

CAPÍTULO 10

DEPRESSÃO ASSOCIADA ÀS DEMÊNCIAS EM IDOSOS

João Gabriel Ribeiro dos Santos
Mauro Pinheiro de Carvalho Júnior
Thaysla de Oliveira Sousa
Laís Ferreira Alves
Bárbara Pereira Gomes
Ingrid Carvalho Correia

RESUMO

O aumento da população idosa está relacionado ao aumento das doenças crônico-degenerativas, incluindo depressão e demência, condições limitadoras para paciente e família/cuidadores. O objetivo deste capítulo é relacionar as manifestações dos quadros depressivos em idosos e as demências. Diversas queixas particulares se apresentam na depressão de início tardio, incluindo alterações cognitivas, revelando que a depressão pode ser pródromo da demência, assim como um fator de risco. A coexistência de ambas as situações também é possível, com a depressão aparecendo primeiro, assim como os sintomas depressivos são repetidamente presentes na demência, e estão associados ao comprometimento cognitivo. O tratamento da depressão na terceira idade é possível farmacologicamente, mas também por tratamento psicoterapêutico e mudanças comportamentais. O conhecimento sobre as manifestações da depressão no idoso e sua relação com a demência são potenciais instrumentos para a correta identificação da etiologia do quadro e das possíveis intervenções a serem feitas.

PALAVRAS CHAVE: DEPRESSÃO; DEMÊNCIA; IDOSO.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, entre elas as enfermidades neuropsiquiátricas, especialmente a depressão. Entretanto, apesar desta associação entre o aumento da população geriátrica e consequentemente da depressão (LAKS; ALMEIDA; TELLES, 2014), tais episódios depressivos não fazem parte do processo natural de senescência, e frequentemente acabam não sendo diagnosticados ou tratados, fatores estes que acarretam em uma piora da qualidade de vida e da função física e social destes indivíduos (CHENG, 2018 apud UNÜTZER, 2007).

Os casos de depressão na terceira idade incluem tanto aqueles em que o primeiro episódio depressivo se dá na idade avançada, chamada depressão de início tardio e que correspondem a cerca de metade dos casos, por volta dos 60 anos (podendo ocorrer variação na idade de acometimento), como os casos em que os primeiros episódios ocorreram ainda na juventude e idade adulta, e voltaram a se apresentar na velhice. A depressão tardia pode ser geralmente associada com o suicídio e ser um verdadeiro desafio para o diagnóstico (CHENG, 2018 apud FISKE; WETHERELL, 2009).

Percebe-se serem várias as causas da depressão no paciente idoso. Os eventos de vida significativos, enfermidades crônicas, frustração, isolamento social, abandono, sentimentos de incapacidade, são todos fatores que impactam de forma significativa esta população e os predis põem a um quadro depressivo (LAKS; ALMEIDA; TELLES, 2014).

Observa-se um rápido crescimento demográfico da população de faixa etária idosa, bem como das doenças a ela associadas. Este fato evidencia um desafio para a saúde pública, principalmente em se tratando do processo saúde-doença. As consequências podem se caracterizar desde a limitações e incapacidades afetando os hábitos de vida das pessoas, como o aumento na morbimortalidade (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

A demência é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que passa a apresentar de forma progressiva o declínio cognitivo e perda de sua capacidade funcional, onde as pessoas que estão envolvidas no cuidar desse doente, precisam lidar com o declínio cognitivo, mudanças comportamentais e aumento da dependência de uma pessoa querida, sem deixar de sustê-la em suas necessidades básicas, além da sociedade de modo mais amplo, devido à necessidade de cuidados de saúde e sociais (BALLARD *et al.*, 2013; LIVINGSTON *et al.*, 2017).

No ano de 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou que mais de 35,6 milhões de indivíduos no mundo apresentavam algum tipo de demência, e até 2030, esse número dobrará e triplicará até 2050. No Brasil, estimativas sugerem existir cerca de 1,1 milhão de casos de demência, das quais a mais comum a nível mundial se sabe ser a Doença de Alzheimer (DA) (TAKADA; SMID; NITRINI, 2014).

