



Avaliação de sintomas depressivos em idosos com e sem demência segundo a escala Cornell em um serviço de Homeopatia em Rio Branco, Acre

Leonardo Matos Santos¹, Kauan Alves Sousa Madruga¹, Luiz Fernando Melo Lima¹, Juliene de Oliveira Marques¹, Carlos Antônio de Arroxelas Silva¹, Milagros Leopoldina Clavijo Velazquez², Mônica da Silva-Nunes^{3*}

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil, ² Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil, ³ Docente da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil e Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil. *monicamamtra@gmail.com

Recebido em: 03/02/2023

Aceito em: 06/06/2023

Publicado em: 31/07/2023

DOI: <https://doi.org/10.29327/269504.5.1-10>

RESUMO

Tanto a demência quanto a depressão são frequentes no idoso, com comprometimento das funções funcionais e sociais. Pessoas com demência podem, ainda, apresentar sintomas depressivos. O objetivo do trabalho foi avaliar a ocorrência de sintomas depressivos em pacientes idosos portadores de demência ou não, usando-se a Escala Cornell, submetidos a homeopatia complementar no Hospital do Idoso da Fundação Hospitalar do Acre. Os participantes foram idosos em acompanhamento por sintomas cognitivos ou motores, que foram submetidos a uma entrevista com questionários individual e socioeconômico; avaliação cognitiva com o exame mini-mental; avaliação do grau da demência usando CDR; e avaliação de sintomas depressivos pela Escala de Cornell. Os diagnósticos de demência mais comuns foram Demência Fronto-Temporal, Demência de Alzheimer e Demência Vascular. A frequência de sintomas depressivos foi de 62,8%, na consulta inicial, sendo maior em pessoas com Demência Fronto-temporal provável (83,3%). Em participantes sem demência, a média da pontuação da Escala de Cornell de 9,08, e em pessoas com demência, de 13,6 pontos. Considerando-se a pontuação obtida na Escala Cornell na primeira consulta e o escore após o uso de homeopatia, houve redução significativa na última avaliação, sugerindo efeito do medicamento homeopático na melhora dos sintomas depressivos.

Palavras-chave: Escala Cornell. Demência. Homeopatia.

Evaluation of depressive symptoms in elderly people with and without dementia according to the Cornell scale in a homeopathic outpatient service in Rio Branco, Acre

ABSTRACT

Both dementia and depression are very frequent in the elderly, combined with loss of functional and social roles. Patients with dementia can also present depressive symptoms. The aim of this study was to evaluate the presence of depressive symptoms in elderly patients with and without dementia, undergoing complementary homeopathic treatment at the Hospital do Idoso, Fundação Hospitalar do Acre. Study participants were elderly people being monitored for cognitive or motor complaints. Participants underwent an interview with individual and socioeconomic questionnaires; Cognitive assessment with mini-mental

exam; Dementia severity assessment using CDR; Evaluation of depressive symptoms by Cornell scale. The most frequent diagnoses of dementia were Fronto-temporal dementia, Alzheimer's Dementia and Vascular Dementia. The frequency of depressive symptoms was 62.8% at the first visit. The frequency of depressive symptoms was higher in patients with probable Fronto-temporal dementia (83.3%). In patients without dementia, the mean score was 9.08, while in patients with dementia, it was 13.6 points. Considering the score obtained on the Cornell scale in the first assessment and the score after treatment, there was a significant reduction in this score in the last assessment, suggesting the effect of homeopathic treatment on the improvement of depressive symptoms.

Keywords: Cornell Scale, Dementia, Homeopathy.

INTRODUÇÃO

É crescente a atenção dada ao idoso no mundo inteiro. A Organização Mundial da Saúde - OMS estabelece que a idade de 65 anos é o início da senescência, para países desenvolvidos, e 60, para países em desenvolvimento. De forma proporcional, a faixa de vida de 60 anos ou + é a que mais cresce mundialmente. Algumas projeções estatísticas destacam que o número de idosos brasileiros no intervalo de 1950 à 2025 terá aumentado em 15 vezes, enquanto no restante da população, em 5 vezes (WHO, 2021). A senescência traz várias mudanças neuropsicológicas, como déficits cognitivos, alterações na memória, manifestação de episódios de confusão, no sono, além de alguns distúrbios psicológicos e alterações nas atividades da vida diária (AVD), que podem se relacionar com sintomas demenciais e depressivos.

Atualmente, se define demência como uma condição que ocorre redução cognitiva comparado a um nível prévio do indivíduo, com comprometimento de suas funções funcionais e sociais, sendo uma das maiores causas de morbidade entre idosos e sua prevalência está entre 2% e 25% das pessoas com 65 anos ou mais no mundo inteiro (LAURENT et al., 2020). As demências podem ter várias causas, tais como as Demências primárias, que são decorrentes de atrofia cortical, sendo o exemplo mais frequente de Alzheimer, seguida da Demência Fronto-temporal e a Demência de Corpos de Lewis; as Demências vasculares, que são decorrentes de atrofia subcortical e com a informação de ataques isquêmicos com breve alteração da consciência; e as Demências secundárias que seriam decorrentes de outras doenças, como hipotireoidismo, AIDS, consumo excessivo de álcool, deficiência de vitamina B12, sífilis, entre outras (PARMERA et al., 2015).

A depressão consiste em uma enfermidade mental bastante frequente no idoso, associada a elevado grau de sofrimento psíquico. Na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15%. Já em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14% e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (ALEXOPOULOS, 2005). Se não tratada, a depressão aumenta o

risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (MEDEIROS et al., 2010). Por outro lado, na própria demência a alteração de circuitos corticais pode levar ao aparecimento de sintomas depressivos. Ainda, alguns estudos longitudinais sugerem que a depressão pode anteceder o desenvolvimento de demência ou mesmo constituir um fator de risco para o aparecimento de demência. Esses fatores apontam para a necessidade de se utilizar instrumentos específicos para a avaliação de sintomas depressivos em pessoas com demência (CARTHERY-GOULART et al., 2007).

A Escala Cornell de Depressão em Demência (ECDD), traduzida para o português, é uma escala que auxilia em pesquisa farmacológica e em estudos clínicos sobre a evolução de sintomas psiquiátricos e depressivos em sujeitos com demência (ALEXOPOULOS et al., 1988). Mostrou-se muito confiável, válida e sensível. Foi elaborada de maneira a obter informações, não somente pelo exame clínico do paciente, mas também por meio de questionário que pode ser aplicado ao cuidador/familiar presente na consulta. Sua utilização é indicada quando o objetivo é quantificar os sintomas e não diagnosticar o paciente. Também foi validada para pacientes geriátricos sem demência (CARTHERY-GOULART et al., 2007). Carthery-Goulart et al., (2007) avaliaram 29 pacientes com DA provável, leve a moderada, segundo os critérios da NINCDS-ADRDA, utilizando a versão brasileira da Escala Cornell de Depressão em Demência (CSDD), e tal mostrou-se de fácil aplicação, e boa confiabilidade intra-examinador ($Kappa=0,77$; $p<0,001$) e entre examinadores ($kappa=0,76$ e $p<0,001$), estando, portanto, validada para aplicação no Brasil.

