

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Artigo de Revisão Bibliográfica
Mestrado Integrado em Medicina

Depressão e Demência no Idoso: diagnóstico diferencial e correlações

Tiago da Silva Ramos

Orientador:
Prof. Dr. António Leuschner

Porto, Junho de 2014

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
para obtenção do grau de Mestre em Medicina

TÍTULO:

Depressão e Demência no Idoso: diagnóstico diferencial e
correlações

ESTUDANTE:

Nome completo: Tiago da Silva Ramos

Nº de aluno: 200801118

Contacto Telefónico: +351914687231

Correio Electrónico: tiago.ds.ramos@gmail.com

ORIENTADOR:

Nome completo: António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes

Grau académico: Professor Catedrático

Título profissional: Presidente do Conselho de Administração do

Hospital de Magalhães Lemos, EPE

Junho de 2014

Abstract

Introduction:

Dementia and depression are two groups of diseases common among the elderly that may be confused with each other due to the similarity of their presentation, as well the fact that they usually come together or with a small temporal window between them.

Objectives:

Review of recent studies on the relationship between depression and dementia as well of information on how to evaluate the presence of these diseases, and to predict the eventual progression between them.

Development:

The relationship between depression and dementia in the elderly is complex, and the symptomatology can seem very similar. There are some questions if either any depression can be a risk factor to the onset of dementia or if only late-onset. In this last case, there's the possibility that depression might be a prodrome of dementia, while early onset is more suggestive of a progressive damage mechanism caused by depression that later on will end in dementia. Also what types of dementia are more associated with depression. To distinguish between depression and dementia, there are some differences on the presentation of the symptoms, for example on how quickly they appear, as well some differences on the type of cognitive impairment that appear. There are also some questions about the treatment of depression in these patients, if it's efficient and/or if can delay the onset of dementia.

Conclusions:

Recent studies indicate that depression is a risk factor for dementia, particularly late onset. The possibility that it is a prodromal phase cannot be ruled out but more studies on the possible mechanisms that make depression a risk factor are needed. The clinician should be alert to the patient with depressive symptomatology and constantly evaluate their cognitive skills to detect dementia at an early stage.

Keywords:

Dementia; depression; elderly; risk factor; differential diagnosis

Introdução

A demência aumenta de frequência entre a população com o avançar da idade, tornando-se muito comum entre os idosos. Segundo estimativas do Relatório Alzheimer 2009, houve 35.6 milhões de pessoas com demência em 2010, sendo que os números duplicarão de 20 em 20 anos, para 65.7 milhões em 2030 e 115.4 milhões em 2050, sendo o maior factor de risco em quase todas as demências a idade, risco esse que duplica a cada 5 anos após os 65 anos. Entre as mais comuns encontram-se a Demência de Alzheimer e a Demência Vascular, responsáveis por 50-75% e 20-30% de todos os casos. (1)

A depressão atinge, segundo estimativas da World Federation for Mental Health, 350 milhões de pessoas em todo o mundo(2). Esta não é única doença, mas um conjunto de várias que incluem, segundo o DSM V: a perturbação depressiva major, distímia, distúrbio da desregulação perturbadora do humor, perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substâncias/fármacos, perturbação depressiva devido a outra condição médica, outras perturbações depressivas especificadas e inespecificadas. Sendo que o aspecto comum a estas doenças é a presença de humor deprimido, irritado ou ausência de emoções, acompanhada por alterações somáticas e cognitivas que afectam significativamente a capacidade funcional do individuo. O que as distingue é a duração, data de surgimento ou a etiologia presumida. (3)

Apesar de ser mais frequente nos adultos jovens, a prevalência começa a aumentar a partir dos 65 anos e atinge uma particular importância por não só afectar funcionalmente o idoso como por prolongar os tempos de recobro deste relativamente a outras patologias médicas. (4)

Em particular no idoso, alguma da sintomatologia das duas patologias sobrepõe-se, o que poderá levar a diagnósticos errados por parte do clínico, especialmente se não estiver consciente das particularidades da apresentação da depressão nos idosos.

Um termo actualmente em desuso, a pseudodemência, refere-se a doentes com sintomatologia de demência mas que na verdade apresentam apenas uma outra patologia, tratável, como a depressão, e que por isso poderão reverter a “demência”, ao contrário dos restantes doentes. Contudo estudos recentes comprovaram que a sua real

incidência é mais pequena do que se esperava (apenas 0,5 a 1% dos casos), o que leva a questionar se não será a depressão um factor de risco ou até mesmo uma fase prodrómica da demência(5).

Relação entre Depressão e Demência

Tanto a depressão como a demência são comuns entre os idosos, aparecendo em conjunto ou com uma pequena distância temporal. A relação entre ambas levanta duas hipóteses, de direcções opostas: de que a demência aumenta o risco ou desencadeia o surgimento da depressão, seja por alterações orgânicas ou pela própria reacção do doente à doença e às suas consequências; de que a depressão é que aumenta o risco de demência, ou que seja até mesmo uma fase prodrómica desta, surgindo como sinal do início da degradação cognitiva. Uma outra hipótese é que, dada a complexidade destas doenças, que existe na verdade uma relação bidireccional, embora não necessariamente pelos mesmos mecanismos.

