Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Cognição e sintomas depressivos em pessoas idosas na atenção primária

Cognition and depressive symptoms in elderly people in primary health care

Cognición y síntomas depresivos en personas mayores en la atención primaria

Natalia Pessoa da Rocha Leal[1], Renata Rabelo Pereira[1], Maria Amanda Pereira Leite[1], Maria Luísa Domingos Fernandes de Freitas[1], Maria Cecília Pereira Rodrigues[1], Rayane de Almeida Farias[1], Maria de Lourdes de Farias Pontes[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil sociodemográfico e clínico, a prevalência de sintomas depressivos e déficit cognitivo, bem como os fatores associados a esses desfechos em pessoas idosas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Estudo observacional, analítico e transversal, realizado com 79 pessoas cadastradas, em 2024. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Depressão Geriátrica abreviada (EDG-15). Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial. Aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Predominaram mulheres (74,7%), indivíduos com idade entre 60 e 79 anos (77,2%), baixa escolaridade (70,9%) e renda familiar entre um e três salários mínimos (51,9%). Observou-se elevada frequência de doenças crônicas (81%), sedentarismo (63,3%) e dor crônica (53,2%). A prevalência de sintomas depressivos foi de 31,6%, enquanto o déficit cognitivo foi 22,8%. Os sintomas depressivos associaram-se à presença de dor crônica e ao déficit cognitivo. O comprometimento cognitivo apresentou associação com idade igual ou superior a 80 anos. **Conclusão:** Identificou-se elevada prevalência de sintomas depressivos e déficit cognitivo entre pessoas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. A associação entre dor crônica, sintomas depressivos e comprometimento cognitivo evidencia a necessidade de rastreamento desses agravos e implementação de intervenções multidimensionais voltadas à promoção da saúde mental e manutenção da autonomia da pessoa idosa.

Palavras-chave: Idoso, Cognição, Depressão.

ABSTRACT

Objective: Analyze the sociodemographic and clinical profile, the prevalence of depressive symptoms and cognitive impairment, as well as the factors associated with these outcomes in older adults followed in Primary Health Care. **Methods:** Observational, analytical, and cross-sectional study conducted with 79 registered individuals in 2024. A sociodemographic and clinical questionnaire, the Mini-Mental State Examination (MMSE), and the abbreviated Geriatric Depression Scale (GDS-15) were used. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Approved by the Research Ethics Committee.**Results:**

[1] Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa – PB.

SUBMETIDO EM: 6/2026 | **ACEITO EM: 8/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

Women predominated (74.7%), individuals aged between 60 and 79 years (77.2%), those with low education (70.9%), and family income between one and three minimum wages (51.9%). A high frequency of chronic diseases (81%), physical inactivity (63.3%), and chronic pain (53.2%) was observed. The prevalence of depressive symptoms was 31.6%, while cognitive deficit was 22.8%. Depressive symptoms were associated with the presence of chronic pain and cognitive deficit. Cognitive impairment was associated with age equal to or over 80 years. **Conclusion:** A high prevalence of depressive symptoms and cognitive deficit was identified among people followed in Primary Health Care. The association between chronic pain, depressive symptoms, and cognitive impairment highlights the need for screening for these conditions and the implementation of multidimensional interventions aimed at promoting mental health and maintaining the autonomy of the elderly.

