

DIFERENÇAS SINTOMÁTICAS, NEUROPSICOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER E IDOSOS COM DEPRESSÃO

Simon Fermino¹, Helena Espirito-Santo, Joana Matreno, Fernanda Daniel, Inês Pena, Susana Maia, Rita Gonçalves, Mariana Marques, Daniel Falcão e Anabela Gaspar

*Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade, Porto (Portugal)
Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra (Portugal)*

Introdução

Envelhecer tende a envolver problemas como a depressão e perdas cognitivas. É nesta fase tardia da vida que o idoso pode adquirir a noção de incapacidade e limitação (Aalten *et al.*, 2008; Fontaine, 2000; Marchand, 2001; Rosenberg *et al.*, 2010; Rosness Barca y Engedal, 2010), noção que pode ser maior com as sucessivas alterações causadas pela demência (Rasking, 1998), e que pode implicar um risco acrescido de desenvolver depressão (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997; Davim, Torres, Dantas e Lima, 2004; Stella, Gobbi, Corazza e Costa, 2002). Os próprios episódios depressivos são vistos como fatores de risco para o desenvolvimento posterior do processo demencial (Rasking, 1998). A depressão leva provisoriamente a uma alteração das funções cognitivas, dificultando o diagnóstico diferencial entre depressão e demência (Fleck *et al.*, 2002). Estudos desenvolvidos nesta área concluíram que 50% dos indivíduos com depressão evoluíram para um quadro demencial (Rasking, 1998) e que a relação existente entre demência e depressão era recíproca e pronunciava-se de diferentes formas (Stoppe, 1997). Resumindo, o diagnóstico diferencial entre depressão e demência é complicado pelo défice cognitivo presente na depressão e pelos sintomas depressivos comuns na demência. Assim, a diferenciação sintomática reveste-se de grande importância nesta distinção (Aalten *et al.*, 2008; Bryant, 2000; Rasking, 1998; Rosness *et al.*, 2010). O objetivo deste estudo consiste em verificar quais as diferenças sintomáticas, neuropsicológicas e sociodemográficas entre a doença de Alzheimer (DA) e a depressão em idosos.

Método

Materiais

No presente estudo foi utilizada a seguinte bateria de testes neuropsicológicos: a Severe Impairment Battery Language Scale (SIB-L) (Ferris *et al.*, 2009; Alfa de Cronbach = 0,89 Versão Portuguesa); a Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE) (Folstein, Folstein e McHugh, 1975; Alfa de Cronbach = 0,83 Versão Portuguesa); a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Yesavage *et al.*, 1983; Alfa de Cronbach = 0,83 Versão Portuguesa) e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) (Pachana *et al.*, 2007; Alfa de Cronbach = 0,92 Versão Portuguesa).

Participantes

A população alvo desta investigação consistiu nos idosos sinalizados por médico de família e encaminhados para a consulta externa dos Hospitais da Universidade de

¹ Contato: miguel.smfn@gmail.com

Coimbra (HUC). Alguns idosos foram referenciados para a consulta de psiquiatria devido a sintomatologia mnésica, emocional ou comportamental. Na consulta de psiquiatria, alguns destes idosos foram diagnosticados com Doença de Alzheimer (DA) provável, outros com sintomatologia depressiva. Desta consulta externa psiquiátrica inquirimos uma amostra de 49 idosos, divididos em 19 doentes com DA provável (38,8%) e 30 com sintomatologia depressiva (61,2%). Analisámos as características sociodemográficas destes idosos (Quadro 1), donde destacamos que 44,9% eram mulheres, 57,1% tinham companheiro(a), 44,9% apresentavam escolaridade inferior a 4 anos e 91,8% eram residentes em regiões urbanas. A amostra total ostentava uma idade média de 70,0 ($DP = 7,7$), sendo os idosos com DA mais velhos ($t = 3,78$; $p < 0,05$).

Quadro 1. Caracterização de uma Amostra de Idosos da Consulta Externa do Serviço de Psiquiatria dos HUC ($N = 120$).

		Total ($N = 49$)	Doença de Alzheimer ($n = 19$)	Depressão ($n = 30$)	t/X^2	p
Género	Masculino	27 (55,1%)	12 (24,5%)	15 (30,6%)	0,81	0,395
	Feminino	22 (44,9%)	7 (14,3%)	15 (30,6%)		
Estado Civil	Com	28 (57,1%)	9 (18,4%)	19 (38,8%)	1,21	0,376
	Companheiro	21 (42,9%)	10 (20,4%)	11 (22,4%)		
	Sem Companheiro					
Escolaridade	≤ 4 anos	22 (44,9%)	7 (14,3%)	15 (30,6%)	0,81	0,395
	> 4 anos	27 (55,1%)	12 (24,5%)	15 (30,6%)		
Residência	Urbana	35 (91,8%)	12 (24,5%)	23 (46,9%)	1,04	0,346
	Rural	14 (8,2%)	7 (14,3%)	7 (14,3%)		
Idade		70,0 \pm 7,7	75,5 \pm 8,4	67,7 \pm 5,9	3,78	0,000
n (%)						

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, com uma metodologia que emprega questionários de resposta direta administrados em amostras de conveniência da população clínica recolhidas na Consulta Externa de Psiquiatria dos HUC.

