

A DIFERENCIAÇÃO ENTRE OS QUADROS DEPRESSIVOS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO E DEMÊNCIA NOS IDOSOS

Resumo

O transtorno depressivo no idoso apresenta uma alta taxa de prevalência e os critérios diagnósticos são similares ao transtorno depressivo nos adultos mais jovens. Entretanto, evidências epidemiológicas demonstram que a depressão nos idosos pode apresentar algumas características específicas como por exemplo sintomas cognitivos que persistem mesmo após a remissão dos sintomas depressivos. As principais alterações cognitivas observadas na depressão dos idosos são alterações das funções das sub-corticais enquanto que na demência as alterações são nas áreas corticais. Entretanto, as alterações de memória e os sintomas depressivos podem ser os sintomas iniciais da Alzheimer. A diferenciação entre os quadros depressivos com comprometimento cognitivo e a demência se faz necessária e é de grande importância para a instituição correta das medidas terapêuticas adequadas para cada condição.

Palavras chave: comprometimento cognitivo, depressão, demência, idosos

Tabela 1: Sintomas do Transtorno Depressivo

Sintomas principais

- Humor deprimido
- Perda do interesse ou prazer nas atividades usuais
- Redução da energia e aumento da fadiga

Sintomas adicionais

- Redução da confiança ou da auto-estima
- Sentimento de culpa excessiva
- Pensamentos recorrentes de morte, idéias ou comportamentos suicidas
- Diminuição da concentração
- Alterações na atividade psicomotora
- Alterações no sono
- Alteração do peso com modificações no peso

Entretanto, evidências epidemiológicas demonstram que a depressão nos idosos pode apresentar algumas características específicas. Geralmente, a depressão nos idosos apresentam outros sintomas como queixas cognitivas e somáticas, hipocondria, sentimentos de inutilidade, irritabilidade, pensamentos auto-depreciativos/paranóides e recorrentes de suicídio (Alexopoulos, 2005; Fountoulakis et al, 2003). Estima-se que somente 15% a 20% dos idosos deprimidos apresentam sintomas depressivos enquanto que 45% dos sujeitos desse grupo apresentam sintomas cognitivos (Tannock & Katona, 1995).

Com isso, são descritos nos idosos vários subtipos de depressão geriátrica que incluem a depressão maior, a distímia, a depressão sub-sindrômica, a depressão devido a condições médicas, a depressão de início tardio, a depressão induzida por uso de substâncias, o transtorno de ajustamento com resposta depressiva, a depressão menor e a pseudo-demência (Alexopoulos, 2005).

O termo pseudo-demência foi introduzido em 1880 por Wernicke e tem sido usado para caracterizar os quadros depressivos nos

1. Introdução

O transtorno depressivo é um problema de saúde global. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1999), a depressão será em 2020 a principal doença associada a um impacto negativo e a um alto custo para a sociedade moderna. Nos idosos, o transtorno depressivo desempenha um papel importante na saúde devido a sua alta prevalência (Charney e cols, 2003) e sua associação com a incapacidade funcional (Beekman e cols, 1997; Steffens e cols, 1997), a mortalidade (Beekman e cols, 199; Conwell e cols, 2002) e o maior utilização dos serviços de saúde (Steffens, 1997).

Os critérios diagnósticos para o transtorno depressivo não diferem entre os idosos e os adultos mais jovens (Stage e cols, 2001) sendo caracterizados pela presença de no mínimo 5 sintomas da tabela 1, incluindo pelo menos 2 sintomas principais por um período de pelo menos 2 semanas.



idosos com queixas de memória de início recente (Pancrazi-Boyer e cols, 1997). Entretanto, essas alterações mnêmicas são decorrentes de uma redução somente da atenção e não apresenta alterações de outras funções superiores do córtex como afasia, agrafia e acalculia. Recentemente, outros termos como Demência da Depressão (Pearlson e col, 1989) e Síndrome da disfunção executiva da depressão (Alexopoulos, 2002) tem sido mais usados do que o termo pseudo-demência devido as críticas de sua natureza descritiva porém sem significado diagnóstico.

O objetivo desse estudo é: 1) a descrição do comprometimento cognitivo na depressão do idoso; 2) a diferenciação do comprometimento cognitivo no transtorno depressivo e na demência.