Laks, Almeida e Teles, 2014 (apud Stoppe Jr. e Louzã Neto, 2007), trazem o sentido da relação clara entre a depressão e as demências, e escrevem sobre quatro possíveis quadros: o primeiro é o da depressão na demência; o segundo, é o da coexistência de ambas as manifestações, porém com os sintomas depressivos ocorrendo em um paciente que já se encontrava demenciado; o terceiro quadro é o da demência na depressão; e, por fim, os autores mencionam ainda a causa do comprometimento cognitivo sendo resultante do próprio quadro depressivo.

OBJETIVO

O objetivo do presente manuscrito é relacionar as manifestações dos quadros depressivos em idosos e as demências.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo reflexivo-teórico acerca da relação entre a depressão e os quadros demenciais, realizado a partir de revisão narrativa da literatura científica, por meio de consulta à livros, artigos, manuais e outras publicações envolvendo o tema proposto, para melhor explicação.

DESENVOLVIMENTO

1. Quadro clínico e diagnóstico da Depressão em Idosos

O quadro depressivo na pessoa idosa apresenta algumas particularidades em comparação com o de jovens e adultos. Logo que, usualmente a queixa de sintomas depressivos vem acompanhada de queixas somáticas, hipcondria, baixa autoestima, sentimentos de

inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranoide, pensamento recorrente de suicídio e alteração nas funções cognitivas. Esse comprometimento dos domínios da cognição, principalmente da memória, revela uma associação existente entre depressão e demências no idoso, podendo a depressão simular um quadro demencial, ser pródromo da síndrome ou ser fruto das alterações psicológicas que a demência causa (LAKS; ALMEIDA; TELLES, 2014).

O diagnóstico para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), de acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5) se dá da seguinte forma: Se pelo menos cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior, pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. (American Psychiatric Association, 2014)

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.
- Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.
- Perda ou ganho significativo de peso não intencional, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias, observado por outrem.
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias.
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias.
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Em paralelo ao que se coloca no DSM5, foi proposto pelo Instituto Nacional de Saúde Mental da Associação Americana de psiquiatria geriática, um instrumento que coloca os seguintes pontos para o diagnóstico da depressão na Doença de Alzheimer: redução da exigência de sintomas para quadro depressivo em 3 e não 5 sintomas como para depressão maior; não requerer a obrigatoriedade de sintomas quase todos dias; adição da presença de irritabilidade e presença de isolamento social ou retraimento; e modificação do critério sobre perda do interesse ou prazer no diagnóstico do transtorno depressivo maior para “diminuição da resposta positiva ou prazer em resposta ao contato social e atividades usuais” (OLIN *et al.*, 2002).

Todavia, essas modificações propostas no instrumento, além de serem específicas para a demência de Alzheimer, são sensíveis apenas para o diagnóstico em fase inicial e intermediária da doença, podendo haver um super diagnóstico de TDM em fases mais avançadas da DA devido a redução da especificidade da sintomatologia depressiva em consequência dos avançados déficits cognitivos e motor (TAVARES JÚNIOR; SOUZA, 2017).

Ainda neste sentido, instrumentos como a Escala de Depressão Geriátrica, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, que são de uso clássico para estabelecer o diagnóstico de depressão geriátrica, são de difícil aplicação em pacientes com

comprometimento cognitivo, escalas alternativas como a de Cornell podem ser mais apropriadas (SCORALICK *et al.*, 2017).

A escala de Cornell validada em língua portuguesa como instrumento de avaliação e acompanhamento de depressão em pacientes com demência, tem a vantagem de ser de fácil aplicação e tem boa confiabilidade. Disponível em [www.abneuro.org/departamento_cientifico/Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento](http://www.abneuro.org/departamento_cientifico/Neurologia_Cognitiva_e_do_Envelhecimento). (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2007)

E apesar do transtorno depressivo maior com comprometimento cognitivo se assemelhar clinicamente com o comportamento depressivo no transtorno cognitivo maior, neste último quando se tem inicialmente o comprometimento da memória recente, como no Alzheimer, o diagnóstico diferencial pode ser feito, pois, na depressão não há um déficit genuíno de armazenamento de informação, mas sim uma dificuldade de atenção que prejudica as estratégias de codificação ou recuperação. Nesse sentido, a utilização de testes como o Teste de Recordação Selectiva Livre e Guiada, que consiste em trabalhar a codificação de expressões por meio de dicas semânticas seguido pela tentativa de recuperação dessas expressões utilizando das mesmas dicas para facilitar esse resgate, no paciente com depressão acontece o resgate das expressões codificadas, ao passo que no paciente com demência há uma ineficácia do uso das dicas para a recordação (LEYHE *et al.*, 2016).

