizado, reduzida capacidade de concentração, queixa de fadiga mental ao executar tarefas que exigem certo raciocínio. Seu conceito foi proposto a fim de identificar idosos que não têm demência, mas apresentam um leve déficit cognitivo que se manifesta com alterações na memória (CANINEU; SAMARA; STELLA, 2011).

#### **4 A DEPRESSÃO E A ANSIEDADE COMO FATORES PREJUDICIAIS À MEMÓRIA DO IDOSO**

Sabe-se que a saúde mental é um dos fatores indispensáveis para que o indivíduo tenha uma vida com qualidade e bem-estar. Entretanto, dispensa-se um tempo menor às questões que envolvem os transtornos mentais em relação às questões

de ordem física, de acordo com Frank e Rodrigues (2011), como se mente e corpo não fizessem parte de um mesmo todo.

Uma das formas de privilegiar o envelhecimento saudável do indivíduo é antecipar fatores de risco para o declínio cognitivo, segundo Canineu, Samara e Stella (2011). E, dentre tantos fatores pré-existentes, a depressão e a ansiedade são apontadas como prejudiciais à memória do indivíduo.

A depressão e a ansiedade, objetos deste estudo, merecem uma atenção especial de médicos e familiares dos idosos à medida que a depressão é a causa mais importante de anos vividos com incapacidade, e a ansiedade pode ser encontrada em inúmeros transtornos como a agorafobia, o pânico, o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), o transtorno de estresse agudo, dentre outros (FRANK; RODRIGUES, 2011).

A depressão tem significativa prevalência entre idosos, com variável entre 4,8 e 14,6%; e a ansiedade tem prevalência de 4% dos idosos da comunidade se associado a outra desordem psiquiátrica e de 1% como patologia isolada. Se as duas patologias, depressão e ansiedade, estiverem associadas resultará em uma resposta terapêutica mais demorada, piorando o prognóstico do idoso e possibilidade de ideias suicidas (FRANK; RODRIGUES, 2011).

A depressão na idade avançada pode se apresentar com o transtorno cognitivo leve, na maioria dos pacientes; por sua vez, na minoria dos casos, a depressão pode ser tão grave ao ponto de simular um quadro de demência, quadro esse conhecido por pseudodemência depressiva de acordo com Kiloh (1961, *apud* SCORALICK *et al.*, 2011).

Scoralick *et al.* (2011) alertam para a necessidade de que clínicos compreendam as diferenças entre demência e depressão, pois prognósticos e possibilidades terapêuticas são consideravelmente diferentes, apesar das inúmeras dificuldades existentes para diferenciar as duas patologias.

Nesse sentido, é preciso conhecer os instrumentos específicos para a realização dos dois diagnósticos. Essas dificuldades na identificação entre esses dois distúrbios estão relacionadas a sintomas similares coexistentes na demência e na depressão, como por exemplo “retardo psicomotor, insônia, perda do interesse e do prazer e perda do *insight* (SCORALICK *et al.*, 2011, p. 251).

Há diversas características que indicam a diferença entre o idoso deprimido e o idoso demente e o Quadro 1 ilustra alguns dos traços mais fáceis de serem identificados.



**Quadro 1** – Aspectos e características da depressão e da demência

Aspectos	Características na depressão	Características da demência
Humor	É persistentemente baixo	Tende a flutuar
Déficit cognitivo	Dificuldade de orientação pessoal, temporal, espacial, retenção de números, memória recente e abstração	Bastante acentuado
Relato das dificuldades	Pelo próprio indivíduo	Pelos familiares
Respostas às perguntas	Recusam a responder, ficam irritados e hostis	Cooperativos, mas fornecem respostas com pouco sentido
Descrição da perda cognitiva	Detalhada	Vaga

Fonte: adaptação da obra de Scoralick *et al.* (2011).

É preciso ficar atento, também, para a possibilidade de que se faça um diagnóstico indevido no idoso com sintomas depressivos como se fossem sintomas relacionados ao processo natural de envelhecimento. Esse erro é cometido tanto pelo próprio idoso, como por seus familiares e até por profissionais de saúde, podendo resultar em custos desnecessários por parte do idoso, da família e até da sociedade em consequência da redução da produtividade ou mesmo do desemprego e, nos casos mais extremos, da mortalidade prematura (FRANK; RODRIGUES, 2011).

Xavier (2006) afirma que inúmeros idosos com depressão apresentam declínio cognitivo que difere da disfunção cognitiva da demência pela sua reversibilidade. Apesar da possibilidade de reversão, o autor salienta que “evidências mais recentes demonstram que o tanto de recuperação possível não seria total. Mesmo que melhorem dos sintomas afetivos, é possível que os pacientes não voltem a ter o mesmo desempenho em testes cognitivos que os anteriores à depressão” (XAVIER, 2006, p. 206).