Saczynski et al, seguiram 949 participantes, com idade média de 79 anos, do Framingham Heart Study durante 17 anos, tendo mostrado que os participantes com depressão apresentavam quase o dobro do risco de desenvolver demência e doença de Alzheimer(6).

Ge Li et al, num estudo coorte de 15 anos, com 3410 participantes com mais de 65 anos, verificaram um aumento no risco de progressão para demência entre os participantes com depressão de início tardio, não tendo comprovado o mesmo com a de início precoce, o que os levou a sugerir que mais que um factor de risco, a depressão poderá ser uma fase inicial da demência.(7)

Um estudo coorte que seguiu 6376 mulheres com idades entre os 65 e os 79 anos sem défices cognitivos chegou também à conclusão que a presença de sintomas depressivos clinicamente significativos era um factor independente responsável por maior risco de vir a desenvolver a demência ou défices cognitivos moderados. (8)

Um outro estudo coorte com follow-up de 5 anos que seguiu 451 pessoas sem demência, realizado por Vilalta-Franch et al, encontrou um risco aumentado no desenvolvimento de demência entre os indivíduos que apresentaram depressão de início tardio em associação com disfunção executiva, independente da gravidade da

sintomatologia depressiva, havendo um maior risco no caso da doença de Alzheimer. Contudo, esta foi a única demência que especificaram no estudo.(9)

Spalletta et al, num estudo longitudinal de 1 ano que seguiu 119 indivíduos com doença de Alzheimer de início recente, mostrou um maior risco de deterioração cognitiva entre os doentes que apresentavam depressão com surgimento durante o follow-up, seguidos pelos que apresentavam depressão persistente, não existindo risco evidente entre os indivíduos sem sintomatologia, com ou sem história prévia.(10)

Num estudo coorte retrospectivo com 13,535 participantes realizado por Barnes et al, verificaram um pequeno aumento do risco de demência entre os que apenas tinham tido depressão na meia-idade (1.19), e um maior aumento entre os que tinham tido apenas depressão de início tardio ou ambas (1.72 e 1.77 respectivamente). Quando verificada especificamente o risco para doença de Alzheimer, os pacientes com depressão de início tardio apresentavam um risco de 2.06. Quando verificado o risco para demência vascular, os indivíduos com depressão na meia-idade e de início tardio, estes apresentavam um risco de 3.51. Com estes resultados os autores do estudo sugerem que a demência crónica ao longo da vida poderá estar associada com o aparecimento de demência, em particular a vascular, enquanto que a de início tardio poderá ser uma fase prodrómica. (11)

Numa meta-análise de 12 estudos de indivíduos sem défices cognitivos iniciais, realizada por Gao et al, os indivíduos com sintomas depressivos apresentaram um maior risco de desenvolver demência de Alzheimer, demência vascular ou qualquer demência, assim como défices cognitivos moderados, do que os que não apresentavam esses sintomas(12).

Heser et al mostraram que a depressão de início tardio com sintomatologia actual estava associada a um risco elevado de vir a desenvolver doença de Alzheimer mas não de outras demências, sugerindo que esta poderá ser uma fase prodrómica da doença. Contudo, o estudo juntou todas as outras demências num único grupo, pelo que esta generalização poderá não se aplicar a todas. (13)

No entanto Luppá et al obtiveram resultados inconclusivos após seguirem 1265 indivíduos com mais de 75 anos ao longo de 8 anos. (14)

Verdelho et al analisaram a relação entre os sintomas de depressão entre os idosos, o declínio cognitivo e as alterações da substância branca cerebral. Demonstraram que o declínio cognitivo entre os doentes com sintomas de depressão é independente das alterações da substância branca, sugerindo que os sintomas depressivos poderão representar uma disfunção orgânica subtil. (15)

Por outro lado, Teodorczuk et al, usando também o estudo LADIS, mostraram que a gravidade das alterações da matéria branca previa o surgimento de sintomas de depressão, mas não de episódios de depressão (16), o que sugere e a provável bidireccionalidade entre demência e depressão.

A grande maioria dos estudos aponta que a depressão, em particular a de início tardio, seja um factor de risco para o desenvolvimento de demência, em particular de demência vascular e de Alzheimer. Os mecanismos pelo qual é um factor de risco continuam por esclarecer, mas esta informação poderá já ser usada pelo clínico para ter em conta essa possibilidade no idoso deprimido. Também é importante não desprezar a possibilidade do surgimento da depressão no doente demente, e os seus efeitos na sua qualidade de vida.

O genótipo da apolipoproteína E epsilon4 (ApoE4) é um reconhecido factor de risco para a doença de Alzheimer. Alguns estudos que analisaram a relação da presença deste factor em conjunto com a depressão mostraram a existência de um efeito sinérgico no risco de vir a desenvolver doença de Alzheimer. Irie et al seguiram 1932 homens com idades entre os 71 e os 90 anos, durante aproximadamente 6 anos. Mostraram que a presença de sintomas depressivos por si só levava a um risco de 1.6, mas quando associados à presença do alelo ApoE ϵ 4, o risco aumentava para 7.1. Contudo só a presença do alelo não resultava num risco significativo. (17)

Semelhante conclusão obtiveram Meng et al, mostrando um risco de 7.97 entre os idosos com genótipo ApoE ϵ 3/ ϵ 4 e depressão (18). Kim et al mostraram um efeito sinérgico, tendo detectado que esse efeito era particularmente notável entre os idosos que tinham os seguintes sintomas dos critérios do DSM-IV para perturbação depressiva maior: humor deprimido, sentimento de inutilidade, dificuldades de concentração e idealizações suicidas.(19)

Outros estudos procuram verificar se a terapêutica antidepressiva seria capaz de alterar o risco de progressão para demência.