Procedimento

Recolhemos a amostra entre Novembro de 2009 a Julho de 2010. Inquirimos os idosos em ambiente hospitalar durante a consulta externa de psiquiatria, tendo os idosos participado de forma informada e voluntária. A amostra só foi recolhida após o parecer ético e autorização do chefe do Serviço de Psiquiatria e Coordenador da Consulta externa no Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, seguindo as normas éticas da Declaração de Helsínquia (World Medical Association [WMA], 2004). Os idosos aceitaram participar voluntariamente, sendo avaliados através da SIB-L para a linguagem, do MMSE para o défice cognitivo, da GDS para os sintomas depressivos e do GAI para os sintomas ansiosos.

Resultados

Quadro 2. Diferenças entre doentes com Doença de Alzheimer e Doentes com Depressão.

	Total ($N = 49$)		Doença de Alzheimer ($n = 19$)		Depressão ($n = 30$)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
SIB-L	30,9	10,3	20,2	6,1	37,7	5,4	10,5	0,000

MMSE	21,3	9,0	11,7	7,2	27,3	2,2	11,2	0,000
GAI	6,9	5,3	12,1	4,3	3,5	2,5	8,9	0,000
GDS	13,9	6,7	7,0	2,1	18,3	4,7	9,9	0,000

Os dados do Quadro 2 mostram que os idosos com doença de Alzheimer estão significativamente ($p < 0,001$) piores na SIB-L ($t = 10,5$; $M = 20,2 \pm 6,1$), no MMSE ($t = 9,2$; $M = 11,7 \pm 7,2$), no GAI ($t = 7,9$; $M = 12,1 \pm 4,3$), mas estão melhores no GDS ($t = 11,5$; $M = 7,0 \pm 2,1$), do que os idosos com depressão (SIB-L: $37,7 \pm 5,4$; MMSE: $27,3 \pm 2,2$; GAI: $3,5 \pm 2,5$; GDS: $18,3 \pm 4,7$). As correlações ponto-bisserial confirmam estes resultados, associando-se o diagnóstico de forma significativa ($p < 0,001$) com a SIB-L ($r = 0,84$), MMSE ($r = 0,85$), GAI ($r = -0,79$), GDS ($r = 0,85$), mas também com a idade ($r = -0,48$). O modelo logístico multietápico confirma os efeitos da idade ($B = 0,07$; $p < 0,05$), mas controlando estes efeitos, somente a linguagem ($B = 0,46$; $p < 0,001$) e os sintomas ansiosos ($B = 0,53$; $p < 0,05$) têm impacto na diferenciação diagnóstica.

Discussão e conclusão

Este estudo permitiu verificar que o défice cognitivo, os sintomas depressivos e a idade distinguem significativamente as duas perturbações. Para além destes dados, obtivemos a novidade que as alterações linguísticas e os sintomas ansiosos também as distinguem.

Referencias

- Aalten, P., Verhey, F., Boziki, M., Brugnolo, A., Bullock, R., Byrne, E., Camus, V., Caputo M., Collins D., De Deyn P.P., Elina K., Frisoni G., Holmes C., Hurt C., Marriott A., Mecocci P., Nobili F., Ousset J.P., Reynish E., Salmon E., Tsolaki M., Vellas B. e Robert P.H. (2008). Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: results from the European Alzheimer Disease Consortium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25, 1-8.
- Beck, T., Rush, J., Shaw, F. e Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Bryant, C. (2010). Anxiety and depression in old age: challenges in recognition and diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 22, 511-513.
- Davim, B., Torres, V., Dantas, M. e Lima, M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconómicas e de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12, 518-524.
- Ferris, F., Ihrl, R., Robert, P., Winblad, B., Gatz, G., Tennigkeit, F. e Gauthier, S. (2009). Severe Impairment Battery Language Scale: a language-assessment tool for Alzheimer's disease patients. *Alzheimer's & Dementia*, 5, 375-379.
- Fleck, A., Lima, S., Louzada, S., Schestasty, G., Henriques, A., Borges, R. e Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários a saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36, 431-438.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pachana, A., Byrne, J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. e Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.
- Rasking, A. (1998). The clinical interface of depression and dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 9-12.
- Rosenberg, P., Mielke, M., Appleby, B., Oh, E., Leoutsakos, J. e Lyketsos, C. (2010). Neuropsychiatric symptoms in MCI subtypes: the importance of executive dysfunction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 364-372.

- Rosness, T. A., Barca, M. L. e Engedal, K. (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 704-711.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. e Costa, J. (2002). Depressão no idoso: Diagnostico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8, 91-98.
- Stoppe, A. (1997). *Características Clínicas da Depressão em Idosos: depressão e demência no Idoso* (pp.47-68). São Paulo: Lemos Editorial.
- World Medical Association, WMA. (2008). *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* (WMA General Assembly, Ed.) (59a. ed.; Vol. October). Seoul: WMA.
- Yesavage, A., Brink, L., Rose, L., Lum, O., Huang, V. e Adey, B. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.