Testes realizados em idosos com depressão – queixosos de alterações cognitivas – puderam demonstrar que a pior *performance* apurada estava relacionada à memória episódica e dentre esses pacientes não há dados claros de como identificar aqueles que podem evoluir para uma demência (SCORALICK *et al.*, 2011).

O estudo promovido por Ávila e Bottino (2006) constatou que em pacientes idosos com depressão mais acentuada algumas habilidades cognitivas ficam comprometidas, como a psicomotricidade, as memórias verbal e não verbal, a compreensão de leitura, a aprendizagem em geral, a fluência verbal e as funções executivas. Os autores acrescentam que tarefas mais complexas que envolvem o córtex pré-frontal, tarefas de atenção e de intenção, testes de memória mais complexos ficam comprometidos junto ao grupo de idosos que sofrem de depressão acentuada.

Ocorre que muitas vezes a depressão no idoso vem associada à ansiedade, salienta Xavier (2006), e em estudos que realizou com colaboradores no ano de 2001 foi identificado que idosos com episódio de depressão mais acentuada tinham 40% de manifestação do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) – a ser examinado, ainda, neste tópico – que se refere a um dos transtornos em que a ansiedade se manifesta.

No que se refere à ansiedade, Neri e Fortes-Burgos (2011) afirmam que na velhice os indivíduos ficam mais expostos a fatores diversos que são desencadeadores de estresses. Esses fatores podem ser de natureza ambiental, biológica e intrapsíquica e se acentuam em virtude da perda natural de recursos biológicos que auxiliam o enfrentamento na esfera dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico.

Paulo e Yassuda (2010) em estudo realizado junto a um grupo de 67 idosos com idade entre 60 a 75 anos constataram que as queixas de esquecimento desse universo apresentavam uma ligação direta com sintomas de ansiedade: quanto maior a frequência de esquecimentos relatados mais frequentes são os sintomas de ansiedade.

Os pesquisadores não destacaram os motivos causadores dessa ansiedade junto ao universo investigado, mas sabe-se que as situações mais comumente estressantes na vida do idoso são os problemas de saúde física, incapacidade e memória, perda de familiares ou amigos, aposentadoria, precariedade financeira, problemas de ordem afetiva. Em relação à memória, quando o idoso percebe esse declínio, sua ansiedade aumenta, provocando ainda mais dificuldade de memorização.

Como se viu anteriormente, a ansiedade pode se manifestar em inúmeros transtornos dentre os quais este estudo destaca o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

O TAG “é caracterizado por uma preocupação excessiva, irreal e generalizada acerca de diversos eventos ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias por ao menos 6 meses” (FRANK; RODRIGUES, 2011, p. 323). Quem possui esse transtorno tem dificuldade de se concentrar e quando do diagnóstico o profissional de saúde precisa observar se a ansiedade está associada a, pelo menos, três de seis outros fatores: nervos à flor da pele, fadiga, dificuldade de concentração ou sensação de branco na memória, irritação, tensão muscular, perturbação do sono ou sono insatisfatório, afirmam os autores ora citados. Como se vê, a sensação de branco na mente, perda ligeira de memória é um dos fatores que podem estar associados à TAG.

O TEPT ocorre nos indivíduos que sofreram estímulos traumáticos estressantes, em quem experimentou ou foi testemunha de ameaça de morte, lesão grave, ameaça à integridade física que resultou em medo profundo, terror ou impossibilidade de se defender. É, portanto, um evento definido como “traumático quando implica a morte ou uma lesão grave ou a ameaça de morte ou lesão, e o indivíduo experimentou um forte afeto negativo em resposta ao acontecimento” (ASTIN; RESICK, 2007, 171).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Medidas que objetivam melhorar o bem-estar e a qualidade de vida na velhice devem ser tomadas pelos familiares, pelos profissionais de saúde, pela comunidade e pelo próprio idoso. Por sua vez, um tratamento de saúde mais adequado deve ser direcionado àqueles idosos que atravessam sintomas de depressão e ansiedade a fim de amenizar esses males e suas consequências cognitivas, fatores que prejudicam a qualidade de vida.

Deve-se levar em conta que para esses cuidados é primordial observar as inúmeras diferenças que existem nessa população. Afinal, apenas medidas individuais

como cuidados com a saúde, vida ativa, envolvimento social, dieta alimentar eficaz, dentre outras, não são determinantes para uma velhice saudável. Deve-se compreender que essas medidas têm efeitos variáveis de acordo com outros fatores intrínsecos, ocasionais e históricos da vida de cada idoso.