Modrego e Ferrández chegaram à conclusão que a maioria dos doentes com depressão e défice cognitivos moderados com uma má resposta à terapêutica farmacológica antidepressiva desenvolviam demência, o que poderá ajudar a individualizar o risco de demência. Contudo a sua amostra foi de apenas 112 doentes com défices cognitivos moderados. (20)

Nelson J. e Devanand D. realizaram uma revisão sistemática para determinar a eficácia do uso de antidepressivos entre doentes com demência e depressão, tendo analisado 7 estudos com 330 participantes. Contudo os resultados foram inconclusivos. (21)

Um estudo prospectivo coorte com 5,607 indivíduos com cognição normal e 2500 com défices cognitivos moderados chegou a várias conclusões em acordo com os estudos descritos anteriormente. Que a depressão de base está associada a défices cognitivos tanto em indivíduos normais como com défices cognitivos moderados. Que a depressão recente (numa janela temporal inferior a 2 anos), mas não a depressão passada, é um forte factor de risco para progressão da normalidade para défices cognitivos moderados, e ainda mais forte na progressão destes para doença de Alzheimer. Que entre aqueles com depressão há maior risco entre aqueles que se encontram nesse estado continuamente ou intermitentemente, do que naqueles que melhoram ao longo do tempo. E que o risco de progressão da normalidade para défices cognitivos moderadas não é alterado pelo tratamento ou não com antidepressivos, sendo que obtiveram esse resultado nos dois grupos que criaram para o estudo inibidores selectivos da recaptção da serotonina (SSRI) e outros/sem método de acção especificado). (22)

Um outro estudo com uma maior amostra, de 37 658 indivíduos com diagnóstico de depressão, após um seguimento de 10 anos, mostrou uma redução do risco de vir a desenvolver demência quando estes eram tratados com antidepressivos antigos, tal não se verificando com os que foram tratados com inibidores selectivos da recaptção da serotonina e novos inibidores não selectivos da recaptção da serotonina. (23)

Banerjee et al, testaram o uso de sertralina (SSRI) e mirtazapina para o tratamento da depressão em doentes com demência de Alzheimer tendo obtido resultados negativos, demonstrando a necessidade de encontrar novas formas de tratamentos eficazes. (24)

Estes estudos sugerem que a depressão em doentes com demência tem as suas particularidades, o que indica que os mecanismos ou as susceptibilidades aos fármacos poderão ser diferentes ou alteradas, respectivamente, e como tal são necessários estudos para encontrar tratamentos eficazes, de modo a não sujeitar os doentes aos efeitos secundários sem ganhos evidentes para a melhoria do seu estado.

Comparação entre Sintomatologia da Demência e da Depressão

Segundo o ICD-10, a Demência é uma síndrome devido a doença do cérebro, geralmente de natureza crónica ou progressiva, onde ocorrem perturbações de múltiplas funções corticais superiores, incluindo a memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e capacidade crítica. A consciência não se encontra obscurecida. Os défices de função cognitiva são geralmente acompanhados, e ocasionalmente precedidos, por deterioração do controlo emocional, comportamento social e/ou motivação. Esta síndrome ocorre na doença de Alzheimer, na doença vascular cerebral, e outras condições que afectam primariamente ou secundariamente o cérebro(25).

Também segundo o ICD-10, nos típicos episódios depressivos leves, moderados ou graves, o paciente sofre de diminuição do humor, redução da energia e menor actividade. Capacidade de ter prazer, interesse e concentração estão reduzidas, e é comum a presença de grande cansaço após o mínimo esforço. Geralmente há alterações do sono e diminuição do apetite. A auto-estima e autoconfiança estão quase sempre reduzidas, e mesmo na forma moderada, estão presentes ideias de culpa ou inutilidade. O humor deprimido varia pouco de dia para dia, não responde às circunstâncias e pode ser acompanhado dos assim chamados sintomas “somáticos”, como a perda de interesse e de sentimentos de prazer, acordar várias horas antes da hora normal, pior depressão de manhã, retardo psicomotor acentuado, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. Dependendo do número e gravidade dos

sintomas, um episódio depressivo pode ser especificado como leve, moderado ou grave(25).