Em 2006, o governo brasileiro lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tendo como objetivos principais a prevenção de agravos, a promoção e recuperação da saúde, a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; e o controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado os usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A Homeopatia, uma das terapias apoiadas pela PNPIC, é baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Todos esses medicamentos possuem sintomas que lhe são atribuídos, ou seja, quando tomados, dão origem a esses sintomas. Entretanto, se o paciente apresentar um desses sintomas específicos de um remédio, e ingerir esse remédio, o medicamento será capaz de enfraquecer e anular esse sintoma no organismo, princípio esse chamado de “Lei dos Semelhantes”, descrito por Hipócrates e desenvolvido por Hahnemann. Dentre os variados tipos de sintomas, os mentais são os mais abundantes na Homeopatia. A depressão é um dos principais motivos para o uso de terapias complementares nos Estados Unidos e a terapia homeopática é uma das alternativas terapêuticas procuradas por esses pacientes, já que o tratamento alopático, embora seja efetivo, trazem efeitos adversos frequentes para os idosos (ADLER et al., 2008).

O foco do trabalho foi avaliar a ocorrência de sintomas depressivos em pacientes idosos portadores ou não de demência, submetidos a terapia homeopática complementar no Hospital do Idoso da Fundação Hospitalar do Acre.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes e época de estudo

Os participantes foram recrutados entre os pacientes do Hospital do Idoso da Fundação Hospitalar do Acre (FUNDHACRE) que faziam acompanhamento com homeopatia nesse serviço. Idosos que estavam em investigação de déficits cognitivos ou que já tinham um diagnóstico confirmado e que foram referenciados para tratamento com homeopatia, mas que ainda não haviam começado a fazer uso da medicação foram convidados a participar da pesquisa. As informações foram coletadas de agosto de 2019 a maio de 2021.

Coleta de dados

Todos os participantes foram entrevistados usando-se os seguintes instrumentos: a) Dados individuais e socioeconômicos; b) Avaliação cognitiva breve com o Exame Mini-Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017); c) Mensuração do grau de demência (funcional) com a Escala CDR (Ministério da Saúde, 2017); d) Avaliação da escala Cornell para depressão em demência validada no Brasil por Carthery-Goulart et al., 2007.

Os prontuários dos participantes foram consultados após permissão por escrito do paciente ou responsável legal, para coleta de informações sobre outras medicações em uso, diagnóstico final, resultados de exames e outros. A classificação dos participantes

encontra-se descrita em Marques et al. (2022), e foi feita conforme Mckhann et al. (2011), Galucci et al., (2005) e Raskovsky et al., (2011).

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP-UFAC (número do parecer 3.451.189). Os participantes sem demência que concordaram em participar do estudo após esclarecimentos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início do estudo. O responsável legal do participante com demência foi convidado a assinar também um TCLE após os devidos esclarecimentos.

Análise de dados

Os dados foram avaliados no *software* SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences). A resposta a cada item da escala de Cornell foi classificada em ‘impossível de avaliar’, ‘ausente’, ‘leve’ ou ‘intensa’, sendo atribuídos os valores de 0, 1 e 2 para as três últimas categorias, respectivamente. Efetuou-se a somatória dos valores obtidos para as 19 perguntas da Escala, obtendo-se assim o escore total. O escore total foi classificado em ‘presença de sintomas depressivos significativos’ para pontuações igual ou maior que 8, e ‘ausência de sintomas depressivos significativos’ para pontuações até 8. A análise foi feita de três maneiras: usando-se a pontuação total, o escore obtido para cada item e a variável categorizada.

A comparação das variáveis categóricas e das variáveis numéricas foi feita conforme descrito em Marques et al. (2022). Resumidamente, usou-se o Teste do Qui-quadrado de Pearson ou de Fisher, com as devidas correções, quando necessário, para as variáveis categóricas. Para a análise de médias, foi usado o teste de Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov, conforme a pertinência. Testes não-paramétricos foram usados quando necessário.

A relação entre variáveis numéricas com distribuição normal (idade e escore de Cornell, idade e MEEM, MEEM e escore Cornell) foi avaliada com a correlação de Pearson. O teste de classificação de assinaturas de Wilcoxon foi usado para analisar as diferenças entre medias de variáveis dependentes (os escores de Cornell na primeira consulta e quando do retorno). Adotou-se o valor de 5% como significância nas análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Variáveis clínicas e socioeconômicas dos participantes

A amostra de estudo foi de 43 idosos avaliados na primeira consulta ao serviço de atendimento homeopático, entre agosto de 2019 e março de 2021. Cerca de 48,8% eram homens e 51,2% mulheres. A idade variou entre 59 e 93 anos, com média de 75,74 anos (Desvio Padrão de 8,66 anos) e mediana de 76 anos.

Em relação ao estado civil, 46,5% tinham parceiro (casados, amasiados ou estavam em união estável), e 53,3% eram solteiros, viúvos, separados ou divorciados. Somente dois participantes com demência residiam sozinhos, mas tinham companhia de parentes ou de cuidador, sendo que os 41 idosos restantes moravam com o esposo (a), filho (a) e/ou outros familiares. Dos 43 participantes, 90,7% eram aposentados. A renda pessoal variou de zero a 18.000 reais, com mediana de 1045 reais, e média de 1895,37 reais (DP = R\$ 2696,16). Cerca de 62,8% dos participantes tinham renda familiar de até 1 salário mínimo, e somente 37,2% tinham renda familiar maior do que 1 salário mínimo. Grande parte dos idosos era aposentada (n=39, 90,7%).

Desses 43 idosos, 30 tinham diagnóstico clínico de demência efetuado através de pelo menos um teste neuropsicológico (MEEM ou CDR), e 13 não tinham demência. Os diagnósticos mais comuns foram Demência Fronto-Temporal (n=12), Demência de Alzheimer (n=6) e demência vascular (n=6), sendo que nos demais pacientes a demência não tinha causa definida pela falta de exames diagnósticos. Dos participantes sem demência clínica, os principais diagnósticos eram déficit de memória (n=6), doença cerebrovascular (n=3) e doença de Parkinson (n=4).

O uso de medicamentos antidepressivos foi de 15,4% em participantes sem demência e 43,3% em pacientes com demência, totalizando 34,9% dos participantes (p = 0,096). (Tabela 1). Os antidepressivos mais usados por idosos com demência foram Citalopram (n=5), Sertralina (n=3), e Escitalopram (n=3), seguidos de Mirtazapina (n=1), Trazodona (n=1) e a combinação de Escitalopram + Sertralina (n=1). Em participantes sem demência, somente dois usavam antidepressivos (Mirtazapina e a combinação de Citalopram + Trazodona).