Keywords: Elderly, Cognition, Depression.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil sociodemográfico y clínico, la prevalencia de síntomas depresivos y déficit cognitivo, así como los factores asociados a estos resultados en personas mayores atendidas en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal, realizado con 79 personas registradas, en 2024. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, el Mini Examen del Estado Mental (MEEM) y la Escala de Depresión Geriátrica abreviada (EDG-15). Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Predominaron las mujeres (74,7%), individuos con edades entre 60 y 79 años (77,2%), baja escolaridad (70,9%) y renta familiar entre uno y tres salarios mínimos (51,9%). Se observó elevada frecuencia de enfermedades crónicas (81%), sedentarismo (63,3%) y dolor crónico (53,2%). La prevalencia de síntomas depresivos fue del 31,6%, mientras que el déficit cognitivo fue del 22,8%. Los síntomas depresivos se asociaron con la presencia de dolor crónico y con el déficit cognitivo. El deterioro cognitivo presentó asociación con edad igual o superior a 80 años. **Conclusión:** Se identificó elevada prevalencia de síntomas depresivos y déficit cognitivo entre personas atendidas en la Atención Primaria de Salud. La asociación entre dolor crónico, síntomas depresivos y deterioro cognitivo evidencia la necesidad de rastrear estos problemas e implementar intervenciones multidimensionales dirigidas a la promoción de la salud mental y al mantenimiento de la autonomía de la persona mayor.

Palabras clave: Anciano, Cognición, Depresión.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional contemporâneo configura-se um dos mais complexos desafios para os sistemas de saúde pública global. O aumento da longevidade, impulsionado pela transição demográfica e epidemiológica, reconfigurou o perfil da sociedade, demandando um olhar multidimensional voltado não apenas para a extensão quantitativa da vida, mas, fundamentalmente, para a qualidade dos anos vividos (RUDNICKA E, et al., 2020).

No Brasil, os desafios são caracterizados por uma tripla carga de doenças, desigualdades regionais persistentes e limitações na organização e capacidade de resposta dos sistemas de saúde, demandando abordagens integradas que ultrapassem o objetivo de ampliar a expectativa de vida e priorizem a promoção do envelhecimento saudável (ROBLEDO LMG, et al., 2022).

À medida que o processo de senescência avança, ocorrem modificações biológicas, funcionais e psicossociais intrínsecas que podem tencionar a capacidade adaptativa do indivíduo. Entre os principais agravos que ameaçam a independência na velhice, destacam-se o declínio neurocognitivo e os transtornos afetivos, com especial relevância para a sintomatologia depressiva (GOUVEIA DS e PORTO MVLP, 2025).

A prevalência global de déficit cognitivo leve em pessoas idosas varia de 15% a 24%, dependendo da população estudada, critérios diagnósticos utilizados e região geográfica. Após 2019 houve um aumento ao longo do tempo de 32,1**%**, possivelmente relacionada à pandemia de COVID-19 (SONG WX, et al., 2023). Os fatores de risco mais associados a esta condição são: idade avançada, menor escolaridade, sexo feminino, áreas rurais e raça/etnia, pois negros e hispânicos apresentam taxas semelhantes ou superiores a brancos (SALARI N, et al., 2025).

Os sintomas depressivos são frequentes entre pessoas idosas, com prevalências que variam de 28,4% a 49%, dependendo do instrumento de avaliação empregado e das características da população investigada (ZENEBE Y, et al., 2021). Em relação ao transtorno depressivo maior, estima-se uma prevalência global de 13,3%, enquanto dados da Organização Mundial da Saúde indicam que entre 5,7% e 7% dos indivíduos com 60 anos ou mais apresentam sintomas depressivos (OMS, 2023).

Assim, a identificação precoce dessas duas condições na pessoa idosa representa um desafio clínico, uma vez que ambas as condições compartilham manifestações semelhantes que dificultam sua diferenciação. Entre os sintomas frequentemente observados estão fadiga e redução da energia, alterações do sono (insônia ou hipersonia), redução da participação social, isolamento, dificuldades de concentração e atenção, lentificação psicomotora e queixas subjetivas de memória (JANG YJ, et al., 2026).

Dessa forma, o déficit cognitivo e a depressão na pessoa idosa partilham de uma complexa relação neurobiológica e comportamental que, frequentemente, mimetiza ou retroalimenta perdas funcionais. Na atenção primária, esses quadros são frequentemente subdiagnosticados ou erroneamente negligenciados como consequências inevitáveis do envelhecimento, o que retarda intervenções terapêuticas oportunas e culmina na perda precoce da autonomia e na redução da qualidade de vida (SOUZA APD, et al., 2022).

