

Instituto de
Geriatría e Gerontologia

PAJAR

Pan American Journal of Aging Research

PAJAR, Porto Alegre, v. 8, p. 1-8, jan.-dez. 2020

ISSN-L: 2357-9641

<http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2020.1.36639>

ARTIGO ORIGINAL

Perfil cognitivo e clínico psiquiátrico de idosos atendidos em um ambulatório especializado

Cognitive and clinical psychiatric profile of elderly served in a specialized ambulatory

Perfil clínico cognitivo y psiquiátrico de personas mayores servidas en un ambulatorio especializado

Bruno Lodi¹

orcid.org/0000-0003-3878-6750
brunoo_lodi@hotmail.com

Paula Engroff¹

orcid.org/0000-0002-3639-545X
paula_puc@yahoo.com.br

**Francisco Pascoal
Júnior¹**

orcid.org/0000-0001-5827-7270
pascoaljunior@uol.com.br

**Guilherme Marcos
Nogueira¹**

orcid.org/0000-0002-0527-6175
guilhermeneurociencia@gmail.com

Vanessa Sgnaolin¹

orcid.org/0000-0002-9914-7146
vanessa.sgnaolin@pucrs.br

Alfredo Cataldo Neto¹

orcid.org/0000-0002-8082-1866
cataldo@pucrs.br

Received on: Dec. 11th, 2019.

Approved on: May. 6th, 2020.

Published on: Sep. 17, 2020.

Resumo

Objetivo: descrever o perfil cognitivo e clínico psiquiátrico de idosos provenientes da atenção primária e atendidos em um ambulatório especializado de um hospital universitário.

Métodos: estudo transversal, descritivo e analítico, coletado de forma prospectiva em uma amostra da população idosa (60 anos ou mais) cadastrada na Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre e atendidos em um ambulatório especializado de um hospital universitário, no período de julho de 2015 a julho de 2016. As variáveis analisadas foram sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade), clínicas (diagnóstico psiquiátrico) e avaliação cognitiva (Exame Cognitivo Addenbrooke – versão revisada, ACE-R). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados: foram avaliados 256 indivíduos com média de idade de 70,8±7,1 anos, na maioria mulheres (77,7%) e com 4 a 7 anos de estudo (32,2%). Desses, 54,3% apresentavam alguma alteração cognitiva e 43,4% eram classificados como tendo demência, através da avaliação do ACE-R.

Conclusões: o perfil cognitivo e clínico psiquiátrico dos participantes do estudo demonstrou que, no grupo normal, os idosos eram mais jovens e com maior escolaridade e, no grupo demência, os indivíduos eram mais velhos, com menor escolaridade e com diagnóstico de depressão.

Palavras-chave: demência, depressão, idoso, testes de estado mental e demência.

Abstract

Aims: to describe the cognitive and psychiatric clinical profile of older adults from primary care who are seen at a specialized outpatient clinic of a university hospital.

Methods: this was a cross-sectional, descriptive and analytical study, prospectively collected from a sample of the elderly population (60 years or older) enrolled in the Family Health Strategy of the city of Porto Alegre and treated at a specialized outpatient clinic of a university hospital during the study period. July 2015 to July 2016. The variables analyzed were sociodemographic (gender, age, education), clinical (psychiatric diagnosis) and cognitive assessment (Addenbrooke Cognitive Examination - revised version, ACE-R). The research protocol was approved by the Research Ethics Committees and all participants signed the Informed Consent Form.

Results: 256 individuals with a mean age of 70.8 ± 7.1 years were evaluated, mostly women (77.7%) and with 4 to 7 years of study (32.2%). Of these 54.3% had some cognitive impairment and 43.4% were classified as having dementia through the ACE-R assessment.

Conclusions: the cognitive and clinical psychiatric profile of the study participants showed that in the normal group, the elderly were younger and more educated and in the dementia group the individuals were older, less educated and diagnosed with depression.