Não houve diferenças com significância estatística nas variáveis epidemiológicas dos participantes com demência e sem demência, exceto pela idade, que foi maior nos participantes com demência (p = 0,035). A avaliação do estadiamento de demência pelo teste CDR mostrou que os pacientes sem demência clínica tinham score 0 (normal) ou

0,5 (demência questionável), enquanto os idosos com demência clínica tiveram escore 0,5 em 20%, demência leve em 30%, moderada em 26,7% e grave em 23,3%. Os escores do MEEM foram menores no grupo com demência clínica (média de 8,90, DP de 6,30) do que no grupo sem demência (média de 22, DP de 4,30), com $p < 0,001$.

Prevalência de sintomas depressivos segundo a escala de Cornell na consulta inicial

A prevalência de sintomas depressivos segundo a escala Cornell foi de 62,8% (n=27), quando da consulta inicial no ambulatório de Homeopatia (Tabela 1). A frequência foi um pouco maior em homens (66,7%) do que em mulheres (59,1%). A prevalência de sintomas depressivos foi de 68,8% em analfabetos, 62,5% entre 1 e 4 anos de escolaridade, e 60% naqueles que tinham acima de 4 anos de escolaridade. Houve uma tendência de diminuição da frequência de sintomas depressivos conforme houve aumento da escolaridade. A presença de sintomas depressivos também foi ligeiramente maior em idosos que recebiam até 1 salário-mínimo (66,7%) do que nos que recebiam mais de um salário mínimo (56,2%). Idosos sem parceiro afetivo tiveram mais frequentemente sintomas depressivos (69,6%) do que idosos com companheiro (n=55%). Também tiveram mais frequentemente sintomas depressivos os participantes com diagnóstico de demência (66,7%), em comparação aos que não tinham demência (53,8%). Apesar de algumas diferenças, nenhuma dessas comparações alcançou significância estatística (Tabela 1).

A Tabela 1 mostra também a ocorrência de sintomas depressivos no grupo de 43 participantes, e na condição de presença e ausência de demência, no início do tratamento no ambulatório de Homeopatia. Analisando os dados estratificados pela presença ou não de demência, a frequência de sintomas depressivos foi similar à da amostra total em relação ao estado civil, renda familiar, aposentadoria.

Já quanto ao sexo, os sintomas depressivos foram mais comuns em homens com demência (78,6%) do que em mulheres (56,2%), enquanto que em pessoas sem demência a prevalência foi maior no sexo feminino (66,7%) do que no sexo masculino (42,9%). A frequência de sintomas depressivos aumentou discretamente em pacientes com demência com maior escolaridade (66,7% em pacientes analfabetos e 71,4% nos que tinham mais do que 4 anos de escolaridade), enquanto que a frequência desses sintomas diminuiu ligeiramente em pacientes sem demência conforme houve aumento da escolaridade. Entretanto, essas diferenças observadas não atingiram significância estatística (Tabela 1).

A frequência de sintomas depressivos foi praticamente a mesma em idosos que tomavam antidepressivos (n=60,7%) e naqueles que não faziam uso de antidepressivos (66,7%), independente da demência. Entretanto, quando analisado separadamente, pacientes sem uso de antidepressivos e com demência tiveram mais frequentemente sintomas depressivos (70,6%) do que participantes sem demência que não estavam usando antidepressivos (45,5%), sem alcançar significância estatística (p =0,752) (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de sintomas depressivos segundo a escala Cornell em pacientes com e sem diagnóstico de demência na primeira avaliação, Rio Branco, Acre.

VARIÁVEIS	Prevalência de sintomas depressivos segundo a escala Cornell										
	SEM DEMÊNCIA (n=13)			P	COM DEMÊNCIA (n=30)			P	TOTAL (n= 43)		P
	N	n	%		N	n	%		N	n (%)	
SEXO											
Masculino	7	3	42,9%	0,592 ^f	14	11	78,6%	0,260 ^f	21	14 (66,7%)	0,755 ^q
Feminino	6	4	66,7%		16	9	56,2%		22	13 (59,1%)	
ESCOLARIDADE											
Não-escolarizado	4	3	75,0%	0,559 ^f	12	8	66,7%	1,000 ^f	16	11 (68,8%)	0,746 ^q
Escolarizado	9	4	44,4%		17	12	70,6%		26	16 (61,5%)	
RENDA FAMILIAR											
Menor ou = a 1 S.M.	9	5	55,6%	1,00 ^f	18	13	72,2%	0,461 ^f	27	18 (66,7%)	0,530 ^q
> 1 S.M.	4	2	50,0%		12	7	58,3%		16	9 (56,2%)	
ESTADO CIVIL											
Solteiro, viúvo, separado ou divorciado	7	4	57,1%	1,00 ^f	16	12	75,0%	0,442 ^f	23	16 (69,6%)	0,361 ^q
Casado, amasiado, união estável	6	3	50,0%		14	8	57,1%		20	11 (55,0%)	
APOSENTADO											
Não	3	1	33,3%	0,559 ^f	1	1	100%	1,000 ^f	4	2 (50,0%)	0,621 ^f
Sim	10	6	60,0%		29	19	65,5%		39	25 (64,1%)	
USO DE ANTIDEPRESSIVOS											
Não	11	5	45,5%	0,462 ^f	17	12	70,6%	0,705 ^f	28	17 (60,7%)	0,752 ^q
Sim	2	2	100,0%		13	8	61,5%		15	10 (66,7%)	
TOTAL	13	7	53,8%		30	20	66,6%		43	27 (62,8%)	

^qTeste do Qui-Quadrado de Pearson; ^fTeste Exato de Fisher; S.M. = Salário-mínimo

A frequência de sintomas depressivos foi maior em participantes com DFT provável ou possível (83,3%) sendo de 66,7% em participantes com demência de Alzheimer e 50% em participantes com demência vascular ou de etiologia não-definida, porém sem ser estatisticamente significativa ($p = 0,302$). Já em participantes sem demência, a ocorrência de sintomas depressivos foi menor nos participantes com doença de Parkinson (25%) do que nos participantes com doença cerebrovascular (66,7%) ou apenas com déficit de memória (66,7%). Essas diferenças não atingiram significância estatística, entretanto ($p = 0,465$). Entre os participantes com demência, a ocorrência de sintomas depressivos variou conforme o estágio da demência, sendo maior nos participantes com demência moderada ou grave (CDR 2 e 3; 86,7%) e menor nos participantes que tinham demência leve (CDR 0,5 ou 1; 46,7%), com significância estatística limítrofe ($p = 0,05$).

A média de idade foi similar entre participantes com e sem sintomas depressivos (78,10 anos e 76,5 anos, respectivamente; $p = 0,428$); a média de escore do MEEM foi de 8,20 nos participantes com sintomas depressivos e 10,30 nos participantes sem sintomas depressivos ($p = 0,414$).