Outras diferenças que podem ser evidenciadas em paciente depressivo que não tem um transtorno neurocognitivo maior de base é que esse não apresenta flutuações do humor, seu humor costuma ser persistentemente baixo, frequentemente reporta suas queixas cognitivas apesar de não ser cooperativo nos instrumentos clínicos de diagnóstico, não mantém atividades sociais e usualmente possui uma história familiar de transtorno afetivo (SCORALICK *et al.*, 2017).

2. Depressão como pródromo ou fator de risco para demência em idosos

A relação entre depressão e cognição é bastante complexa e não apresenta um consenso no meio científico. No estudo de Singh-Manoux *et al* (2017), os dados sugerem a relação do aparecimento de sintomas depressivos de início tardio a um maior risco de desenvolvimento de demências, o que apoia a noção de que a depressão seja um pródromo da demência. Nesse sentido, o estudo buscou validar esse conceito baseando-se na observação de mudanças no modelo fisiopatológico do cérebro de indivíduos deprimidos nos anos antecedentes à expressão dos primeiros sintomas de demências.

Já Green *et al* (2003) aponta associação entre sintomas depressivos precoces ao aparecimento de Doença de Alzheimer, o que indica que a depressão seja caracterizada como um fator de risco para a manifestação de problemas cognitivos. Outra pesquisa também sugere que a depressão e a demência podem ser oriundas de um fator de risco subjacente comum, com a depressão se manifestando primeiro (SINGH-MANOUX *et al.*, 2017).

3. Depressão na demência

Nas pessoas idosas a depressão atinge especialmente aquelas com histórico de doenças antecedentes. Fatores como hereditariedade e fenômenos inerentes ao envelhecimento como arteriosclerose, processos inflamatórios endócrinos e modificações imunes afetam a integridade de estruturas cerebrais conhecidas como vias frontostriatal e isso acaba por favorecer o aparecimento de sintomas depressivos (ALEXOPOULOS, 2005).

Com o avanço da idade o decaimento da memória passa a ser um acontecimento socialmente aceitável, porém quem está protagonizando essa fase da vida sente na pele o desconforto de estar sendo marginalizado e negligenciado em meio comunitário. Pesquisa evidenciou que o prejuízo de memória traz condições sociais de isolamento e sofrimento pessoal que apresentam uma relação direta com o aparecimento de sintomas depressivos (YU *et al.*, 2017). Os sintomas de depressão são repetidamente presentes em pessoas com demência. 17% dos pacientes com doença de Alzheimer apresentam síndromes depressivas e essa prevalência é ainda mais elevada em indivíduos com demências subcorticais (ALEXOPOULOS, 2005).

4. Depressão associada ao comprometimento cognitivo

As distorções cognitivas, compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupam lugar central na depressão. As pessoas com depressão tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas. (BECK, 1997). Algumas das distorções cognitivistas apresentadas pelo paciente deprimido são, conforme relatado por Rangé (2001) e Beck (1997): pensamento dicotômico absolutista, abstração seletiva, inferência arbitrária, hipergeneralização, desqualificação do positivo, erro ocular, raciocínio emocional, rotulação, tirania dos “deveria”, personalização e leitura mental.

Na Holanda, Valentijn, 2005, desenvolveu um trabalho com idosos saudáveis que apresentavam queixas subjetivas de memória, procurando determinar quais seriam os efeitos de dois tipos diferentes de estimulação de memória (coletivo e individual). Os resultados mostraram que, depois da intervenção, os participantes do grupo de treino coletivo mostraram mais estabilidade, menos sentimentos de ansiedade e de estresse sobre o funcionamento da memória. Acredita-se na importância dos fatores afetivos para o desempenho cognitivo e a necessidade dessas variáveis serem mensuradas em estudos de estimulação cognitiva. É notória a associação entre estados depressivos e o desempenho cognitivo (ROCK, 2014).