Os sintomas depressivos no idoso poderão também apresentar-se de forma diferente em relação aos adultos jovens, embora não haja um padrão característico comum a todos os indivíduos. Nos idosos é mais comum apresentar perda de apetite e perda de interesse sexual e menos comum o sentimento de tristeza, medo ou de falhanço. Outros poderão isolar-se ou mostrarem irritabilidade e não tanto tristeza ou humor deprimido, ou focarem-se mais em queixas somáticas do próprio organismo, como dores, alterações do sono, cansaço e fraqueza. O clínico por sua vez tem tendência em focar-se exclusivamente nas queixas somáticas e a assumir a tristeza e o humor depressivo como partes naturais da idade ou como reacção às co-morbilidades presentes, que são mais a regra que a excepção no caso do idoso. Uma outra alteração com a idade é que a deixa de existir diferença estatística entre os sexos, afectando ambos por igual.(4)

As alterações cognitivas são reconhecidas como uma parte integrante do síndrome depressivo, sendo que os doentes relatam frequentemente problemas de concentração, dificuldade em realizar decisões e pensamento confuso. Entre os idosos com depressão metade demonstra uma redução significativa nos testes de cognição, em particular nas áreas da atenção, velocidade psicomotora e outras funções executivas(26). Contudo estes distúrbios não são tão graves como na demência de Alzheimer, não mostrando por exemplo reduções nas capacidades de linguagem ou na retenção de informação.(5)

Royall et al encontraram o declínio cognitivo associado a sintomatologia depressiva apenas nas funções executivas e não memória (27). No entanto Potter et al descobriram que entre idosos com episódios agudos de depressão, os que eventualmente progrediram para demência apresentavam previamente maiores défices cognitivos, sendo as diferenças mais notáveis nas funções executivas e nos testes de memória. (28)

Apresentação Típica de Sintomas na Demência e na Depressão

Sintoma	Demência	Depressão
<u>Resposta ao declínio funcional e cognitivo</u>	Falta de preocupação ou negação dos sintomas.	Preocupação excessiva e ampliação excessiva dos défices
<u>Humor</u>	Normal na maior parte do tempo. A infelicidade é reactiva às circunstâncias e flutua. Lábil, especialmente na demência vascular. O humor geralmente melhora com a estimulação e o suporte.	Humor depressivo com instalação progressiva durante semanas, durante grande parte do dia e quase todos os dias. Não melhora muito com a estimulação.
<u>Interesse e Iniciativa</u>	Perda gradual do interesse e iniciativa (apatia) ao longo um grande período de tempo (anos em vez de semanas). Não acompanhada pela afirmação de tristeza, choro ou outro mal-estar. Ainda tira prazer de actividade em ambientes estruturados.	Perda subaguda de interesse e prazer ao longo de poucas semanas, frequentemente acompanhada de humor depressivo, e ocasionalmente afirmações de culpa, perda de esperança e automutilação.
<u>Comportamento Alimentar e Peso</u>	Perda gradual do peso (ao longo de meses a anos) o que é comum na demência. Grande aumento do peso pode ser secundário à diminuição da actividade, terapêutica farmacológica e hiperoralidade nos doentes com apresentações comportamentais frontais (mais comum na demência frontotemporal como a Doença de Pick).	Mudanças subagudas (semanas) do apetite levando a aumento ou diminuição do peso.
<u>Sono</u>	Distúrbio gradual do ciclo vigília-sono (ao longo de meses a anos) devido a alterações cerebrais da demência, resultando num acordar nocturno frequente e sono durante o dia.	Mudanças subagudas no sono ao longo de algumas semanas (aumento ou diminuição).
<u>Agitação Psicomotora</u>	Gradual (meses a anos) na agitação, geralmente pior ao final do dia. O paciente piora em situações não familiares e muitas vezes procura pessoas ou lugares de experiências de vida do passado.	Instalação subaguda (semanas), geralmente pior na manhã, pode estar presente persistentemente ao longo do dia. Geralmente acompanhada por outros sintomas

		depressivos como afirmações nihilísticas ou culpa excessiva
<u>Retardação Psicomotora</u>	Infrequente na demência leve a moderada, mas ocasionalmente na demência avançada, e pode ser imitada na demência de Parkinson (face em máscara, funcionamento motor lento) ou doença de Pick avançada.	Instalação subaguda ao longo de semanas na depressão severa.
<u>Energia</u>	Geralmente num nível normal mas actividade reduzida devido a baixa iniciativa relacionada com diminuição da função executiva.	Diminuição subaguda da energia e aumento das queixas de fadiga.
<u>Culpa e sentimento de inutilidade</u>	Incomum, embora de afirmações transitórias de inutilidade poderão aparecer em situações de stress naqueles conscientes do seu próprio declínio.	Comum na depressão severa, geralmente acompanhada de humor deprimido assim como mudanças de apetite e sono.
<u>Concentração e Raciocínio</u>	Concentração normal na demência inicial mas afectada na fase tardia da demência. A capacidade de raciocínio diminui ao longo da evolução da demência.	Perda subaguda da concentração. Frequentemente indeciso e preocupado com possíveis erros.
<u>Idealizações e acções suicidas</u>	Incomuns.	Comuns.