O acompanhamento longitudinal proporcionado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família favorece a identificação de alterações graduais na cognição, no humor e na funcionalidade das pessoas idosas, permitindo intervenções precoces capazes de retardar o agravamento dessas condições e minimizar suas repercussões na capacidade funcional e na qualidade de vida, pois integram as ações e serviços dos diferentes níveis assistenciais (FOWLER NR, et al., 2025).

Justifica-se, assim, a realização deste estudo para fornecer subsídios que auxiliem os profissionais de saúde no mapeamento de riscos e no planejamento de ações preventivas e de reabilitação coordenadas na Atenção Primária à Saúde.

Com base nessas premissas, este estudo tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e clínico, a prevalência de sintomas depressivos e déficit cognitivo, bem como os fatores associados a esses desfechos em pessoas idosas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional, analítico e transversal, desenvolvido no município de João Pessoa, Paraíba, com pessoas idosas, residentes na zona urbana e rural, cadastradas em uma unidade integrada de saúde. A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro do ano de 2024.

A população do estudo foi composta por 391. A amostra foi definida por meio de cálculo para população finita, considerando os parâmetros estabelecidos de nível de confiança e erro amostral, resultou em um quantitativo mínimo estimado de 102 participantes, porém cumpre-se destacar que o quantitativo final foi de 79 participantes, o que configurou uma perda amostral decorrente de barreiras geográficas e operacionais de acesso à população residente na zona rural.

Essa redução impactou diretamente a representatividade analítica, resultando em uma amostra que se tornou, por conveniência, majoritariamente urbana. Por conseguinte, reconhece-se o caráter não probabilístico dessa distribuição espacial, o que limita a generalização dos achados epidemiológicos e clínicos para o contexto da população idosa rural adstrita ao território.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ter idade igual ou superior a 60 anos no momento da entrevista. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam déficits sensoriais severos (auditivos ou visuais) sem correção que impedissem a compreensão e execução dos testes aplicados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais em ambiente reservado, utilizando-se três instrumentos específicos para o rastreamento clínico. O primeiro consistiu em um questionário multidimensional elaborado pelos autores para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. Para a avaliação cognitiva dos idosos, aplicou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN MF, et al., 1975), enquanto o rastreamento de distúrbios afetivos e de humor na velhice foi operacionalizado por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica em sua versão abreviada (EDG-15) (ALMEIDA OP e ALMEIDA AS,1999).

O MEEM foi utilizado para mensurar funções neurocognitivas globais, avaliando domínios como orientação temporal e espacial, memória imediata, evocação, atenção, cálculo e linguagem, cuja pontuação varia de 0 a 30 pontos9. Para o diagnóstico de déficit cognitivo, os escores foram corrigidos pelos pontos de corte de Bertolucci, sendo adotados: 13 pontos para analfabetos; 18 para baixa escolaridade (1 a 4 anos de estudo); 24 para escolaridade média (5 a 8 anos); e 26 pontos para indivíduos com alta escolaridade (9 ou mais anos de estudo) (BERTOLUCCI PHF, et al., 1994).

Para a avaliação dos sintomas depressivos, utilizou-se a EDG-15, um instrumento abreviado contendo 15 perguntas dicotômicas direcionadas ao rastreamento de sofrimento psíquico comunitário (ALMEIDA OP e ALMEIDA AS,1999). Considerou-se a presença de sintomas de depressão clinicamente relevantes quando a pontuação final obtida pela pessoa idosa foi estritamente superior a cinco pontos, indicando humor deprimido e necessidade de intervenção assistencial.

Os dados foram tabulados e processados eletronicamente. A análise estatística foi realizada com o auxílio de um software, SPSS. Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das variáveis para caracterização da amostra. As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas (n) e relativas (%). A variável contínua (idade) foi submetida ao teste de normalidade, sendo apresentada por meio de média e desvio-padrão (±DP), além de seus valores mínimos e máximos.