Keywords: dementia, depression, aged, mental status and dementia tests.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumen

Objetivos: describir el perfil psiquiátrico cognitivo y clínico de los ancianos de atención primaria y atendidos en una clínica ambulatoria especializada de un hospital universitario.

Métodos: este fue un estudio transversal, descriptivo y analítico, recolectado prospectivamente de una muestra de la población de edad avanzada (60 años o más) inscritos en la Estrategia de Salud Familiar de la ciudad de Porto Alegre y tratados en una clínica ambulatoria especializada de un hospital universitario durante el período de estudio. Julio de 2015 a julio de 2016. Las variables analizadas fueron sociodemográficas (género, edad, educación), clínicas (diagnóstico psiquiátrico) y evaluación cognitiva (Addenbrooke Cognitive Examination - versión revisada, ACE-R). El protocolo de investigación fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación y todos los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Informado.

Resultados: se evaluaron 256 individuos con una edad media de 70.8 ± 7.1 años, en su mayoría mujeres (77.7%) y con 4 a 7 años de escolaridad (32.2%). De estos, el 54.3% tenía algún deterioro cognitivo y el 43.4% se clasificó como demencia a través de la evaluación ACE-R.

Conclusiones: el perfil psiquiátrico cognitivo y clínico de los participantes del estudio mostró que en el grupo normal, los ancianos eran más jóvenes y más educados y en el grupo de demencia los individuos eran mayores, menos educados y con diagnóstico de depresión.

Palabras clave: demencia, depresión, anciano, pruebas de estado mental y demencia.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera envelhecido o país em que 14% da sua população se encontra na faixa etária igual ou superior aos 65 anos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciam que a população brasileira representa atualmente 9,5% de idosos da população total. As projeções são de que em 2032 o Brasil atinja o percentual de 14% da população acima dos 65 anos e, que em 2060, esse número representará 25% da população total.⁷

O envelhecimento da população tem despertado o interesse para estudos relacionados à prevalência e à incidência da demência na população com idade superior a 65 anos. Para a OMS a demência é uma das maiores causas de incapacidade e de dependência entre pessoas idosas no mundo.⁸ Em 2015, o custo global do tratamento de pacientes com demência no mundo foi estimado em 818 bilhões de dólares, o equivalente a 1,1% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, representando 0,2% dos países de baixo e médio desenvolvimento e 1,4% do PIB dos países desenvolvidos. Dados referem ainda que,

mundialmente, cerca de 50 milhões de pessoas sofrem de demência e 10 milhões de novos casos são diagnosticados ao ano.⁹

Segundo uma revisão sistemática, cerca de 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com demência em 2010. A previsão é de que esse número duplique a cada 20 anos, representando 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050.⁴ No Brasil, estudos também apresentam resultados quanto à incidência de demência na população idosa. Um deles realizado na cidade de Porto Alegre, demonstrou uma taxa de 14,8/1000/ano em idosos acima de 65 anos para Doença de Alzheimer (DA) e outro, na cidade de Catanduva (interior de São Paulo), com incidência de 7,7/1000/ano para DA e 13,8/1000/ano para demência.^{5,6} Nesse último estudo, a incidência de demência dobrou a cada cinco anos, sem diferença por sexo, mas houve uma maior incidência de demência em mulheres com idade mais avançada. Também se observou uma tendência à maior incidência entre analfabetos.⁶

Em relação à associação de demência e de variáveis clínicas foi observado que pessoas com demência têm duas vezes mais chances de apresentar depressão do que pessoas sem demência e que o risco variava pelo tipo de demência.⁷

Este artigo tem como objetivo principal descrever o perfil cognitivo e clínico psiquiátrico de idosos de baixa escolaridade, provenientes da atenção primária e atendidos em um ambulatório especializado de um hospital universitário.

Métodos

Delineamento

Estudo transversal descritivo e analítico, coletado de forma prospectiva em uma amostra da população idosa (60 anos ou mais) cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre, atendidos em um ambulatório interdisciplinar especializado em geriatria psiquiátrica de um hospital universitário.