Nesta perspectiva, oficinas de estimulação cognitiva capacitam os indivíduos a conviverem, lidarem, contornarem, reduzirem e superarem deficiências cognitivas, além de valorizarem os desejos pessoais, subjetividades e histórias de vida de cada participante, proporcionando assim, melhora da qualidade de vida (CUNHA, 2001). Estas consistem na realização de exercícios diversos, que visam à melhoria ou à compensação de déficit por meio de exercícios como a memorização de palavras (para treino da memória), a procura de diferenças entre imagens (para treino da atenção), a realização de puzzles (para treino da capacidade construtiva), entre outros (BECK, 1961).

5. Tratamento

A depressão na terceira idade ainda é uma condição subdiagnosticada e subtratada que frequentemente encontra-se associada a quadros de demência e de outras comorbidades. Os medicamentos ditos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são considerados a primeira escolha de tratamento farmacológico, no entanto os inibidores de recaptação de serotonina / norepinefrina (SNRI) e outros antidepressivos também podem ser usados para essa situação (CASEY, 2017).

No idoso, o tratamento com antidepressivos é iniciado com baixas doses devido às alterações fisiológicas provocadas pelo envelhecimento, todavia, as doses são lentamente ajustadas até alcançarem as proporções terapêuticas (ALEXOPOULOS, 2005). Apesar dessas drogas se mostrarem eficazes para a remissão dos sintomas depressivos existem controvérsias quanto a melhora do desempenho cognitivo dos pacientes, além disso a população idosa apresenta maior propensão a manifestar os efeitos colaterais dessas drogas (CASEY, 2017).

DIAS *et al* (2020) evidenciou que o tratamento com antidepressivos foi associado a uma melhora nos parâmetros de velocidade psicomotora e a um aumento da performance no teste de memória retardada nos pacientes idosos. Contudo, apresenta-se também que os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) foram relacionados com a presença de danos na fluência verbal e em outros parâmetros cognitivos (DIAS *et al.*, 2020).

Além das terapias medicamentosas existem os tratamentos psicoterapêuticos onde a conduta padronizada consiste em consultas semanais durante um período de 8 a 12 semanas (ALEXOPOULOS, 2005). A prática de exercícios físicos, meditação/mindfulness e alimentação saudável, bem como o tratamento de condições médicas que podem coexistir, também se mostraram eficazes para a situação. Estudo evidenciou que idosos deprimidos que praticavam exercícios físicos de intensidade moderada reduziram a presença de sintomas depressivos, assim como a mudanças de estilo de vida com a introdução de atividades prazerosas e o aumento da interação social também foram capazes de diminuir a presença desses sintomas (WARREN *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão é um importante assunto envolvendo a saúde do idoso devido a sua grande prevalência e aumento do risco de suicídio. Entretanto, é comumente subdiagnosticada e subtratada devido a sua apresentação peculiar neste público, que normalmente manifesta queixas somáticas, dolorosas, cognitivas entre outras. Ademais, o isolamento social, desmotivação e sentimento de tristeza podem ser percebidos pelos idosos e familiares como sendo naturais da velhice. De outra forma, o transtorno depressivo pode ser relacionado com a demência em algumas manifestações, sendo descrita como potencial fator de risco para o quadro, pródromo da demência, ter seu aparecimento em idoso com demência ou ainda ser confundida com a demência pelo aparecimento do déficit cognitivo.

Neste sentido, o conhecimento sobre as manifestações da depressão no idoso e sua relação com a demência é um potencial instrumento para a correta identificação da etiologia do quadro e das possíveis intervenções que se fazem necessárias, garantindo assim, uma assistência mais integral e melhora da qualidade de vida do indivíduo na terceira idade.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. O isolamento social provocado pela pandemia da covid-19 pode contribuir com o aparecimento de quadro demencial no idoso?
2. Em uma família experienciando um quadro depressivo no idoso, a consciência da possibilidade dessa apresentação ser uma primeira manifestação de demência pode influenciar nas relações de vínculo desta família?