Para a análise inferencial, a cognição e os sintomas depressivos foram categorizados de forma dicotômica. Foram realizadas tabelas de contingência cruzando os desfechos com os potenciais preditores sociodemográficos e clínicos. Devido ao tamanho amostral (n = 79), a significância estatística das associações foi calculada rigorosamente por meio do Teste Exato de Fisher. Fixou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) com intervalo de confiança de 95% para a rejeição da hipótese nula.

O projeto matriz obedeceu estritamente às determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos e riscos da pesquisa e assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (BRASIL, 2012).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob parecer nº 6.529.578 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 74101123.5.0000.5188.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico e econômico da população idosa estudada revelou um predomínio indivíduos do sexo feminino (74,7%) e pertencentes à faixa etária entre 60 e 79 anos (77,2%). A média de idade constatada na amostra geral foi de 72,1 anos (±7,5), com amplitude observada entre 60 e 94 anos de idade. No que tange à distribuição espacial, a maioria dos participantes residia em zona urbana (87,3%). Em relação à configuração conjugal e aos arranjos familiares, identificou-se que 46,8% mantinham o status de casado ou viviam em regime de união estável, seguidos por 32,9% de indivíduos viúvos. No aspecto socioeconômico, a renda familiar concentrou-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos (51,9%), concomitante a uma taxa de 20,3% de analfabetismo na classificação de escolaridade da amostra (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e econômica da população Idosa (n = 79), João Pessoa, PB, 2024.

Variável Sociodemográfica	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo	Masculino	20	25,30%
	Feminino	59	74,70%
Classificação da Idade	Idosos mais novos (60 a 79 anos)	61	77,20%
	Idosos mais velhos (≥ 80 anos)	18	22,80%
Zona de Moradia	Urbana	69	87,30%
	Rural	10	12,70%
Estado Civil	Casado / União Estável	37	46,80%
	Viúvo(a)	26	32,90%
	Solteiro / Divorciado / Outros	16	20,30%
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	31	39,20%
	De 1 a 3 salários mínimos	41	51,90%
	Acima de 3 salários mínimos	7	8,90%
Escolaridade	Analfabeto	16	20,30%
	Baixa Escolaridade (Fund. Inc. ao Médio Compl.)	56	70,90%
	Alta Escolaridade (Superior Inc. ou Compl.)	7	8,80%

Fonte: Leal NPR, et al., 2026.

Os dados referentes ao perfil clínico, hábitos de vida e se foi acometido pela COVID-19 (**Tabela 2**), evidenciou-se uma elevada carga de morbidades autorreferidas, visto que 81,0% das pessoas idosas possuíam o diagnóstico de pelo menos uma doença crônica. A queixa de dor crônica contínua foi manifestada por mais da metade da população (53,2%). No tocante ao estilo de vida, constatou-se que 63,3% eram sedentários, não realizando nenhum tipo de atividade física regular. O manejo terapêutico medicamentoso foi classificado como contínuo e diário para 86,1% dos participantes. No cenário contextual pós-pandemia, 44,3% dos indivíduos relataram histórico de infecção confirmada ou suspeita por COVID-19, e 39,2% reportaram o desenvolvimento ou agravamento de distúrbios e dificuldades para dormir após o período pandêmico.

Tabela 2 - Perfil Clínico, Estilo de Vida e Aspectos Pós-Pandemia (n = 79), João Pessoa, PB, 2024.

Variável Clínica / Estilo de Vida	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Doença Crônica	Sim	64	81,00%
	Não	15	19,00%
Dor Crônica	Sim	42	53,20%
	Não	37	46,80%
Prática de Atividade Física	Sim	29	36,70%
	Não	50	63,30%
Uso Diário de Medicamentos	Sim	68	86,10%
	Não	11	13,90%
Teve COVID-19	Sim	35	44,30%
	Não / Não sabe	44	55,70%
Dificuldade para Dormir Pós-Pandemia	Sim	31	39,20%
	Não	48	60,80%

Fonte: Leal NPR, et al., 2026.