Adaptado de *Depression vs. Dementia: How Do We Assess?* (26)

Como Avaliar

A detecção precoce pelo clínico dos cuidados primários, tanto da demência como da depressão, tem particular importância pois estes são a 1ª linha, onde o doente se dirigirá face à presença dos primeiros sinais e sintomas. E embora não haja indicações para a realização de rastreios na população em geral destas doenças, o médico não deve desprezar a sua frequência e estar atento aos pequenos sinais e sintomas que o doente ou os seus familiares poderão indicar. Contudo existem muitas barreiras que impedem esta detecção precoce nos cuidados primários, incluindo a falha no reconhecimento da sintomatologia, a falta de tempo para uma avaliação pormenorizada e a desvalorização da situação por não querer causar desconforto ao doente e aos seus cuidadores pela aplicação de rótulos desnecessários. Os clínicos devem ser por isso

informados e encorajados a realizar esta detecção, de modo a poderem referenciar correctamente assim como prestar o devido suporte e apoio tanto ao doente como aos seus familiares.(29)

Como visto anteriormente, as dificuldades em realizar um diagnóstico diferencial entre depressão e demência no idoso são consideráveis uma vez que não só a depressão poderá estar associada a alguns défices cognitivos, como a demência poderá causar alterações de humor compatíveis com a depressão, pelo que a avaliação do idoso deverá ser cuidadosa.

O mais importante passa pela recolha de uma boa anamnese. O clínico deverá fazer uma avaliação pormenorizada, com a obtenção de informação directamente do doente e de outras pessoas que convivam de perto com ele, uma vez que o doente poderá negar ou desvalorizar sintomas e queixas que são no entanto evidentes para os seus familiares/acompanhantes.

Esta avaliação deve incluir:

- Uma história completa da sintomatologia, com descrição detalhada da sua apresentação (tendo em conta as diferenças descritas anteriormente), incluindo a sua progressão ao longo do tempo e tipo de início (a demência tende a ter uma evolução mais insidiosa em comparação com a depressão);
- Entrevista directa do doente, com particular interesse ao estado de espírito do próprio e das respostas do próprio sobre a doença, se é capaz de perceber o que o clínico lhe comunica, e as suas implicações;
- Avaliação dos efeitos da sintomatologia na independência do doente, tanto na sua vida na comunidade como na capacidade de cuidar de si próprio;
- Tristeza, perda de energia, perda de interesse e prazer nas actividades habituais, isolamento social, alterações do sono, alterações do apetite, perda da auto-estima, sentimentos de inutilidade, uso aumentado de álcool ou drogas e pensamentos sobre a morte ou suicídio são indicativos de uma possível depressão;
 - Particular atenção a sintomas depressivos que são incomuns na demência, como o sentimento de desespero, de culpa, de desvalorização do próprio e/ou idealizações suicidas;

- Mesmo no caso de doentes que negam humor depressivo, não esquecer que a depressão poderá apresentar-se através de outros sinais e sintomas, como queixas somáticas agravadas ou inexplicáveis, aumento ou diminuição do peso, alterações do sono, irritabilidade, agitação, perda de interesse nas actividades diárias e nos cuidados pessoais, assim como as alterações cognitivas tipicamente associadas à demência mas que poderão também estar presentes na depressão, como é o caso dos problemas de memória;
- Entre os sinais e sintomas que poderão dar suspeita da presença de demência, encontram-se perdas de memória cada vez mais frequentes, dificuldade em realizar actividades rotineiras (por exemplo a preparação de refeições), problemas de linguagem (esquecimento de palavras ou troca por outras, tornando difícil a compreensão), desorientação no espaço e no tempo, menor capacidade de raciocínios com tomada de decisões invulgares (como usar roupa quente num dia de calor), menor capacidade de pensamento abstracto, perda de objectos (e a sua colocação em locais estranhos, como chaves no frigorífico), alterações de humor e comportamento, e perda de iniciativa na realização de actividades;
- Informação sobre a história familiar de patologias depressivas ou demenciais, assim como história prévia do próprio de patologias depressivas e sua resposta aos tratamentos;
- Analisar o uso de fármacos pelo doente que poderão causar ou agravar sintomas depressivos, tais como:
 - Benzodiazepinas, zopiclona e outros depressores do sistema nervoso central;
 - Opióides prescritos para síndromes de dor crónica;
 - Antipsicóticos prescritos para agitação;
 - Betabloqueadores, em particular agentes lipossolúveis como o propanolol;
 - Corticosteróides;
 - Anticonvulsiantes, incluindo a gabapentina e a carbamazepina;
 - Anti-inflamatórios não esteróides (AINEs);
 - Agentes antiparkinsonianos, especialmente a levodopa;
 - Antagonistas dos receptores da histamina-2, como a ranitidina;