No subgrupo de participantes sem demência, a ocorrência de sintomas depressivos também variou de acordo com o resultado do CDR, sendo de 33,3% em participantes com CDR 0 e 60% em participantes com CDR 0,5, porém sem ser estatisticamente significativa ($p = 0,559$). Tanto a idade quanto o escore do MEEM foram similares nesse subgrupo: a média de idade em participantes com sintomas depressivos foi de 71,57 anos, e nos pacientes sem sintomas depressivos foi de 72 anos ($p = 0,788$); o escore médio do MEEM foi de 20,71 pontos e 23,20 pontos nos pacientes com e sem sintomas depressivos, respectivamente ($p = 0,451$).

Escore da escala Cornell na primeira avaliação

O escore da escala Cornell nos participantes foi de 12,23 pontos (DP=8,00), sendo a mediana de 11 pontos (mínimo de 1 e máximo de 32 pontos). Naqueles participantes sem demência ($n = 30$), a média do escore foi de 9,08 pontos (DP=5,76), sendo a mediana de 8 (mínimo de 3 e máximo de 22 pontos). Em participantes com demência, a média foi de 13,6 pontos (DP = 8,52), com mediana de 12,5 pontos, mínimo de 1 e máximo de 32 pontos ($p = 0,089$, Teste t de Student) (Tabela 2).

Ao comparar as pontuações obtidas em relação as características epidemiológicas, não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 2). Entretanto, os escores dos participantes que usavam antidepressivo foi bem maior do que os que não usavam antidepressivos no subgrupo sem demência, apesar de não atingir significância estatística. Já as pontuações dos pacientes sem uso de antidepressivos no subgrupo com demência foi próximo dos participantes em uso de antidepressivos ($p = 0,272$).

Quanto ao escore dos sintomas depressivos conforme o diagnóstico principal, os participantes com demência fronto-temporal provável ou possível tiveram os maiores escores (média de 16,83, DP =9,2, mediana de 14 pontos) do que os participantes que tinham Demência de Alzheimer provável (média de 11,50 pontos, DP = 7,5; mediana de 12,5 pontos) e demência vascular (média de 14 pontos, DP = 6,2 pontos, mediana de 16 pontos), enquanto os pacientes com demência de etiologia não-definida tiveram os escores mais baixos (média de 10,56 pontos, DP = 8,3, mediana de 7 pontos). Apesar disso, as diferenças não foram estatisticamente significantes ($p = 0,370$). No subgrupo de participantes sem demência, aqueles com doença de Parkinson obtiveram os menores escores (média de 7,25, DP = 3,4, mediana de 6,5 pontos) e os participantes com déficit de memória os maiores escores (média de 9,17 pontos, DP = 5,6 pontos, mediana de 9 pontos), também sem ser estatisticamente significativa ($p = 0,689$).

Tabela 2 – Escore da escala de Cornell segundo variáveis epidemiológicas e presença ou ausência de demência, Rio Branco, Acre.

VARIÁVEIS	SEM DEMÊNCIA (n=13)			COM DEMÊNCIA (n=30)			TOTAL (n= 43)		
	M (DP)	m	P	M (DP)	m	P	M(DP)	m	P
SEXO									
Masculino	9,14 (6,3)	7	0,967	14,79 (8,3)	14	0,486	12,90 (8,0)	11	0,597
Feminino	9,00 (5,6)	8,5		12,56 (8,8)	10,50		11,59 (8,1)	9,5	
ESCOLARIDADE									
Não-escolarizado	10,0 (3,4)	9	0,718	11,75 (6,7)	11	0,241	11,31 (5,9)	10,5	0,474
Escolarizado	8,67 (6,6)	6		15,53 (9,3)	14		13,15 (9,0)	11,5	
RENDA FAMILIAR									
Menor ou = a 1 S.M.	10,33(6,4)	9	0,255	14,33 (9,4)	12,5	0,573	13,0 (8,6)	11	0,421
Maior do que 1 S.M.	6,25 (2,6)	6		12,50 (7,1)	12,5		10,94 (6,7)	8,5	
ESTADO CIVIL									
Solteiro, viúvo,	9,86 (6,9)	8	0,620	13,19 (7,1)	14	0,782	12,17 (7,0)	12	0,960

separado ou divorciado									
Casado, amasiado, união estável	8,17 (4,4)	8		14,07(10,1)	11		12,30 (9,1)	9	
APOSENTADO									
Não	5,67 (2,5)	6	0,260	24	24	0,220	10,25 (9,3)	7	0,609
Sim	10,1 (6,1)	9		13,24 (8,4)	11		12,44 (7,9)	11	
USO DE ANTIDEPRESSIVOS									
Não	7,64 (4,4)	7	0,074**	15,12 (9,3)	14	0,272	12,18 (8,5)	10	0,953
Sim	17 (7,0)	17		11,6 (7,1)	11		12,33 (7,1)	11	
TOTAL	9,08 (5,7)	8	--	13,60 (8,5)	12,5	--	12,23 (8,0)	11	0,089

M= média; m= mediana, DP = desvio-padrão; *Teste t de Student; ** Teste U de Mann-Whitney

Os escores também foram progressivamente maiores à medida que a gravidade da demência avaliada pelo CDR foi maior, tendo média de 7,5 pontos (DP = 6,1 pontos e mediana de 5,5 pontos) nos pacientes com CDR 0,5 e média de 16,86 pontos (DP = 9,38 pontos e mediana de 14 pontos) em pacientes com demência grave (CDR 3), mas também sem atingir o valor de P de 5% ($p = 0,125$).

Não houve correlação significativa entre idade e escore do teste de Cornell tanto nos participantes do estudo ($C = 0,033$, $p = 0,833$, $n = 43$) como nos grupos com demência (Coeficiente de Correlação de Pearson = $-0,140$, $p = 0,462$, $n = 30$) e sem demência (Coeficiente de Correlação de Pearson = $0,199$, $p = 0,514$).

Quanto menor o MEEM, maior a pontuação na escala de Cornell nos 43 pacientes (Coeficiente de Correlação de Pearson = $-0,342$, $p = 0,025$), entretanto a significância deixou de existir quando avaliado separadamente os participantes com (Coeficiente de Correlação de Pearson = $-0,216$, $p = 0,252$) e sem demência (Coeficiente de Correlação de Pearson = $-0,291$, $p = 0,335$).

Itens da escala Cornell na primeira avaliação

Avaliando-se os itens da escala de Cornell individualmente, houve diferença no escore médio no item ‘falta de reação a eventos prazerosos’, ‘agitação’, ‘perda do interesse’, ‘variações diurnas de humor’, e ‘despertar precoce’ entre participantes com e sem demência, sendo os escores significativamente maiores no grupo com demência do que sem demência ($p < 0,05$, Tabela 3). Não houve diferenças nos escores em relação ao

diagnostico principal, resultado do CDR e uso de medicação antidepressiva em ambos os subgrupos (dados não mostrados).