2. Alterações cognitivas na depressão

Tradicionalmente, o prejuízo cognitivo na depressão do idoso era considerado benigno, tendendo desaparecer com a melhora do quadro. No entanto, inúmeros idosos com depressão maior apresentam alterações cognitivas mesmo após o tratamento e a remissão dos sintomas depressivos (Alexopoulos, 1996; Baldwin & Tomenson, 1995). Evidências sugerem que isso ocorre devido ao efeito combinado da depressão maior com as alterações cerebrais decorrentes do envelhecimento como atrofia e doença vascular.

As principais alterações cognitivas observadas são: a redução da velocidade de processamento da informação, déficits na evocação, na memória de reconhecimento, na memória a curto prazo e na linguagem (fluência verbal compreensão) (Baldwin, 2010). No entanto, uma parcela desses pacientes não apresenta evidência de comprometimento cognitivo nas avaliações objetivas das funções cognitivas, sendo, portanto considerados normais (Rapp, 2005). Estudos de imagem funcional demonstram que as áreas cerebrais envolvidas na demência de Alzheimer são diferentes das alterações cognitivas observadas na depressão (Dolan e col, 1992). Entretanto, as alterações de memória e os sintomas depressivos podem ser os sintomas iniciais da Alzheimer (Sachs-Ericsson e cols, 2005).

3. Depressão nos quadros de demência

A associação entre depressão e quadros demenciais é muito frequente, com incidência de 10 a 80% nos pacientes com doença de Alzheimer (Burns, 1991). O quadro depressivo pode ser secundário a reações psicológicas aos déficits determinados pelo quadro demencial ou ser conseqüências de lesões cerebrais associadas a

ela. Nesses pacientes, as alterações cerebrais inerentes ao processo demencial determinam modificações na apresentação clínica, no curso, no prognóstico e, também, na abordagem medicamentosa desses pacientes. Com isso, Olin e cols (2002) propuseram critérios diagnósticos diferenciados para os quadros depressivos (tabela 2).

Tabela 2: Critérios provisórios para diagnóstico da depressão na doença de Alzheimer

1. Satisfazer os critérios para demência de Alzheimer (DSM-IV)
2. Os critérios provisórios requerem 3 ou mais sintomas de depressão, em vez dos 5 necessários para a depressão maior.
Os sintomas são os seguintes: humor deprimido, diminuição do afeto positivo e do prazer em resposta a contato social ou atividades habituais, isolamento social, alteração de apetite e sono, alterações psicomotoras, irritabilidade, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade, falta de esperança ou culpa excessiva e pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, com planejamento ou tentativa
3. Os critérios de irritabilidade e isolamento social ou esquiva foram adicionados
4. Os critérios de perda de interesse ou prazer foram revisados para refletir a diminuição de afeto positivo ou prazer em resposta ao impacto social e a atividades habituais.
5. Os critérios não requerem a presença dos sintomas quase todos os dias, como no caso de episódios depressivos maior, entretanto, é necessária a presença dos sintomas por um período de 2 semanas

4. Diferenciação da depressão e demência nos idosos

A diferenciação desses diagnósticos inicia-se com a história e incluem várias outras distinções clínicas (tabela 3). Geralmente, a demência inicia e evolui lentamente quando comparada com a depressão maior. Diferente dos pacientes deprimidos, os pacientes com demência não percebem o comprometimento cognitivo, sendo geralmente observado e relatado pelos familiares e cuidadores. Nas avaliações clínicas objetivas, os pacientes com demência tentam responder as questões enquanto que os pacientes de-

ARTIGO //////////////////////////////////////

por **CASTRO-COSTA E,**
AGUIAR CCT e BLAY SL

primidos abandonam as avaliações ou informam que não sabem responder ao entrevistador. Por último, a demência compromete as funções corticais superiores como memória, enquanto que a depressão afeta as funções sub-corticais como concentração e velocidade no processamento de informação.

Tabela 3: Diferenciação clínica entre demência e depressão

	Demência	Depressão
Início dos sintomas	insidioso	Rápido
Duração dos sintomas	Longa duração	Curta duração
Humor e comportamento	Flutuantes	Constantemente deprimido
Resposta do tipo "não sei"	Pouco comuns	Comuns
Queixas cognitivas	Minimizada	Enfatizada
Esforço para executar tarefas	Grande	Pequeno
Déficit lacunar de memória	Pouco comum	Comum
Desempenho em tarefas com grau de dificuldade semelhante	Consistente	Variável
Incapacidade	Ocultada nas fases iniciais	Enfatizada

5. Conclusão

As alterações cognitivas associadas aos quadros depressivos são muito variadas e podem se manifestar de diversas formas: depressão com comprometimento cognitivo, depressão na demência e demência na depressão. Assim sendo, a depressão do idoso está fortemente associada com os transtornos demenciais, podendo ser um preditor ou fator causal para demência subsequente. A diferenciação entre os quadros depressivos com comprometimento cognitivo e a demência se faz necessária e é de grande importância para a instituição correta das medidas terapêuticas adequadas para cada condição.