Amostra estudada

Um total de 346 indivíduos foram avaliados e 256 foram incluídos na amostra final. Todos

os indivíduos com necessidades clínicas foram encaminhados para consultas neurológicas e psiquiátricas especializadas no mesmo hospital.

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais, pertencer a ESF da área de abrangência do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), estar cadastrado no Programa de Envelhecimento Cerebral (PENGE)⁸ e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram: não ter realizado a avaliação pelo instrumento Exame Cognitivo Addenbrooke – versão revisada (ACE-R, do inglês *Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised*) e não ter diagnóstico definido ou ter diagnóstico de alteração neurológica. A avaliação e o registro foram feitos por psiquiatras e psicólogos certificados pelo conselho com experiência em distúrbios neuropsiquiátricos.

Coleta de dados

A coleta de dados dessa pesquisa foi realizada de julho de 2015 a julho de 2016 por meio de uma parceria da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e em colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

As variáveis analisadas foram sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade), clínicas (diagnóstico psiquiátrico pelo DSM-5 e avaliação cognitiva instrumento ACE-R).

O instrumento de avaliação cognitiva ACE-R utilizado na avaliação dos participantes foi desenvolvido para avaliar de maneira breve e sensível estágios iniciais da demência e auxiliar na diferenciação dos tipos de demência. A aplicação do instrumento ACE-R leva, em média, 16 minutos e é possível avaliar e pontuar os domínios: atenção/orientação (18 pontos), memória (26 pontos), fluência (14 pontos), linguagem (26 pontos) e visoespacial (16 pontos). Sua pontuação máxima é 100 e corresponde a soma de todos os domínios. A versão revisada apresenta melhorias no âmbito

da aplicação e da sensibilidade do teste, além de apresentar modificações a fim de facilitar as traduções interculturais.⁴ Para a avaliação dos resultados do ACE-R foram utilizados os seguintes pontos de corte: cognição normal (ACE-R acima de 70), declínio cognitivo leve (DCL) (ACE-R entre 69-65) e demência (ACE-R: abaixo de 64).⁹

Análise estatística

Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS, versão 17. As variáveis foram descritas através de frequências, médias e desvios padrões. O teste qui-quadrado de Pearson foi empregado para testar a associação entre as variáveis categóricas. As variáveis ordinais foram comparadas pelo teste de tendência linear do qui-quadrado. Na comparação das variáveis dicotômicas com uma variável quantitativa foi utilizado o teste t de Student. Os resultados foram considerados significativos quando $P < 0,05$.

Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da PUCRS e pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Porto Alegre, atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰ Todos os participantes ou seus representantes legais deram consentimento informado por escrito.

Resultados

Foram avaliados 256 indivíduos com média de idade de $70,8 \pm 7,12$ anos, na maioria mulheres (77,7%) e com 4 a 7 anos de estudo (32,2%). A prevalência de alteração cognitiva foi de 54,3% e 43,4% de demência.

Os idosos do grupo cognição normal eram mais jovens e com mais anos de estudo. Já aqueles com demência eram mais velhos, principalmente com 80 anos ou mais, e apresentavam menor escolaridade (Tabela 1).

TABELA 1 – Avaliação do Exame cognitivo Addenbrooke – versão revisada de acordo com dados sociodemográficos.