- Detectar a presença de doenças associadas a risco de depressão, tais como: doença vascular cerebral, doença coronária, doenças endócrinas (incluindo a diabetes, doenças da tiróide e insuficiência suprarrenal) e distúrbios do sono;
- Não desprezar a possível presença de doenças sexualmente transmissíveis no idoso, como VIH e sífilis, que poderão causar demência;
- Exames laboratoriais: hematologia, perfil metabólico, função tiroideia, nível da vitamina B12 e níveis de concentração de fármacos com propensão a criar alterações de humor;
- Caso indicado, exames de imagem para excluir outras causas neurológicas para a ocorrência da sintomatologia;
- Estar atento aos factores de risco de demência como é caso da presença do genótipo da apolipoproteína E4, co-morbilidades e factores de risco cardiovasculares, uso crónico de anticolinérgicos e baixo nível de escolaridade;
- Avaliar a possibilidade da presença de outras possíveis causas de demência reversível, como:
 - Hidrocefalia de pressão normal (HPN), caracterizada por uma tríade clássica: demência, distúrbios da marcha e incontinência fecal e urinária. A demência é geralmente ligeira e de início insidioso, sendo tipicamente precedida por distúrbio da marcha e incontinência urinária. É comum a deterioração da memória mas não o surgimento de apraxia e agnosia. Pode surgir num contexto de bloqueio de absorção do líquido Céfalo-raquidiano, inflamação meníngea ou hemorragia subaracnóideia;
 - Hipotireoidismo - poderá manifestar-se demência caracterizada por lentificação mental, perda de memória e irritabilidade. As manifestações psiquiátricas são proeminentes e incluem depressão, paranóia, alucinações auditivas e visuais, mania e comportamento suicida;
 - Deficiência de vitamina B12, caracterizada por disfunção cognitiva global, lentificação mental, perda de memória e dificuldade de concentração. As manifestações psiquiátricas são proeminentes e incluem depressão, mania e quadros psicóticos com alucinações auditivas e visuais;
 - Pelagra, deficiência de ácido nicotínico (niacina), manifesta-se por diarreia, glossite, anemia e lesões cutâneas eritematosas. Pode produzir demência, psicose, estados confusionais, sinais cerebelares e extrapiramidais, polineuropatia e neuropatia óptica. (30-37)

Depois desta avaliação, o clínico deve pesar os pontos a favor e contra de o doente ter depressão, demência, ambas, ou uma outra etiologia diferente. De modo a reforçar conclusões, poderão ser usadas escalas de avaliação da depressão e da demência no idoso.

Escalas de Avaliação

As escalas de avaliação, como são caso do *Folstein Mini-Mental State Exam (MMSE)*, o *Mini-Cog*, o *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* e o *General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)* (no caso da demência); o da *Geriatric Depression Scale (GDS)*, o *9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* e a *Cornell Scale for Depression in Dementia*, no caso da depressão, poderão ser utilizadas pelo clínico. Todas estas foram validadas no idoso e poderão ser uma ajuda importante na avaliação e quantificação da progressão do doente (26, 32, 38), especialmente entre idosos provenientes de grupos com elevada prevalência de doenças mentais, tais como: em tratamento domiciliar, com sintomatologia múltipla, com história prévia de doença mental ou tentativa de suicídio, que tenham passado por uma perda emocionalmente significativa e/ou com péssima saúde física(33).

Contudo, o clínico não pode limitar-se ao simples uso destas escalas para a realização do diagnóstico, devendo sim integrar os seus resultados com a avaliação clínica detalhada da história do doente. Estas escalas são importantes ferramentas para esclarecimento ou detecção de possíveis diagnósticos, mas por si só não poderão diagnosticar o doente.

Folstein Mini-Mental State Exam (MMSE)

O *Folstein Mini-Mental State Exam* é um questionário de 30 perguntas, muito utilizado por ser rápido e fácil de administrar. Avalia múltiplos domínios, como a orientação, atenção, retenção, linguagem e capacidade para seguir ordens(39). Contudo mostra variações de acordo com diferentes tipos de população, pelo que a interpretação do score tem que ter em conta a idade, língua e nível de escolaridade do doente(40).

Mini-Cog

Possui uma sensibilidade e especificidade semelhante ao MMSE, mas não está associado à mesma variação em relação à linguagem do doente e nível de escolaridade que este. Demora cerca de 3 minutos, possuindo um teste de retenção de 3 itens e um teste simples de desenho de relógio (clock-drawing test - CDT). A sua rapidez e facilidade de utilização entre doentes de diferentes níveis educacionais torna-se uma mais-valia para o seu uso nos cuidados primários.(41)

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Apesar de mais complexo que o MMSE e o Mini-Cog, o *Montreal Cognitive Assessment* oferece a vantagem de testar múltiplos domínios cognitivos e um fácil sistema de pontuação. É composto por 30 pontos e demora aproximadamente 10 minutos.(42)

GPCOG - Assessment of Cognition

O *General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG) Test* é um instrumento eficaz e validado para a avaliação de défices cognitivos, em particular nos cuidados primários. Possui duas componentes: uma avaliação cognitiva do paciente e um questionário realizado com um informador que conviva com o paciente (sendo este considerado necessário se o resultado for considerado equivocado, com um score entre 5 e 8). É rápido, sendo que a avaliação do paciente demora 4 minutos e o questionário 2 minutos, mostrando resultados semelhantes ao MMSE.(43)

Geriatric Depression Scale (GDS)

A *Geriatric Depression Scale* foi desenvolvida como ferramenta de rastreio e avaliação da depressão nos idosos. A escala original possui 30 questões mas foi considerada demasiada longa e demorada para ser usada na prática clínica do dia-a-dia, pelo que foi desenvolvida uma versão mais pequena, a GDS-15, que mantém as perguntas mais discriminatórias e uma validade semelhante à escala original.(44)

9-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

O PHQ-9, específico para a depressão, pontua os 9 critérios do DSM-IV. Uma versão mais pequena, o PHQ-2, possui apenas duas questões para avaliar a presença de humor depressivo e perda de interesse nas actividades, sendo que a resposta positiva a qualquer das perguntas indica a necessidade de uma avaliação do doente mais detalhada.(45)

Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

A CSDD é aplicada não só ao doente como a uma pessoa próxima do doente, de modo a detectar a presença de sinais adicionais de depressão no doente com demência que de outra forma poderiam não ser detectados. Avalia 5 áreas: sinais relacionados com o humor, distúrbios comportamentais, sinais físicos, funções cíclicas e perturbações ideacionais. Tem uma duração de cerca de 30 minutos.(44)

Esta avaliação deverá ser contínua e ao longo do tempo, o que permitirá detectar e interpretar melhor qualquer pequena alteração em comparação com estados anteriores assim como vigiar e detectar a eventual progressão/surgimento de demência precocemente e assim melhor preparar o doente e a sua família. Apesar de não existirem tratamentos que curem ou revertam a demência, é possível retardar a sua progressão, pelo que uma detecção precoce será de elevado valor para a evolução do doente.

Conclusões

Os estudos recentes indicam que os sintomas depressivos, em particular os que se apresentam com início tardio, estão associados a um maior risco de surgimento de demência. Contudo levanta-se a questão se são entidades diferentes ou se a sintomatologia depressiva é na realidade um sinal precoce de défice cognitivo e consequente demência, por alterações funcionais e estruturais no cérebro. O facto de a maioria dos estudos terem mostrado a ausência de relação entre a demência e a depressão de início precoce sugere que a depressão poderá ser uma fase prodrómica. Mas são necessários mais estudos que comprovem esta ligação.

Por outro lado, caso se comprove, poderemos usar essa informação para diminuir a incidência da demência? Será fútil tratar a depressão para além do alívio sintomático com vista a melhoria da qualidade de vida do doente? Ou será possível diminuir o risco ou a evolução para demência? E quais são os mecanismos para esta progressão? Serão comuns a todos os tipos de demência ou requisitarão abordagens diferentes?

Esta área do conhecimento necessita de mais investigação de modo a desvendar todas estas questões. No entanto o clínico deverá estar consciente que existe uma relação de risco entre estas duas síndromes, e como tal qualquer paciente idoso que se apresente com sintomatologia depressiva deverá ser acompanhado e vigiado para a detecção dos sinais precoces do surgimento da demência.

Os cuidados primários possuem também uma grande importância na detecção precoce destas doenças no idoso. Contudo muitos casos poderão passar despercebidos, pelo que é importante a formação dos clínicos na avaliação destas síndromes, de modo poderem referenciar e melhor acompanhar o doente e os seus familiares.

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Dr. António Leuschner por ter aceitado orientar a minha tese e pela sua disponibilidade ao longo deste trabalho.

Referências

1. World Alzheimer Report 2009 Alzheimer's Disease International, 2009.
2. Depression: A Global Crisis, World Mental Health Day. World Federation for Mental Health, 2012.
3. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. xlv, 947 p. p.
4. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012;35(1):203-29.
5. Brown W. Pseudodementia: Issues in Diagnosis 2005 May 01, 2014. Available from: <http://www.psychiatrytimes.com/dementia/pseudodementia-issues-diagnosis>.
6. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*. 2010;75(1):35-41.
7. Li G, Wang LY, Shofer JB, Thompson ML, Peskind ER, McCormick W, et al. Temporal relationship between depression and dementia: findings from a large community-based 15-year follow-up study. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(9):970-7.
8. Goveas JS, Hogan PE, Kotchen JM, Smoller JW, Denburg NL, Manson JE, et al. Depressive symptoms, antidepressant use, and future cognitive health in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study. *International psychogeriatrics / IPA*. 2012;24(8):1252-64.
9. Vilalta-Franch J, Lopez-Pousa S, Llinas-Regla J, Calvo-Perxas L, Merino-Aguado J, Garre-Olmo J. Depression subtypes and 5-year risk of dementia and Alzheimer disease in patients aged 70 years. *International journal of geriatric psychiatry*. 2013;28(4):341-50.
10. Spalletta G, Caltagirone C, Girardi P, Gianni W, Casini AR, Palmer K. The role of persistent and incident major depression on rate of cognitive deterioration in newly diagnosed Alzheimer's disease patients. *Psychiatry research*. 2012;198(2):263-8.
11. Barnes DE, Yaffe K, Byers AL, McCormick M, Schaefer C, Whitmer RA. Midlife vs late-life depressive symptoms and risk of dementia: differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(5):493-8.
12. Gao Y, Huang C, Zhao K, Ma L, Qiu X, Zhang L, et al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of geriatric psychiatry*. 2013;28(5):441-9.
13. Hesper K, Tebarth F, Wiese B, Eisele M, Bickel H, Kohler M, et al. Age of major depression onset, depressive symptoms, and risk for subsequent dementia: results of the German study on Ageing, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). *Psychological medicine*. 2013;43(8):1597-610.
14. Luppá M, Luck T, Ritschel F, Angermeyer MC, Villringer A, Riedel-Heller SG. Depression and incident dementia. An 8-year population-based prospective study. *PLoS one*. 2013;8(3):e59246.
15. Verdelho A, Madureira S, Moleiro C, Ferro JM, O'Brien JT, Poggesi A, et al. Depressive symptoms predict cognitive decline and dementia in older people independently of cerebral white matter changes: the LADIS study. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2013;84(11):1250-4.
16. Teodorczuk A, O'Brien JT, Firbank MJ, Pantoni L, Poggesi A, Erkinjuntti T, et al. White matter changes and late-life depressive symptoms: longitudinal study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007;191:212-7.