Os dados epidemiológicos relativos aos desfechos de saúde mental e cognição das pessoas idosas estão discriminados (**Tabela 3**). A triagem e o rastreamento clínico realizados por meio das escalas estruturadas evidenciaram que 22,8% apresentaram déficit cognitivo sugestivo, cujo cálculo de corte do MEEM foi previamente corrigido e ajustado de acordo com os níveis de escolaridade individuais pelo Escore de Bertolucci. No que diz respeito aos sintomas depressivos, a aplicação da EDG-15 revelou que quase um terço da amostra estudada (31,6%) manifestou a presença de sintomas depressivos clinicamente relevantes (pontuação superior a 5 no instrumento).

Tabela 3 - Prevalência de Déficit Cognitivo e Sintomas Depressivos (n = 79), João Pessoa, PB, 2024.

Desfecho de Saúde Mental	Classificação Dicotômica	Frequência (n)	Percentual (%)
Déficit Cognitivo	Com Déficit Cognitivo	18	22,80%
	Sem Déficit Cognitivo	61	77,20%
Sintomas Depressivos	Apresenta Sintomas (>5)	25	31,60%
	Não Apresenta Sintomas (≤5)	54	68,40%

Fonte: Leal NPR, et al., 2026.

A análise cruzada bivariada e as inferências estatísticas a respeito dos fatores associados aos sintomas depressivos e cognição estão detalhadas (**Tabela 4**). A aplicação do teste exato de Fisher revelou que o desfecho de sintomas depressivos apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de dor crônica (p = 0,009). Entre os idosos que conviviam com dor crônica, a prevalência desses sintomas foi mais alta (45,2%) quando comparada àqueles que não manifestavam queixas álgicas (16,2%).

Adicionalmente, verificou-se uma correlação estatística limítrofe, porém significativa, entre o declínio cognitivo e o humor do indivíduo (p = 0,049). Metade das pessoas idosas diagnosticadas com déficit cognitivo apresentavam, concomitantemente, sintomas de depressão (50,0%), ao passo que, no subgrupo sem alterações de cognição, a taxa de sintomatologia depressiva foi de 26,2%.

Por fim, em relação ao desfecho de déficit cognitivo, o avanço da idade configurou-se como o preditor de maior significância estatística (p = 0,017). O grupo composto por idosos mais velhos, com idade igual ou superior a 80 anos, exibiu uma prevalência de declínio neurocognitivo de 44,4%, valor significativamente superior aos 16,4% observados nos idosos situados na faixa etária de 60 a 79 anos.

Tabela 4 - Matriz de associação entre características sociodemográficas/clínicas e os desfechos de Saúde Mental e Cognição em idosos (n = 79), João Pessoa, PB, 2024.

Variáveis Preditores	Sintomas Depressivos		p-valor	Déficit Cognitivo		p-valor
	Com Sintomas n (%)	Sem Sintomas n (%)		Com Déficit n (%)	Sem Déficit n (%)	
Dor Crônica			**0,009** *			0,441
Sim (n=42)	19 (45,2%)	23 (54,8%)		11 (26,2%)	31 (73,8%)	
Não (n=37)	6 (16,2%)	31 (83,8%)		7 (18,9%)	30 (81,1%)	
Classe de Idade			0,344			**0,017***
≥ 80 anos (n=18)	7 (38,9%)	11 (61,1%)		8 (44,4%)	10 (55,6%)	
60 a 79 anos (n=61)	18 (29,5%)	43 (70,5%)		10 (16,4%)	51 (83,6%)	
Déficit Cognitivo			**0,049***			-
Com Déficit (n=18)	9 (50,0%)	9 (50,0%)		-	-	-
Sem Déficit (n=61)	16 (26,2%)	45 (73,8%)		-	-	-
Atividade Física			0,112			0,165
Não Pratica (n=50)	19 (38,0%)	31 (62,0%)		14 (28,0%)	36 (72,0%)	
Pratica (n=29)	6 (20,7%)	23 (79,3%)		4 (13,8%)	25 (86,2%)	

Fonte: Leal NPR, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Os achados sociodemográficos revelam um fenômeno amplamente consolidado na literatura gerontológica mundial, a feminização da velhice. Globalmente, a expectativa de vida feminina ao nascer aumentou de 51,2 anos em 1950 para 76,3 anos em 2023, enquanto a masculina aumentou de 47,9 para 71,5 anos no mesmo período (GBD, 2023).