Retorno dos pacientes

Dos 43 participantes do estudo, 26 continuaram o tratamento com Homeopatia, tendo sido reavaliados presencialmente (1 a 7 retornos) entre agosto de 2019 e março de 2021. Cinco pacientes não começaram tratamento e 12 participantes começaram a terapia e foram acompanhados por telemedicina durante a pandemia, mas não retornaram para reavaliação presencial.

Por causa da pandemia que começou em março de 2020, os intervalos entre as reavaliações desses participantes variaram, pois a FUNDHACRE fechou por um semestre, só funcionando através de teleconsulta. A média de tempo entre a primeira consulta e a última foi de 191 dias ou 6 meses e 11 dias (desvio padrão de 162 dias), com mediana de 117 dias, mínimo de 18 dias e máximo de 512 dias (1 ano e 5 meses). Dos 43 pacientes, 26 efetuaram pelo menos 1 retorno presencial, 16 efetuaram pelo menos dois retornos presenciais, 11 efetuaram pelo menos 3 retornos presenciais, 4 efetuaram pelo menos 4 retornos presenciais, e 2 pacientes efetuaram 6 retornos presenciais, dos quais 1 fez ainda um sétimo retorno presencial.

Tabela 3 – Escore da Escala Cornell por itens em pacientes com e sem demência, Rio Branco, Acre.

VARIÁVEIS	SEM DEMÊNCIA (n=13)		COM DEMÊNCIA (n=30)		TOTAL (n= 43)		
	M (DP)	m	M (DP)	m	M(DP)	m	P*
Sinais Relacionados ao Humor							
Ansiedade	0,85 (0,68)	1	1,00 (0,69)	1	0,95 (0,68)	1	0,502
Tristeza	1,00 (0,81)	1	0,83 (0,69)	1	0,88 (0,73)	1	0,520
Falta de Reação a Eventos Prazerosos	0,31 (0,63)	0	0,97 (0,96)	1	0,77 (0,92)	0	0,036
Irritabilidade	0,77 (0,83)	1	1,17 (0,74)	1	1,05 (0,78)	1	0,132
Distúrbios de Comportamento							
Agitação	0,31 (0,63)	0	1,07 (0,86)	1	0,84 (0,87)	1	0,008
Retardo	0,31 (0,630)	0	0,73 (0,86)	0	0,60 (0,82)	0	0,123
Queixas Físicas Múltiplas	0,15 (0,37)	0	0,50 (0,73)	0	0,40 (0,66)	0	0,136
Perda de Interesse	0,38 (0,50)	0	1,10 (0,860)	1	0,88 (0,83)	1	0,011
Sinais Físicos							
Perda do Apetite	0,62 (0,65)	1	0,77 (0,89)	0	0,72 (0,82)	0	0,762
Perda de Peso	0,62 (0,65)	1	0,73 (0,90)	0	0,70 (0,83)	0	0,896

Falta de Energia	0,77 (0,72)	1	0,70 (0,83)	0	0,72 (0,79)	1	0,666
Funções Cíclicas							
Variações Diurnas de Humor	0,15 (0,37)	0	0,67 (0,75)	0,5	0,51 (0,70)	0	0,027
Dificuldade para dormir	0,92 (0,95)	1	0,97 (0,99)	0,5	0,95 (0,97)	1	0,906
Desperta Muitas Vezes Durante o Sono	1,00 (0,91)	1	1,07 (0,98)	1,5	1,05 (0,95)	1	0,816
Despertar Precoce	0 (0)	0	0,77 (0,89)	0	0,53 (0,82)	0	0,004
Distúrbios de Ideação							
Suicídio	0,31 (0,63)	0	0,19 (0,56)	0	0,23 (0,58)	0	0,393
Baixa Autoestima	0,23 (0,59)	0	0,12 (0,33)	0	0,16 (0,43)	0	0,714
Pessimismo	0,15 (0,55)	0	0,16 (0,47)	0	0,16 (0,49)	0	0,729
Delírios congruentes com o humor	0,15 (0,55)	0	0,28 (0,61)	0	0,24 (0,59)	0	0,369

*Teste U de Mann-Whitney; M = média, DP = desvio-padrão, m = mediana

Frequência de sintomas depressivos antes e após o tratamento

Considerando apenas os idosos que foram submetidos a uma segunda avaliação (n=26), a frequência de sintomas depressivos em 26 idosos antes do início da terapia com medicamentos homeopáticos foi de 50%. A frequência de sintomas depressivos na última avaliação foi de 30,8%. Dos 13 participantes com sintomas depressivos na primeira consulta, somente 5 (38,5%) ainda apresentam sintomas depressivos na última consulta. Dos 13 pacientes sem sintomas depressivos na primeira avaliação, 10 continuavam sem sintomas depressivos (76,9%) e 3 passaram a apresentar sintomas depressivos (23,1%). Essas diferenças não chegaram a atingir o valor de P crítico de 5% ($p = 0,673$). Não houve também diferença entre a proporção de participantes com sintomas depressivos antes e após o tratamento estratificando-se pelo uso de antidepressivos ($p = 0,294$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de sintomas depressivos antes e após o tratamento homeopático, Rio Branco, Acre.

Resultado segundo a escala de Cornell

Uso de antidepressivos	Classificação na primeira avaliação	Classificação na última avaliação		Total	Valor de P*
		Sem sintomas depressivos	Com sintomas depressivos		
Sim	Sem sintomas depressivos	2 (50%)	2 (50%)	4 (44,4%)	1,00
	Com sintomas depressivos	3 (60%)	2 (40%)	5 (55,6%)	
	Total	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9	
Não	Sem sintomas depressivos	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (52,9%)	0,294
	Com sintomas depressivos	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (47,1%)	
	Total	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17	
TODOS	Sem sintomas depressivos	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (50%)	0,673

Com sintomas depressivos	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (50%)
Total	18 (69,2%)	8 (30,8%)	26

*Teste Exato de Fisher

Considerando-se o escore obtido na escala Cornell na primeira consulta desses 26 pacientes (média de 11,04 pontos, DP = 8,31, mínimo de 1 e máximo de 32 pontos, mediana de 8 pontos) e o escore após tratamento (média de 6,77, DP = 6,43, mínimo de 0 e máximo de 24, mediana de 5 pontos), houve redução significativa nesse escore na última consulta ($p = 0,034$, Wilcoxon Signed Ranks Test) (Tabela 5).

Tabela 5 - Escores da Escala de Cornell em pacientes com e sem demência antes e após o tratamento homeopático, Rio Branco, Acre.