Variáveis	Total n (%)	ACE-R			p
		CN	DCL	DEMÊNCIA	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Gênero					
Feminino	199 (77,7)	89 (44,7)	21 (10,6)	89 (44,7)	0,707 [†]
Masculino	57 (22,3)	28 (49,1)	7 (12,3)	22 (38,6)	
Faixa etária					
60-69 anos	123 (48,0)	69 (56,1) ^{3,2}	11 (8,9)	43 (35,0) ^{-2,6}	0,001 [†]
70-79 anos	100 (39,1)	40 (40,0)	11 (11,0)	49 (49,0)	
80 anos ou mais	33 (12,9)	8 (24,2) ^{-2,7}	6 (18,2)	19 (57,6)	
Escolaridade					
Analfabeto	25 (10,7)	1 (4,0)	3 (12,0)	21 (84,0)	<0,001 [†]
1-3 anos	66 (28,3)	17 (25,8)	9 (13,6)	40 (60,6)	
4-7 anos	75 (32,2)	37 (49,3)	15 (20,0)	23 (30,7)	
8 anos ou mais	67 (28,8)	55 (82,1)	1 (1,5)	11 (16,4)	
TOTAL	256 (100)	117 (45,7)	28 (10,9)	111 (43,4)	

[†]Qui-quadrado de Pearson. [†]Qui-quadrado teste de tendência linear. ACE-R: Exame cognitivo Addenbrooke – versão revisada; CN: Cognição Normal; DCL: Declínio Cognitivo Leve.

A Tabela 2 demonstra os resultados da avaliação do ACE-R subdividindo os idosos que apresentam ou não doenças psiquiátricas. Quando estratificado o tipo de doença psiquiátrica, a

depressão foi o transtorno mais frequente (32,7%) e o que demonstrou a maior frequência de indivíduos classificados com demência (64,2%).

TABELA 2 – Avaliação do Exame cognitivo Addenbrooke – versão revisada de acordo com o Diagnóstico Psiquiátrico.

Variáveis	Total n (%)	ACE-R			p
		CN	DCL	DEMÊNCIA	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sem Doença Psiquiátrica	138 (53,9)	73 (52,9) ^{2,5}	18 (13,0)	47 (34,1) ^{-3,2}	0,005
Doença Psiquiátrica	118 (46,1)	44 (37,3) ^{-2,5}	10 (8,5)	64 (54,2) ^{3,2}	
Depressão	67 (32,7)	18 (26,9) ^{-3,5}	6 (9,0)	43 (64,2) ^{4,1}	<0,001
Ansiedade	13 (5,1)	7 (53,8)	1 (7,7)	5 (38,5)	0,844
Transtorno de Humor Bipolar	18 (7,0)	8 (44,4)	3 (16,7)	7 (38,9)	0,786
Depressão e Ansiedade	14 (5,5)	7 (50,0)	0	7 (50,0)	0,252
Outros Transtornos Psiquiátricos	6 (2,3)	4 (66,7)	0	2 (33,3)	0,610
	256 (100)	117 (45,7)	28 (10,9)	111 (43,4)	

ACE-R: Exame cognitivo Addenbrooke – versão revisada; CN: Cognição Normal; DCL: Declínio Cognitivo Leve.

As médias dos resultados por domínios do ACE-R foram descritos na Tabela 3, levando em consideração apenas os pacientes deprimidos em relação ao grupo normal. Para todos os domínios os idosos com depressão apresentaram médias menores de resultados. O domínio visoespacial foi o único em que não foi observada diferença estatística significativa, demonstrando apenas uma tendência ($p=0,054$).

TABELA 3 – Indivíduos normais e com depressão de acordo com a avaliação do Exame cognitivo Addenbrooke – versão revisada por domínio.

Domínios ACE-R	Sem Depressão	Com Depressão	P
	M ± DP	M ± DP	
Atenção e Orientação	14,70±2,78	13,49±2,61	0,003
Memória	15,15±5,78	12,27±5,43	0,001
Fluência	7,00±3,07	5,66±3,08	0,004
Linguagem	19,65±5,40	17,01±5,95	0,002
Visoespacial	11,69±3,83	10,56±4,02	0,054

M: média; DP: desvio padrão.

Discussão

Embora preocupantemente estudos têm demonstrado que a incidência de demência está aumentando ano após ano, os medicamentos, as intervenções biomédicas e de estilo de vida ainda não obtiveram sucesso em interromper, desacelerar ou reverter o curso dessa doença.¹¹ No presente estudo, com base em uma amostra de idosos que realizaram o teste cognitivo ACE-R, se pode destacar que indivíduos com idade mais avançada, baixa escolaridade e deprimidos apresentaram piores resultados na avaliação cognitiva.