Embora as mulheres vivam mais, elas experimentam maior carga de morbidade e limitações funcionais. Mulheres maiores de 60 anos apresentam consistentemente maior prevalência de incapacidade, fragilidade, depressão e pior autopercepção de saúde em comparação aos homens da mesma idade (COSTA JR, 2026). A prevalência de múltiplas condições crônicas é maior em mulheres (28,4%) do que em homens (25,9%), diferença que aumenta com a idade (EMERY-TIBURCIO, et al., 2025).

A enfermagem, ao reconhecer essas características biográficas como vulnerabilidades estruturais, deve desenhar intervenções de educação em saúde acessíveis, mitigando as consequências funcionais negativas que o baixo nível socioeconômico impõe sobre o processo de envelhecimento na comunidade.

A carga de multimorbidade está fortemente associada ao declínio funcional em pessoas idosas, com a presença de duas ou mais condições crônicas aumentando o risco de limitações funcionais. Condições específicas identificadas como fatores de risco incluem diabetes, hipertensão e acidente vascular cerebral, sendo que cada condição crônica adicional está associada a 1,35-2,06 vezes mais limitações funcionais, dependendo da idade e sexo (LOPES VIEIRA MM, et al., 2023).

A elevada prevalência de doenças crônicas associada ao expressivo índice de sedentarismo na amostra desenha um cenário de alta vulnerabilidade clínica. O comportamento sedentário não é apenas uma escolha, mas um fator de risco modificável que acelera as perdas biológicas do envelhecimento, gerando o declínio da mobilidade, perda de força muscular e isolamento social (LOPES VIEIRA MM, et al., 2023).

Além disso, o impacto do período pós-pandemia de COVID-19 se sobressai de forma alarmante nesta população. O fato de alguns participantes da pesquisa relatarem o desenvolvimento ou piora de dificuldades para dormir após a pandemia reflete o estresse psicológico crônico e a quebra de rotinas de socialização e atividade física impostos pelo isolamento (UDEH-MOMOH CT, et al., 2021).

A literatura científica mundial demonstra que distúrbios do sono em idosos estão diretamente associados ao aumento do risco cardiovascular, fadiga diurna e prejuízo na homeostase biológica19. Para a enfermagem gerontológica, estes dados reforçam a necessidade premente de implementar práticas avançadas de cuidado voltadas à higiene do sono e ao estímulo da atividade física na atenção primária, transformando fatores de risco em consequências funcionais positivas (SONG J, et al., 2026).

Os fatores de risco para declínio funcional em idosos com 75 anos ou mais incluem características demográficas não modificáveis (idade avançada, sexo feminino), condições clínicas modificáveis (comprometimento cognitivo, depressão, comorbidades, limitação funcional de membros inferiores, comprometimento visual e auditivo, fragilidade), e fatores comportamentais e psicossociais (baixa frequência de contatos sociais, baixo nível de atividade física, pior autopercepção de saúde) (GILL TM, et al., 2020).

O comprometimento cognitivo constitui um preditor independente robusto de declínio funcional, com razão de chances ajustada 2,6 vezes maior de perderem a sua independência funcional na comunidade em comparação com aqueles que preservam a mente sadia22. Em pessoas idosas muito longevas (≥80 anos), o comprometimento cognitivo associa-se significativamente tanto com limitações em atividades básicas de vida diária quanto em atividades instrumentais de vida diária (HAJEK A e KÖNIG HH, 2020).