Paciente n.	DEMÊNCIA	Escore da Escala de Cornell			Intervalo de tempo entre a 1ª consulta e a última
		Escore 1ª consulta	Escore última avaliação	Valor de P*	
1	sim	11	26		1m
2	sim	4	0		17m
3	sim	23	9		16m
4	não	4	0		1m
5	não	4	9		13m
7	sim	32	20		1m
9	não	6	5		8m
10	sim	19	22		6m
12	sim	28	7		11m
14	não	22	5		11m
17	sim	18	8		10m
21	não	7	5		11m
22	sim	1	3		10m
23	sim	14	5		11m
26	sim	3	0		10m
28	sim	11	17		1m
29	sim	10	15		4m
30	sim	5	13		<1m
32	sim	16	3		3m
33	sim	6	4		3m
34	sim	14	6		2m
35	não	3	2		3m
36	sim	7	24		1m
38	sim	7	2		1m
41	não	9	3		1m
43	não	3	2		1m
Media (DP)		11,04 (8,31)	6,77 (6,43)	0,034*	6m11dias (5m12d)
Mediana		8	5		

* Wilcoxon Signed Ranks Test (teste de classificações assinadas por Wilcoxon)

O Elsi- Brasil, estudo feito em mais de 70 municípios de todas as regiões do Brasil, apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde, sendo que 83,1% realizaram pelo menos uma

consulta médica nos últimos 12 meses. O estudo mostrou também que, atualmente, os idosos representam 14,3% dos brasileiros, ou seja, 29,3 milhões de pessoas (ELSI-BRAZIL, 2015–2016). Há uma predominância de usuários idosos do sexo feminino (ELSI-BRAZIL, 2015–2016), o mesmo encontrado neste estudo. A idade dos pacientes deste estudo foi maior do que a do perfil mais comum de idoso usuário do SUS (ELSI-BRAZIL, 2015–2016), por se tratar de idosos com demência, que costuma atingir faixas etárias mais elevadas.

De acordo com dados do IBGE, em um estudo feito nos anos de 2012-2019, a média de anos escolares (população entre 18 e 29 anos) no estado do Acre é de 11,1 anos, um pouco abaixo da média de anos no Brasil inteiro verificada no mesmo período, de 11,6 anos (IBGE, 2019). Já no presente estudo, por se tratar de idosos, a escolaridade média foi bem abaixo da escolaridade média da população jovem acreana, uma vez que apenas 23,8% dos idosos participantes possuíam mais que 4 anos de estudo. Amaral e colaboradores (2010) também encontram uma baixa escolaridade em idosos no interior do Acre (79,9 %) com menos de 4 anos de estudo (AMARAL et al., 2010).

A renda média do estado do Acre, segundo dados do IBGE (2021), e de cerca de um salário-mínimo (R\$ 917,00 em 2020), semelhante ao que foi encontrado nos participantes do estudo. Essa baixa renda é uma característica dos usuários do SUS, tendo sido encontrada também em outros estados (ALVES et al., 2008).

A prevalência de demência em idosos brasileiros varia conforme o estudo. Em 2015, um estudo de Lentsk et al., (2015) encontrou 37,6% em idosos em Guarapuva-RS; e Andrade et al., (2015) relataram 4,9% em população rural, no interior do Amazonas.

Estudos sobre prevalência de demência em ambulatório de pacientes acima de 60 anos a DV teve prevalência de 45,6%, a DA teve prevalência de 35,4%, causas mistas tiveram 8,2%, causas inespecíficas 0,6%, Doença de Parkinson 4,4% e outras condições médicas tiveram 5,7% de prevalência (LENTSCK et al., 2015). No presente estudo, predominou a DFT provável, seguida de DA. Essa diferença na prevalência provavelmente é resultado do tipo de amostragem (de conveniência), uma vez que os pacientes eram encaminhados por outros médicos do serviço.

A prevalência de depressão foi um pouco maior em homens. Quando se divide em pacientes com e sem demência, os sintomas depressivos também foram mais frequentes em pacientes do sexo masculino do que no sexo feminino, enquanto que em pacientes sem demência a frequência foi maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Estudos

prévios mostram que as mulheres procuram mais ajuda para sintomas mentais do que os homens, além de falar mais abertamente sobre suas situações de vida (BARCELOS-FERREIRA et al., 2010).

A prevalência de sintomas depressivos foi maior em analfabetos, e decresceu de acordo com o aumento da escolaridade. A associação entre sintomas depressivos e baixos níveis educacionais então de acordo com dados da literatura. Pacientes com maior nível de escolaridade são mais bem informados e têm melhor acesso aos cuidados de saúde; e isso explicaria também os dados da literatura que mostram maior prevalência de sintomas depressivos entre aqueles com níveis socioeconômicos mais baixos - achado também observado nesta amostra quando avaliada quanto à tendência (CUNHA et al., 2012).

Idosos sem parceiro afetivo (solteiros, viúvos, separados ou divorciados) tiveram mais frequentemente sintomas depressivos. Ressalta-se que a mudança da estrutura familiar multigeracional, aliada a problemas contemporâneos sociais podem contribuir para o aparecimento de sintomas depressivos, mostrando a necessidade de atenção direcionada a esses idosos (CUNHA et al., 2012).

Em um estudo realizado com objetivo de determinar a prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência, em Taguatinga-DF, foi encontrada a prevalência de 31% (OLIVEIRA et al., 2006). Uma pesquisa transversal similar, realizada em 2015, analisou a prevalência de sintomas depressivos em idosos residentes em Guarapuava, RS, e chegaram à prevalência de 65,2% dos 359 idosos estudados (LENTSCK et al., 2015). Trazendo para a realidade acreana, um estudo feito na cidade de Senador Guimard-AC, com objetivo de identificar multimorbidades em idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), mostrou que 72 pacientes de 264 no total, ou seja, 27,3%, apresentaram sintomas depressivos (AMARAL et al., 2010).

No estudo feito por Mirza et al. (2014) foi demonstrado que os idosos com depressão tiveram 4,09 vezes mais chance de terem demência, sendo o maior fator de risco para progressão para demência. Mirza et al. (2014) também encontrou a depressão como fator de risco para demência, em estudo com 4393 idosos, sendo que a depressão aumentou o risco de demência em aproximadamente 20% em 2 a 5 anos. Há evidência de que a depressão pode levar a perda de volume do hipocampo, particularmente quando os sintomas são persistentes, contribuindo assim para o aparecimento da demência (MIRZA et al., 2014).

O presente estudo demonstrou uma prevalência maior, entre os pacientes com demência, de Demência Fronto-Temporal. A DFT manifesta-se principalmente no período pré-senil ocorrendo na mesma proporção em homens e mulheres. A história familiar de demência é observada em metade dos casos, sugerindo importante papel de fatores genéticos no desenvolvimento da DFT. A DFT caracteriza-se por significativa alteração da personalidade e do comportamento, com relativa preservação das funções cognitivas praxia, gnosis e memória. A linguagem, por sua vez, é progressivamente afetada, podendo ocorrer dificuldades na compreensão e na expressão verbal, com redução da fluência ou mesmo mutismo. As queixas são frequentemente trazidas por familiares, pois a maioria dos pacientes ignora suas alterações de personalidade, de comportamento e de conduta social. O comprometimento fronto-medial correlaciona-se com apatia, passividade, perda da motivação e tendência a isolamento social. Dessa forma, sintomas depressivos podem estar presentes e costumam ser frequentes (TEIXEIRA-JR et al., 2005).