Quanto mais avançada a idade maiores foram as prevalências de alteração cognitiva observadas. A variável idade representa uma das mais fortes associações com o diagnóstico de demência. Na literatura nacional e internacional são encontrados estudos com grandes populações que também demonstram essa associação.^{12,13,14}

Alguns estudos com pacientes em idades muito avançadas, acima de 90 anos, sugerem a ocorrência de um platô, evidenciando assim que a prevalência de demência aumenta significativamente com a idade, mas não com a mesma intensidade nas faixas etárias mais avançadas. É importante também que seja desmistificado que as alterações cognitivas, por exemplo o esquecimento, fazem parte do curso natural do envelhecimento, crença popular que muitas vezes atrasa a avaliação cognitiva do idoso. Conforme o estudo de Miranda et al.¹⁵ foi observado que o tempo entre o início dos sintomas demenciais e o diagnóstico foi maior do que deveria ser, isso devido ao fato das famílias e cuidadores acreditarem que os sintomas eram normais para a idade.

Outro importante achado está relacionado a escolaridade. Quanto mais anos de estudo melhores os resultados da avaliação cognitiva. Dados esses que concordam com a maioria dos estudos publicados e representam um risco seis vezes maior de demência na população brasileira com baixa escolaridade.^{16,17,18} Isso ocorre provavelmente porque os idosos com maior escolaridade realizam atividades diárias diversificadas e estão sujeitos a uma maior demanda cognitiva, sendo mais facilmente perceptíveis pequenas mudanças na cognição. Também é fundamental levar em consideração que esses indivíduos com maior escolaridade e, principalmente, com níveis elevados de reserva cognitiva demonstram resultados superiores de desempenho cognitivo, mesmo já tendo diagnóstico de Doença de Alzheimer.¹⁹ Provavelmente, os idosos com maior reserva cognitiva vivenciarão a sintomatologia de início da doença mais tarde. O construto da reserva cognitiva oferece uma visão positiva para abordar a crescente prevalência e incidência de demência, bem como proteger a função cognitiva²⁰. A educação continuada e a adição de tarefas complexas, mesmo no idoso, podem ser uma intervenção para ajudar as pessoas idosas.

Os transtornos psiquiátricos estão associados com piores resultados cognitivos, principalmente nos indivíduos com diagnóstico de depressão. Os sintomas depressivos são comuns em pacientes

idosos, sendo necessária uma boa avaliação para diferenciar sintomas depressivos sugestivos de início de um quadro demencial, pseudodemência ocorrida na depressão ou quadros sobrepostos. Aparentemente os transtornos afetivos estão relacionados com o risco maior de desenvolvimento dos quadros demenciais, o que pode ser constatado em um estudo de coorte, com 28 anos de acompanhamento.²¹ No curso da depressão geriátrica uma análise mostrou que o grupo com demência reversível (pseudodemência) teve uma chance 4,69 vezes maior de desenvolver demência no seguimento do que os pacientes com depressão isoladamente.²² Outros estudos ainda demonstraram que a prevalência de depressão pode ser de 30% na Doença de Alzheimer e na demência vascular, e mais de 40% na demência associada às doenças de Parkinson e Huntington.^{23,24} Achados esses que demonstram uma relação bidirecional entre depressão e demência. Em relação à aplicação do ACE-R nos pacientes deprimidos, o estudo desenvolvido por Beckert et al.²⁵ observou que os sintomas depressivos não modificam os valores dos testes realizados no ACE-R de idosos com baixa escolaridade.