A literatura científica internacional corrobora a premissa de que a saúde mental atua como um determinante crítico da autonomia na senescência. Evidências apontam que os sintomas depressivos se configuram como um preditor independente robusto para o declínio funcional. O que indica que a depressão possui a capacidade de deteriorar a funcionalidade do idoso por si mesma, independentemente da coexistência de outras comorbidades físicas, idade avançada ou níveis de escolaridade (TCHALLA A, et al., 2022).

Os sintomas depressivos e os déficits neurocognitivos são interpretados como reflexos de uma intrincada teia de causalidade, pois, as perdas biológicas ligadas ao envelhecimento sofrem o impacto deletério de estressores clínicos e ambientais, demandando o diagnóstico precoce da enfermagem para conter esse ciclo de perdas funcionais na comunidade (JANG YJ, et al., 2026).

A prevalência de sintomas depressivos nesta população corrobora estudos de grande impacto global que alertam para a subnotificação e o subdiagnóstico na atenção primária, em que muitas vezes a tristeza ou a apatia são erroneamente normalizadas. A depressão na vida tardia é frequentemente difícil de diagnosticar, pois pode ser confundida com queixas somáticas e pode até ser inadequadamente considerada como um aspecto normal do processo de envelhecimento (ANG L, et al., 2024).

A forte associação estatística entre dor crônica e sintomas depressivos está amplamente validada por evidências longitudinais, demonstra como diferentes eixos da saúde da pessoa idosa se interconectam de forma sistêmica, evidenciando que a dor não é apenas um sintoma físico, mas um potente fator de risco psicossocial (FU S, et al., 2025).

Cientificamente, a dor crônica persistente altera vias neuroendócrinas e limita drasticamente a capacidade do idoso de realizar atividades de vida diária, interagir socialmente e manter sua autonomia26. Assim, o cuidado de enfermagem, portanto, deve transcender o manejo analgésico tradicional, adotando abordagens holísticas e interdisciplinares de controle da dor para proteger a saúde mental do idoso.

O achado de que pessoas idosas com 80 anos ou mais apresentaram déficit cognitivo reflete o peso das mudanças decorrentes da idade (vulnerabilidade biológica do sistema nervoso central) associadas à maior probabilidade de acúmulo de danos ao longo do tempo. Dados norte-americanos mostram que a demência afeta aproximadamente 29,3% das pessoas com 85 anos ou mais, comparado a 9,9% naqueles entre 75-84 anos e 3,2% entre 65-74 anos (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al, 2020).

A associação entre déficit cognitivo e sintomas depressivos em idosos reflete uma relação bidirecional, na qual a depressão pode tanto preceder e aumentar o risco de demência quanto surgir como manifestação precoce ou reativa ao declínio cognitivo subjacente, pois múltiplos mecanismos biológicos explicam a sobreposição e a bidirecionalidade como: patologia cerebrovascular, desregulação neuroendócrina e neuropatologia de Alzheimer (KAUP AR, et al., 2016).

Estudos de coorte confirmam que a depressão aumenta substancialmente o risco de demência subsequente. Análise dinamarquesa com mais de 1,4 milhão de cidadãos seguidos por até 40 anos demonstrou que pessoas com depressão apresentaram risco mais que dobrado de desenvolver demência, independentemente da idade ao diagnóstico (início precoce, meia-idade ou tardia) ou do tempo decorrido desde o diagnóstico (mesmo após >20 anos) (KAUP AR, et al., 2016).