3. O esquecimento, a queixa de dor e hipocondria são relacionadas como sendo comuns ao idoso, nesse sentido, qual o papel do profissional de saúde em alertar sobre essas mudanças de comportamento? Qual o papel também da família frente a essa situação?
4. Como a intergeracionalidade pode impactar na identificação de fatores de riscos modificáveis comuns à depressão e algumas demências no idoso?

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, G. S. Depression in the elderly. **The lancet**, v. 365, n. 9475, p. 1961-1970, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014. p 160 - 161.

BECK, A. T. (Ed.). **Cognitive therapy of depression**. Guilford press, 1979.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of general psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 561-571, 1961.

CASEY, D. A. Depression in older adults: a treatable medical condition. **Physician Assistant Clinics**, v. 3, n. 4, p. 531-542, 2018.

CARTHERY-GOULART, Maria Teresa; AREZA-FEGYVERES, Renata; SCHULTZ, Rodrigo R.; OKAMOTO, Ivan; CARAMELLI, Paulo; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F.; NITRINI, Ricardo. Versão brasileira da Escala Cornell de depressão em demência (Cornell depression scale in dementia). *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, [S.L.], v. 65, n. 3, p. 912-915, set. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x2007000500037>

CHENG, T.. Late-life depression. In: **Geriatric Psychiatry**. Springer, Cham, 2018. p. 219-235.

CUNHA, J. A. et al. Manual da versão em português das Escalas Beck. **São Paulo: casa do psicólogo**, v. 256, 2001.

DIAS, N. S. et al. Depressive disorders in the elderly and dementia: An update. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-6, Mar. 2020.

GREEN, Robert C.; CUPPLES, L. Adrienne; KURZ, Alex; AUERBACH, Sanford; GO, Rodney; SADOVNICK, Dessa; DUARA, Ranjan; KUKULL, Walter A.; CHUI, Helena; EDEKI, Timi. Depression as a Risk Factor for Alzheimer Disease. **Archives Of Neurology**, [S.L.], v. 60, n. 5, p. 753, 1 maio 2003. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.60.5.753>

LAKS, J.; ALMEIDA, C.; TELLES, L. L. Aspectos clínicos da depressão geriátrica. In: FORLENZA, O. V.; RADANOVIC, M.; APRAHAMIAN, I. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. p 139 - 150.

LEYHE, T. et al. A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. **Alzheimer's & dementia**, v. 13, n. 1, p. 59-71, 2017.

LIVINGSTON, G. et al. Dementia prevention, intervention, and care. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2673-2734, 2017.

OLIN, J. T. et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. **The American journal of geriatric psychiatry**, v. 10, n. 2, p. 125-128, 2002.

RANGÉ, B. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Livro Pleno, 2001.

ROCK, P. L. et al. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 44, n. 10, p. 2029, 2014.

SCOLARICK, F. M. et al. Depressão e Demência | Diagnóstico Diferencial. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 790 – 799.

SINGH-MANOUX, Archana; DUGRAVOT, Aline; FOURNIER, Agnes; ABELL, Jessica; EBMEIER, Klaus; KIVIMÄKI, Mika; SABIA, Séverine. Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 74, n. 7, p. 712, 1 jul. 2017. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0660>

TAKADA, L. T.; SMID, J.; NITRINI, R. Doença de Alzheimer. In: FORLENZA, O. V.; RADANOVIC, M.; APRAHAMIAN, I. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. p 139 - 150.

TAVARES JÚNIOR, A. R.; SOUZA, C. C. V. Sintomas psicológicos e comportamentais nas Demências. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 889 – 945.

TAYLOR, W. D. Depression in the elderly. **New England journal of medicine**, v. 371, n. 13, p. 1228-1236, 2014.

VALENTIJN, S. A. M. et al. The effect of two types of memory training on subjective and objective memory performance in healthy individuals aged 55 years and older: a randomized controlled trial. **Patient education and counseling**, v. 57, n. 1, p. 106-114, 2005.

YU, J. et al. Directional associations between memory impairment and depressive symptoms: data from a longitudinal sample and meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 48, n. 10, p. 1664-1672, 2018.