Os idosos com depressão obtiveram pontuação média inferior em todos os domínios cognitivos avaliados quando comparados com indivíduos normais, com maior destaque: atenção e orientação, memória, fluência e linguagem. Considerando a hipótese que a depressão é uma doença de caráter inflamatório e de comprometimento da neurotransmissão, conclui-se que possa existir um prejuízo dos domínios cognitivos, especialmente da memória.²⁶ Em muitos casos de depressão o paciente pode cursar com capacidade diminuída para pensar, concentrar-se ou tomar decisões.²⁷ Os domínios da função executiva e da atenção, incluindo a memória são características centrais na depressão no idoso além dos sintomas de mau humor.²⁸

As limitações do estudo são decorrentes do delineamento transversal, o que impede a avaliação da casualidade e não permite conhecer o desfecho evolutivo da população estudada. Também podemos citar a escassez de dados em relação ao DCL,

explicado parcialmente pelo fato de que a busca por tratamento geralmente ocorre em estágios mais avançados da doença e pela dificuldade do diagnóstico. A força do presente estudo reside no tamanho da amostra, no rigor metodológico empregado para coleta de dados e no perfil diferenciado da casuística composta por idosos da comunidade de baixa renda e escolaridade, fornecendo dados relevantes sobre uma condição clínica e uma população pouco estudada em nosso país.

Conclusão

O perfil cognitivo e clínico psiquiátrico dos participantes do estudo observou que indivíduos com idade mais avançada, baixa escolaridade e deprimidos apresentaram piores resultados na avaliação cognitiva. É importante que os idosos, especialmente aqueles deprimidos, recebam uma avaliação cuidadosa do humor e da cognição. Em nosso país é evidente que a atenção primária à saúde não recebe a devida relevância, haja visto os escassos recursos empregados, o número limitado de consultas especializadas e os medicamentos para tratamento específico dessa população. Para que avanços na saúde pública sejam alcançados é necessário o desenvolvimento de estratégias, como medidas para diagnosticar precocemente e iniciar tratamento no momento adequado, assim minimizando os danos causados pelo atraso no diagnóstico e tratamento dos idosos com demência e depressão.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019. [Capturado 2019 Abr 21]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
2. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health