Referências

1. Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T et al. Disability in geriatric depression. *AM J Psychiatry* 1996; 153(7):877-85.
2. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Klimstra S, Kalayam B, and Bruce ML. Clinical presentation of the "Depression-Executive Dysfunction Syndrome" of late life. *Am J Geriat Psychiatry*, 2002; 10: 98-106.
3. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-70, 2005.
4. Baldwin RC E Tomenson B. Depression in laterlife – A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Brit J Psychiatry*, 1995; 167:649-52.
5. Baldwin RC. Depression in later life. Oxford University Press. Oxford, UK, 2010.
6. Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smith JH, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med*. 27: 1397-409, 1997.
7. Beekman ATF, Copeland JRM, and Prince MJ. Review of the community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311, 1999.
8. Burns A. Affective symptoms in Alzheimer's disease. *Int J Geriat Psychiatry*, 1991; 371-376.
9. Charney DS, Reynolds CF 3rd, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry*. 60: 664-72, 2003.
10. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry*. 52: 193-204, 2002.
11. Dolan RJ, Bench CJ, Brown RG, Scott LC, Friston KJ, and Frackowiak RSJ. Regional cerebral blood flow abnormalities in depressed patients with cognitive impairment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1992, 55:768-73.
12. Fountoulakis, K.N., O'Hara, R., Iacovides, A., Camilleri, C.P., Kaprinis, S., Kaprinis, G., Yesavage, J. Unipolar late onset depression: A comprehensive review. *Ann. of Gen. Hosp. Psychiatry*; 2003 2(1): 11.
14. Olin JT, Schneider LS, Katz IR et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *AM J*



BLAY SL

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP

- Geriatr Psychiatry, 2002; 10(2): 125-8.
15. Pancrazi-Boyer MP, Arnaud_Castiglioni R, Boyer P. Les pseudo-démences dépressives: Evolution d'un concept. *Ann Med Psychol*, 155(9):596-600, 1997
 16. Pearlson GD, Rabins PV, Kim WS, et al. Structural brain CT changes and cognitive deficits with and without reversible dementia ("pseudodementia"). *Psychol Med*, 19; 573-84, 1989.
 17. Rapp MA et al. Neuropsychological differences between late-onset and recurrent geriatric major depression. *AM J Psychiatry*, 2005, 162: 691-98.
 18. Sachs-Ericsson N, Joiner T, Plant EA and Blazer DG. The influence of depression on cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *AM J Geriatr Psychiatry*, 2005; 13:402-8
 19. Stage KB, Belch P, Kragh-Sorensen P, Nair NP, Katona C.

Differences in symptomatology and diagnostic profile in younger and elderly depressed inpatients. *J Affect Dis*. 64:239-48, 2001.

20. Steffens DC, Hays JC, Krishnan KR. Disability in geriatric depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 7:34-40, 1997.
21. Tannock, C., Katona, C., 1995. Minor depression in the aged: concepts, prevalence, and optimal management. *Drugs and Aging*, 1995; 6, 278-292.

COMO CONCEITUAR UMA INSTITUIÇÃO QUE HÁ QUASE 80 ANOS TRANSFORMA EXPERIÊNCIA EM CONHECIMENTO?



O Bairral é hoje um gerador do conhecimento. Uma filosofia de trabalho que contempla toda a dimensão da moderna Psiquiatria e Psicogeriatría hospitalar, voltada para impulsionar novas práticas e procedimentos hospitalares, terapias, ensino, pesquisa e divulgação do conhecimento, em benefício das pessoas e dos profissionais. Uma tarefa cuja proporção e importância vão além do que pode ser definido apenas como hospital psiquiátrico. Uma experiência que o Bairral quer reverter em benefício da sociedade, dos pacientes e da classe médica.

www.bairral.com.br
19 3863.9400 - Fax: 19 3863.4255
e-mail: bairral@bairral.com.br

RESPONSÁVEL TÉCNICO - CRM 48863