Apesar da alta prevalência de sintomas depressivos na DFT neste estudo, isso pode ser devido a um viés de aferição ou fator de confusão. A ECDD não é uma escala objetiva (depende da interpretação do aplicador e da expressão do paciente ou do cuidador) e não diferencia os sintomas depressivos de acordo com a demência estudada (CARTHERY-GOULART et al., 2007), por isso não se pode afirmar que a prevalência encontrada é devido à DFT ou não, uma vez que várias perguntas da ECDD se sobrepõem a características diagnósticas da DFT, tais como “falta de reatividade a acontecimentos agradáveis”, “perda de interesse – menor envolvimento nas atividades habituais” e “perda de energia”.

No presente estudo, o uso de antidepressivos foi elevado em pacientes com demência (43,3%), principalmente a Sertralina e o Citalopram. Esses medicamentos podem ter sido prescritos devido a quadros de agitação e agressividade, pois podem reduzir esses sintomas (BRAGA, 2012). Em contrapartida, foi percebido também que sintomas depressivos estavam presentes em usuários de medicamentos e naqueles sem uso, tanto na demência como na ausência de demência. Alguns fatores podem estar relacionados, como a falta de tratamento quando necessário ou mistura de sintomas de demência com sintomas de depressão.

Além disso, nos pacientes sem demência, os sintomas na primeira consulta são mais intensos naqueles medicados, o que pode indicar que a eficácia dos mesmos não foi

alta. Além disso, a intensidade dos sintomas depressivos nos pacientes com demência e semelhante entre usuários de antidepressivos e aqueles sem prescrição de antidepressivos, o que pode sugerir que esses sintomas não estejam sendo diagnosticados corretamente nos pacientes com demência, dada a dificuldade de interação com os mesmos.

Não houve diferença na frequência de sintomas depressivos antes e após o tratamento homeopático, mas houve redução da intensidade desses sintomas entre a primeira consulta e o último retorno, sugerindo efeito do tratamento homeopático na melhora dos sintomas depressivos. Essa melhora não parece ser dependente do uso de antidepressivos alopáticos, uma vez que ela ocorreu tanto nos que estavam em uso de alopatia quanto nos que não estavam. Dois estudos prévios mostraram a eficácia da Homeopatia no tratamento de depressão em pacientes sem demência, com remissão dos sintomas depressivos em 93% (2008) e eficácia semelhante à da fluoxetina no tratamento da depressão (2009) (ADLER et al., 2008).

Há algumas limitações do estudo. A seleção e acompanhamento dos participantes foi afetada pela pandemia, pelo fato dos idosos serem um grupo de risco para a COVID-19. Por cerca de 6 meses, não foi possível efetuar avaliação presencial dos pacientes e mesmo após o retorno das atividades do Hospital, várias famílias não queriam levar os idosos para avaliação presencial, devido ao risco de infecção pelo COVID-19, o que resultou na perda do acompanhamento de vários pacientes e a necessidade de utilização de testes estatísticos não-paramétricos. O poder do estudo de detectar associações foi aquém do que o esperado. A perda de pacientes durante o acompanhamento também pode ter introduzido vieses no estudo, e também não foi possível controlar as análises pelo uso de medicação alopática.

CONCLUSÃO

Idosos com demência apresentaram sintomas depressivos, sendo que estes foram mais frequentes na demência fronto-temporal. Idosos sem demência também apresentaram sintomas depressivos, porém com menor frequência e intensidade. Observou-se redução nos sintomas depressivos dos pacientes analisados entre a primeira consulta e a última consulta, podendo representar alguma ação do medicamento homeopático. Estudos adicionais na forma de ensaio clínico são necessários para confirmar esse achado.

AGRADECIMENTOS

A equipe agradece aos participantes da pesquisa e as suas famílias, pela participação no estudo; à FUNDHACRE, pelo apoio institucional; à querida Claudia, pelo auxílio ao projeto, a UFAC, pelas bolsas de iniciação científica, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo financiamento do projeto (Chamada Universal MCTIC/CNPq n.º 28/2018).

REFERÊNCIAS

- ADLER, U. C.; PAIVA, N. M.; CESAR, A. T.; ADLER, M. S.; MOLINA, A.; CALIL, H. M. Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos/Homeopathic treatment of depression: series of case report. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, p. 74-78, 2008.
- ADLER, U. C.; PAIVA, N. M.; CESAR, A. T.; ADLER, M. S.; MOLINA, A.; CALIL, H. M. Homeopathic Individualized Q-potencies versus Fluoxetine for Moderate to Severe Depression: Double-blind, Randomized Non-inferiority Trial. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, 2011:520182. doi: 10.1093/ecam/nep114, 2011.
- ALEXOPOULOS, G. S.; ABRAMS, R. C.; YOUNG, R. C.; SHAMOIAN, C. A. The Cornell Scale for Depression in Dementia. **Biological Psychiatry**, v. 23, N. 3, p. 271-284, 1988.
- ALEXOPOULOS, G. S. Depression in the elderly. **Lancet**, v. 365, n. 9475, p. 1961-1970, 2005.
- ALVES, M. J. M.; RIBEIRO, L. C.; MILANE, J. L.; ALMEIDA, A. M. Perfil da capacidade funcional do idoso. In: CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 1., 2008, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu, MG: CNEP, 2008.
- AMARAL, T. L. M.; AMARAL, C. A.; LIMA, N. S.; HERCULANO, P. V.; PRADO, P. R.; MONTEIRO, G. T. R. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela ESF em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3077-3084, 2018.
- ANDRADE, A. B. C. A.; FERREIRA, A. A.; AGUIAR, M. J. G. Conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas da depressão. **Saúde Redes**, v. 2, n. 2, p. 157-166, 2016.
- BARCELOS-FERREIRA, R.; IZBICKI, R.; STEFFENS, D. C.; BOTTINO, C. M. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, v. 22, n. 5, p. 712-726, 2010.
- CARTHERY-GOULART, M. T.; AREZA-FEGYVERES, R.; SCHULTZ, R. R.; OKAMOTO, I.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; NITRINI, R. Brazilian version of the Cornell depression scale in dementia. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 65; n. 3B, p. 912-915, 2007.
- CASTRO-COSTA, E.; LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; FERRI, C. P. Cognitive function among older adults: ELSI-Brazil results. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, Supl. 2, 2018. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000629.
- CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A.; DEL DUCA, G. F. Prevalence of depression and associated factors in a low-income community of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 346-354, 2012.
- FETER, N.; LEITE, J. S.; CAPUTO, E. L.; CARDOSO, R. K.; ROMBALDI, A.J. Who are the people with Alzheimer's disease in Brazil? Findings from the Brazilian Longitudinal Study of

Aging. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24: p. e210018, 2021.
doi: 10.1590/1980-549720210018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**: Acre. IBGE; 2021.
Disponível em: <https://ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac.html>. Acesso em: 21 jul. 2021.