17. Irie F, Masaki KH, Petrovitch H, Abbott RD, Ross GW, Taaffe DR, et al. Apolipoprotein E epsilon4 allele genotype and the effect of depressive symptoms on the risk of dementia in men: the Honolulu-Asia Aging Study. *Archives of general psychiatry*. 2008;65(8):906-12.
18. Meng X, D'Arcy C. Apolipoprotein E gene, environmental risk factors, and their interactions in dementia among seniors. *International journal of geriatric psychiatry*. 2013;28(10):1005-14.
19. Kim JM, Stewart R, Kim SY, Kim SW, Bae KY, Yang SJ, et al. Synergistic associations of depression and apolipoprotein E genotype with incidence of dementia. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011;26(9):893-8.
20. Modrego PJ, Ferrandez J. Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study. *Archives of neurology*. 2004;61(8):1290-3.
21. Nelson JC, Devanand DP. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(4):577-85.
22. Steenland K, Karnes C, Seals R, Carnevale C, Hermida A, Levey A. Late-life depression as a risk factor for mild cognitive impairment or Alzheimer's disease in 30 US Alzheimer's disease centers. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*. 2012;31(2):265-75.
23. Kessing LV, Forman JL, Andersen PK. Do continued antidepressants protect against dementia in patients with severe depressive disorder? *International clinical psychopharmacology*. 2011;26(6):316-22.
24. Banerjee S, Hellier J, Romeo R, Dewey M, Knapp M, Ballard C, et al. Study of the use of antidepressants for depression in dementia: the HTA-SADD trial--a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sertraline and mirtazapine. *Health technology assessment*. 2013;17(7):1-166.
25. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: World Health Organisation; 2010. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.
26. Thorpe L. Depression vs. Dementia: How Do We Assess? *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2009(September):17-21.
27. Royall DR, Palmer R, Chiodo LK, Polk MJ. Depressive symptoms predict longitudinal change in executive control but not memory. *International journal of geriatric psychiatry*. 2012;27(1):89-96.
28. Potter GG, Wagner HR, Burke JR, Plassman BL, Welsh-Bohmer KA, Steffens DC. Neuropsychological predictors of dementia in late-life major depressive disorder. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2013;21(3):297-306.
29. Iliffe S, Robinson L, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, et al. Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009;24(9):895-901.
30. Barnes DE, Covinsky KE, Whitmer RA, Kuller LH, Lopez OL, Yaffe K. Predicting risk of dementia in older adults: The late-life dementia risk index. *Neurology*. 2009;73(3):173-9.
31. Hall CB, Derby C, LeValley A, Katz MJ, Verghese J, Lipton RB. Education delays accelerated decline on a memory test in persons who develop dementia. *Neurology*. 2007;69(17):1657-64.
32. Downing LJ, Caprio TV, Lyness JM. Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's - delirium, dementia, and depression. *Current psychiatry reports*. 2013;15(6):365.

33. BPJ | Special Edition – Depression in Older Adults. BPJ. 2011(July 2011).
34. Neto G, Tamelini MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. Revista de Psiquiatria Clínica. 2005.
35. Gagliardi JP. Differentiating among Depression, Delirium, and Dementia in Elderly Patients. The virtual mentor : VM. 2008;10(6):383-8.
36. Insel KC, Badger TA. Deciphering the 4 D's: cognitive decline, delirium, depression and dementia--a review. Journal of advanced nursing. 2002;38(4):360-8.
37. Tools for Early Identification, Assessment, and Treatment for People with Alzheimer's Disease and Dementia. National Chronic Care Consortium and the Alzheimer's Association 1998.
38. Simmons BB, Hartmann B, DeJoseph D. Evaluation of suspected dementia. American family physician. 2011;84(8):895-902.
39. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975;12(3):189-98.
40. Bassuk SS, Murphy JM. Characteristics of the Modified Mini-Mental State Exam among elderly persons. Journal of clinical epidemiology. 2003;56(7):622-8.
41. Milian M, Leiherr AM, Straten G, Muller S, Leyhe T, Eschweiler GW. The Mini-Cog, Clock Drawing Test, and the Mini-Mental State Examination in a German memory clinic: specificity of separation dementia from depression. International psychogeriatrics / IPA. 2013;25(1):96-104.
42. Freitas S, Prieto G, Simoes MR, Santana I. Psychometric properties of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): an analysis using the Rasch model. The Clinical neuropsychologist. 2014;28(1):65-83.
43. Brodaty H, Kemp NM, Low LF. Characteristics of the GPCOG, a screening tool for cognitive impairment. International journal of geriatric psychiatry. 2004;19(9):870-4.
44. Korner A, Lauritzen L, Abelskov K, Gulmann N, Marie Brodersen A, Wedervang-Jensen T, et al. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. Nordic journal of psychiatry. 2006;60(5):360-4.
45. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. Annals of family medicine. 2010;8(4):348-53.