Assim, o rastreamento oportuno realizado por enfermeiros utilizando instrumentos validados é uma intervenção central para interromper o ciclo de perdas funcionais. Quando o enfermeiro identifica precocemente esses agravos, ele impede que o déficit cognitivo leve e o humor deprimido evoluam para quadros severos de dependência funcional e isolamento severo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as pessoas idosas avaliadas apresentaram prevalência expressiva de sintomas depressivos e déficit cognitivo, com associação entre sintomas depressivos e dor crônica, bem como entre déficit cognitivo e idade igual ou superior a 80 anos. Também foi observada associação entre sintomas depressivos e comprometimento cognitivo, reforçando a necessidade de rastreamento sistemático desses agravos na Atenção Primária à Saúde. Os achados apontam para a importância de intervenções multidimensionais conduzidas pela equipe de saúde, incluindo avaliação periódica da cognição e do humor, manejo da dor crônica, estímulo à atividade física, ações de promoção da saúde mental e estratégias voltadas à manutenção da autonomia e funcionalidade da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA OP, ALMEIDA SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999; 57(2B): e421.
2. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. Washington, DC: APA, 2024. Disponível em: https://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.pdf. Acessado em: 26 maio 2026.
3. ANG L, et al. Psychotherapeutic treatments for depression in older adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024; 11: eCD015976.
4. BERTOLUCCI PHF, et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1994; 52(1): e1.

5. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
6. COSTA JR, et al. Ageism and the feminization of old age: a systematic review. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2026; 141: e106084.
7. FOLSTEIN MF, et al. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975; 12(3): e189.
8. FOWLER NR, et al. Implementing early detection of cognitive impairment in primary care to improve care for older adults. Journal of Internal Medicine, 2025; 298(1): e31.
9. FU S, et al. Chronic pain and late-life depression are positively associated in Chinese centenarians and oldest-old adults. Depression and Anxiety, 2025; 1: e5565953.
10. GBD 2023 DEMOGRAPHICS COLLABORATORS. Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950-2023: a demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. The Lancet, 2025; 406(10513): e1731.
11. GILL TM, et al. Risk factors and precipitants of severe disability among community-living older persons. JAMA Network Open, 2020; 3(6): e206021.
12. GOUVEIA DS, PORTO MVLP. Entre a senescência e a senilidade: processos neuropsicológicos que delineiam a qualidade de vida no envelhecer. Omnia Sapientiae, 2025; 5(2):e27.
13. HAJEK A, KÖNIG HH. What factors are associated with functional impairment among the oldest old? Frontiers in Medicine, 2022; 9: e1092775.
14. JANG YJ, et al. Cognitive impairment, dementia and depression in older adults. Journal of Clinical Medicine, 2026; 15(3): e1198.
15. KAUP AR, et al. Trajectories of depressive symptoms in older adults and risk of dementia. JAMA Psychiatry, 2016; 73(5): e525.
16. LOPES VIEIRA MM, at al. Functional limitation in the older Brazilian adults: association with multimorbidity and socioeconomic conditions. PLoS One, 2023; 18(11): e0294935.
17. ROBLEDO LMG, et al. Healthcare for older people in Central and South America. Age and Ageing, 2022; 51(5): e017.
18. RUDNICKA E, et al. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Maturitas, 2020; 139: e6.
19. SALARI N, et al. The global prevalence of mild cognitive impairment in geriatric population with emphasis on influential factors: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics, 2025; 25(1): e313.
20. SONG J, et al. Effects of non-pharmacological interventions on sleep quality in older adults: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Medicine, 2026; 24(1): e192.
21. SONG WX, et al. Evidence from a meta-analysis and systematic review reveals the global prevalence of mild cognitive impairment. Frontiers in Aging Neuroscience, 2023; 15:e1227112.
22. SOUZA APD, et al. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 2022; 27: e1741.
23. TCHALLA A, et al. Risk factors of frailty and functional disability in community-dwelling older adults: a cross-sectional analysis of the FREEDOM-LNA cohort study. BMC Geriatrics, 2022; 22(1):, e762.
24. UDEH-MOMOH CT, et al. Health, lifestyle, and psycho-social determinants of poor sleep quality during the early phase of the COVID-19 pandemic: a focus on UK older adults deemed clinically extremely vulnerable. Frontiers in Public Health, 2021; 9: e753964.
25. US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al. Screening for cognitive impairment in older adults: US preventive services task force recommendation statement. JAMA, 2020; 323(8): e757.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults. Acesso em: 10 jun. 2026.
27. ZENEBE Y, et al. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. Annals of General Psychiatry, 2021; 20(1): e55.