É preciso eliminar preconceitos em relação à velhice e aos idosos e a educação pode ser uma aliada da mudança de atitudes de profissionais e familiares responsáveis por esse cuidado.

Os familiares devem ficar atentos às falhas de memória que os idosos apresentam e, mais ainda, devem observar se essas falhas têm relação mais direta com o tempo em que a depressão e a ansiedade se apresentam mais evidentes.

Por outro lado, os profissionais de saúde precisam conhecer as principais alterações cognitivas causadas por esse quadro de depressão e de ansiedade e, com o auxílio de relato familiar e do próprio idoso, quando possível, confirmar diagnósticos e planejar um tratamento que seja mais adequado a cada um dos pacientes idosos atendidos.

Diante da análise dos textos selecionados, verificou-se que tanto a depressão quanto a ansiedade prejudicam a memória do idoso, ao passo que uma velhice mais saudável conta com fatores psicológicos positivos. Este artigo conclui que o idoso com qualidade de vida adequada, sem quadro de depressão ou ansiedade, possui uma memória mais ativa e, conseqüentemente, um menor declínio cognitivo.

## REFERÊNCIAS

ABRISQUETA-GOMEZ, Jacqueline. Memória e envelhecimento cognitivo saudável. In.: MALLOY-DINIZ, Leandro F.; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramon M. (orgs.) *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 10, p. 171-196.

ASTIN, Millie C.; RESICK, Patrícia A. Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático. In: CABALLO, Vicente E. (coord.). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Editora Santos, 2007. cap. 6, p. 171-209.

ÁVILA, Renata; BOTTINO, Cássio Machado de Campos. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 4, p. 316-320, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n4/2225.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

BECKERT, Michele; IRIGARAY, Tatiana Quarti; TRENTINI, Clarissa Marcelli. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estud. psicol.* v. 29 n. 2 Campinas abr./jun. 2012.

BOTTINO, Cássio Machado de Campos; APARÍCIO, Marco Antonio Moscoso. Saúde mental e qualidade de vida na velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). *Qualidade de*

*vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. (coleção velhice e sociedade). cap. 6, p. 173-187.

CANINEU, Paulo Renato; SAMARA, Adriana Bastos; STELLA, Florindo. Transtorno cognitivo leve. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 14, p.169-177.

CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida em idosos. Conceituação e investigação. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. (coleção velhice e sociedade). cap. 2, p. 61-82.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; FLAUZINO, Karina de Lima; FRATEZI, Flávia Renata. Rede de suporte social e doença de Alzheimer. O caso de um cônjuge idoso cuidador. In: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de (orgs.). *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. 2. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011.

FRANK, Mônica Hupsel; RODRIGUES, Nezilour Lobato. Depressão, ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 25, p. 314-326.

KAMKHAGI, Dorli. *Psicanálise e velhice: sobre a clínica do envelhecer*. São Paulo: Via Lettera, 2008.

MANFRIM, Aquiles; SCHMIDT, Sergio L. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 13, p.157-168.

NERI, Anita Liberalesso. Biomedicalização da velhice: distorções cognitivas relacionadas ao uso do modelo biomédico na pesquisa gerontológica. In: NERI, Anita Liberalesso *et al.* Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In: DIOGO, Maria José D'Élboux; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (orgs.). *Saúde e qualidade de vida na velhice*. 3. ed. Campinas, SP: Alínea, 2009. cap. 1, p. 11-37; parte 1, p. 11-22

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. (coleção velhice e sociedade). cap. 1, p. 13-60.

NERI, Anita Liberalesso; FORTES-BURGOS, Andréa Cristina Garofe. A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 135, p. 1505-1521.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 7, p. 99-106.

PAULO, Débora Lee Vianna; YASSUDA, Mônica Sanches. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a05v37n1>>. Acesso em: 24 out. 2014.

SCORALICK, Francisca Magalhães *et al.* Depressão e demência. Diagnóstico diferencial. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 19, p. 251-255.

TAUSSI, Irene; WAGNER, Gabriela Peretti. Memória explícita e envelhecimento. In: PARENTE, Maria Alice de Mattos *et al. Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 4, p. 67-84.

XAVIER, Flávio Merino de Freitas. O transtorno cognitivo da depressão geriátrica ou a “pseudodemência depressiva” do idoso. In: PARENTE, Maria Alice de Mattos *et al. Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 13, p. 205-224.

YASSUDA, Mônica Sanches *et al.* Memória e envelhecimento: aspectos cognitivos e biológicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 132, p.1477-1485.

YASSUDA, Mônica Sanches; ABREU, Viviane Peixoto Salgado. Avaliação cognitiva do idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 133, p. 1486-1494.