LAURENT, C. L.; ELÉONORE, B.; BACHOUD-LÉVI, A. C.; YAFFE, K. Approximating dementia prevalence in population-based surveys of aging worldwide: An unsupervised machine learning approach. **Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions**, v. 6, n. 1, p. e12074, 2020.

LENTSCK, M. H.; PILGER, C.; SCHOEREDER, E. P.; PREZOTTO, K. H.; MATHIAS, T. A. F. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 1-9, 2015.

MARQUES, J. O.; LIMA, L. F. M.; MADRUGA, K. A. S.; SILVA, C. A. A.; SANTOS, L. M.; VELAZQUEZ, M. L. C.; DA SILVA-NUNES, M. Resultados do Teste do Desenho do Relógio em idosos com e sem demência em tratamento homeopático complementar no município de Rio Branco, Acre. **Scientia Naturalis**, v. 4, n. 2, p. 539-561, 2022.

MCKHANN, G. M.; KNOPMAN, D. S.; CHERTKOW, H.; HYMAN, B. T.; JACK, C. R. JR.; KAWAS, C. H.; KLUNK, W. E.; KOROSHETZ, W. J.; MANLY, J. J.; MAYEUX, R.; MOHS, R. C.; MORRIS, J. C.; ROSSOR, M. N.; SCHELTENS, P.; CARRILLO, M. C.; THIES, B.; WEINTRAUB, S.; PHELPS, C. H. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimers Dementia**, v. 7, n. 3, p. 263-269, 2011.

MCKEITH, I. G.; BOEVE, B. F.; DICKSON, D. W.; HALLIDAY, G.; TAYLOR, J. P.; WEINTRAUB, D.; AARSLAND, D.; GALVIN, J.; ATTEMS, J.; BALLARD, C. G.; BAYSTON, A.; BEACH, T. G.; BLANC, F.; BOHNEN, N.; BONANNI, L.; BRAS, J.; BRUNDIN, P.; BURN, D.; CHEN-PLOTKIN, A.; DUDA, J. E.; EL-AGNAF, O.; FELDMAN, H.; FERMAN, T. J.; FFYTCH, D.; FUJISHIRO, H.; GALASKO, D.; GOLDMAN, J. G.; GOMPERS, S. N.; GRAFF-RADFORD, N. R.; HONIG, L. S.; IRANZO, A.; KANTARCI, K.; KAUFER, D.; KUKULL, W.; LEE, V. M. Y.; LEVERENZ, J. B.; LEWIS, S.; LIPPA, C.; LUNDE, A.; MASELLIS, M.; MASLIAH, E.; MCLEAN, P.; MOLLENHAUER, B.; MONTINE, T. J.; MORENO, E.; MORI, E.; MURRAY, M.; O'BRIEN, J. T.; ORIMO, S.; POSTUMA, R.B.; RAMASWAMY, S.; ROSS, O. A.; SALMON, D. P.; SINGLETON, A.; TAYLOR, A.; THOMAS, A.; TIRABOSCHI, P.; TOLEDO, J. B.; TROJANOWSKI, J. Q.; TSUANG, D.; WALKER, Z.; YAMADA, M.; KOSAKA, K. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. **Neurology**, v. 89, n. 1, p. 88-100, 2017.

MEDEIROS, J. M. L. **Depressão em idosos**. 2010. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina, Área de Psiquiatria e Saúde Mental) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

MIRZA, S. S.; BRUIJN, R. F.; DIREK, N.; HOFMAN, A.; KOUDESTAAL, P. J.; IKRAM, M. A.; TIEMEIER, H. Depressive symptoms predict incident dementia during short- but not long-term follow-up. **Alzheimers Dementia**, v. 10, Suppl 5, p. S323-S329.e1, 2014.

NUNES, B. P.; BATISTA, S. R. R.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LIMA-COSTA, M. F.; FACCHINI, L. A. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v. 52, Suppl 2, pg 10s, 2018.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, vol. 40, n. 4, p. 1-3, 2006.
PARMERA, J. B.; NITRINI, R. Demências: da investigação ao diagnóstico. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 179-184, 2015.

ROMÁN, G. C.; TATEMICH, T. K.; ERKINJUNTTI, T.; CUMMINGS, J. L.; MASDEU, J. C.; GARCIA, J.H.; AMADUCCI, L.; ORGOGOZO, J. M.; BRUN, A.; HOFMAN, A.; MOODY, D. M.; O'BRIEN, M. D.; YAMAGUCHI, T.; GRAFMAN, J.; DRAYER, B. P.; BENNETT, D. A.; FISHER, M.; OGATA, J.; KOKMEN, E.; BERMEJO, F.; WOLF, P. A.; GORELICK, P. B.; BICK, K. L.; PAJEAU, A. K.; BELL, M. A.; DECARLI, C.; CULEBRAS, A.; KORCZYN, A. D.; BOGOUSSLAVSKY, J.; HARTMANN, A.; SCHEINBERG, P. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies: Report of the NINDS-AIREN International Workshop. **Neurology**, v. 43, n. 2, p. 250–250, 1993.

RASCOVSKY, K.; HODGES, J.R.; KNOPMAN, D.; MENDEZ, M.F.; KRAMER, J.H.; NEUHAUS, J.; VAN SWIETEN, J.C.; SEELAAR, H.; DOPPER, E.G.; ONYIKE, C.U.; HILLIS, A.E.; JOSEPHS, K.A.; BOEVE, B.F.; KERTESZ, A.; SEELEY, W.W.; RANKIN, K.P.; JOHNSON, J.K.; GORNO-TEMPINI, M.L.; ROSEN, H.; PRIOLEAU-LATHAM, C.E.; LEE, A.; KIPPS, C.M.; LILLO, P.; PIGUET, O.; ROHRER, J.D.; ROSSOR, M.N.; WARREN, J.D.; FOX, N.C.; GALASKO, D.; SALMON, D.P.; BLACK, S.E.; MESULAM, M.; WEINTRAUB, S.; DICKERSON, B.C.; DIEHL-SCHMID, J.; PASQUIER, F.; DERAMECOURT, V.; LEBERT, F.; PIJNENBURG, Y.; CHOW, T.W.; MANES, F.; GRAFMAN, J.; CAPPA, S.F.; FREEDMAN, M.; GROSSMAN, M.; MILLER, B.L. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. **Brain**, v. 134, n. 9; p. 2456-2477, 2011.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. C. M. Características demográficas, socioeconômicas e da saúde dos idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 901-906, 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing**. Genebra, World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1. Acesso em: 15 out. 2021.