- Organization; 2017. [capturado 2019 Out 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=6ED79C2EEE9FEF970C6F92127E94541B?sequence=1>.
3. World Health Organization. Dementia. Geneva: World Health Organization; 2019 [capturado 2019 Out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia?>
4. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 2013;9(1):63-75. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>.
5. Chaves ML, Camozzato AL, Godinho C, Piazenski I, Kaye J. Incidence of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease in Southern Brazil *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2009;22(3):181-7. <https://doi.org/10.1177/0891988709332942>.
6. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M, Anghinah R, Charchat-Fichman H, Porto CS, Carthery MT, Hartmann AP, Huang N, Smid J, Lima EP, Takada LT, Takahashi DY. Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;18(4):241-6.
7. Andreasen P, Lönnroos E, von Euler-Chelpin MC. Prevalence of depression among older adults with dementia living in low- and middle-income countries: a cross-sectional study. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):40-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt014>.
8. Silva, AR, Sgnaolin, V, Nogueira, EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Non-communicable chronic diseases and sociodemographic associated with symptoms of depression in elderly. *J Bras Psiquiatria*. 2017;66(1):45-51. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>.
9. César KG, Yassuda MS, Porto FHG, Brucki SMD, Nitrini R. Addenbrooke's cognitive examination-revised: normative and accuracy data for seniors with heterogeneous educational level in Brazil. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(8):1345-53. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000734>.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. [capturado 2019 Out 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
11. Bowen CE, Kessler EM, Segler J. Dementia worry in middle-aged and older adults in Germany: sociodemographic, health-related and psychological correlates. *Eur J Ageing*. 2018 Feb;28;16(1):39-52. <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0462-7>.
12. Bottino CM, Azevedo D Jr, Tatsch M, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto J, et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(4):291-9. <https://doi.org/10.1159/000161053>.
13. Perera G, Pedersen L, Ansel D, Alexander M, Arrighi HM, Avillach P, Foskett N, Gini R, Gordon MF, Gungabissoon U, Mayer MA, Novak G, Rijnbeek P, Trifirò G, van der Lei J, Visser PJ, Stewart R. Dementia prevalence and incidence in a federation of European Electronic Health Record databases: The European Medical Informatics Framework resource. *Alzheimers Dement*. 2018 Feb;14(2):130-9. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.06.2270>.
14. Souza RKM, Barboza AF, Gasperin G, Garcia HDBP, Barcellos PM, Nishihara R. Prevalência de Demência em pacientes atendidos em um hospital privado no sul do Brasil. *Einstein (São Paulo)*. 2020;18:1-7
15. de Miranda LFJR, Matoso RO, Rodrigues MV, de Lima TOL, Nascimento AF, Carvalho FC, Moreira DRM, Fernandes JC, de Paula JJ, Magno LAV, Caramelli P, de Moraes EN. Factors influencing possible delay in the diagnosis of Alzheimer's disease Findings from a tertiary Public University Hospital. *Dement Neuropsychol*. 2011;5(4):328-331. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05040011>.
16. Bottino CM, Azevedo D Jr, Tatsch M, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto J, et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(4):291-9. <https://doi.org/10.1159/000161053>.
17. Correa Ribeiro PC, de Souza Lopes C, Lourenço RA. Prevalence of dementia in elderly clients of a private health care plan: a study of the FIBRA-RJ, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2013;35(1-2):77-86. <https://doi.org/10.1159/000345984>.
18. Darwish H, Farran N, Assaad S, Chaaya M. Cognitive Reserve Factors in a Developing Country: Education and Occupational Attainment Lower the Risk of Dementia in a Sample of Lebanese Older Adults *Front Aging Neurosci*. 2018;10:277. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00277>.
19. Sobral M, Pestana MH, Paul C. The importance of quantification of cognitive reserve. *Rev port enferm saúde mental*. 2014;12:51-8.
20. Farina M, Paloski LH, Oliveira CR, Argimon ILL, Irigaray TQ. Cognitive Reserve in Elderly and Its Connection with Cognitive Performance: A Systematic Review. *Ageing Int*. 2018;43(4):496-507. <https://doi.org/10.1007/s12126-017-9295-5>.
21. Singh-Manoux A, Dugravot A, Fournier A, Abell J, Ebmeier K, Kivimäki M, Sabia S. Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia: A 28-Year Follow-up Study. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jul 1;74(7):712-718. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0660>.
22. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. *Am J Psychiatry*. 1993;150(11):1693-9. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.11.1693>.
23. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psychiatry* 2011;24:461-72. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834bb9d4>.
24. Reijnders JS, Ehrt U, Weber WE, Aarsland D, Lentjens AF. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2008;23:183-9. <https://doi.org/10.1002/mds.21803>.
25. Beckert M, Loureiro F, Menta C, Mello EF, Nogueira EL, von Gunten A, Gomes I. Performance of low-educated elders with depression on Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ace-r) test. *Dement Neuropsychol*. 2016 Jan-Mar;10(1):19-25. <https://doi.org/10.1590/s1980-57642016dn10100004>.

26. Vismari L, Alves GJ, Palermo-Neto J. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. Rev Psiquiatr Clin. 2008;35(5):196-204. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000500004>.

27. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5, 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

28. Rock P, Roiser J, Riedel W, Blackwell A. Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2014;44(10):2029-40. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>.

Bruno Lodi

Especialista em Psiquiatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Paula Engroff

Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Francisco Pascoal Júnior

Doutor em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Guilherme Marcos Nogueira

Mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Vanessa Sgnaolin

Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) em Porto Alegre, RS, Brasil.

Alfredo Cataldo Neto

Doutor em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil; professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Vanessa Sgnaolin

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Av. Ipiranga, 6681, Prédio 81, 7 andar, sala 703

Partenon, 90619-900

Porto Alegre, RS, Brasil