

CLÁUDIA PATRÍCIA ROMÃO GRILO

**DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO: COMO
DIAGNOSTICAR?**

Orientadora: Manuela Guerreiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

CLÁUDIA PATRÍCIA ROMÃO GRILO

**DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO: COMO
DIAGNOSTICAR?**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Aconselhamento e Psicoterapias, no Curso de Mestrado em Psicologia Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

Orientador: Professora Doutora Manuela Guerreiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

“Um fenómeno é sempre biológico em suas raízes e social em sua extensão final.
Mas nós não nos devemos esquecer, também, de que, entre estes dois, ele é mental”.
(Jean Piaget citado por Dalgarrondo, 2000, p. 22)

Dedico com todo o amor e carinho:
Aos meus pais, irmão (João) e avó materna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Doutora Manuela Gil Guerreiro, pois sem ela não seria possível realizar o estudo na área do déficit cognitivo.

Agradeço ao Grupo de Demências do Instituto de Medicina Molecular de Lisboa por permitir o uso dos instrumentos utilizados neste estudo de investigação.

Ao Professor Jorge Oliveira que se mostrou disponível no auxílio de desenvolvimento do presente estudo.

Um agradecimento muito especial à Doutora Túlia Cabrita da qual tive oportunidade de contar com o seu apoio, sabedoria e amizade.

Agradeço ao grupo de voluntariado do Hospital Pulido Valente pela participação neste estudo.

Agradeço aos meus pais tudo o que têm feito por mim, todo o esforço realizado e apoio que me têm dedicado com o objetivo de conseguir alcançar todas as etapas profissionais estabelecidas até aos dias de hoje.

Agradeço ao meu adorado e querido irmão João pelo ânimo e força que sempre me tem prestado.

À minha avó materna que eu tanto amo, a ela devo grande parte do que sou hoje, uma avó imprescindível que se dedica por inteiro à nossa família.

Ao meu namorado que esteve presente em todos os momentos (bons e maus) que surgiram no decorrer desta etapa profissional, que algumas vezes foi a pessoa que me ajudou a superar momentos de ansiedade e a olhar as dificuldades de forma positiva.

Agradeço muito o apoio e amizade da minha colega e boa amiga Mariana Pereira, por ter estado presente nas melhores e piores fases da elaboração desta Dissertação.

À minha amiga Vanda que fez uso da sua Psicologia Positiva com o intuito de me ajudar a aumentar a minha autoestima.

Um grande obrigado a todas as pessoas que estiveram presentes nesta tão importante conquista da minha vida profissional.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo investigar as características das queixas subjetivas de memória através da comparação de resultados obtidos entre doentes com diagnóstico de DCL e indivíduos saudáveis. Utilizamos uma amostra de 75 sujeitos (N=75) divididos em dois grupos (grupo clínico n=38 e grupo saudável n=37). Inicialmente fez-se uso da entrevista semiestruturada com o objetivo de recolha de dados sociodemográficos e posteriormente os instrumentos: Escala de Queixas Subjetivas de Memória, Questionário de Memória Prospetiva e Retrospectiva, Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Satisfação com a Vida. Os resultados encontrados apontam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos para as queixas subjetivas de memória, falhas de memória prospetiva e retrospectiva e presença de sintomatologia depressiva, obtendo-se valores superiores no grupo clínico. Também observamos que idade elevada, baixa escolaridade e sintomatologia depressiva se encontram associadas às queixas de memória avaliadas por estas medidas.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Queixas subjetivas de memória; Défice Cognitivo Ligeiro; Sintomatologia Depressiva; Satisfação com a vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the characteristics of subjective memory complaints through the comparison between DLC patients and healthy individuals. We used a sample of 75 subjects composed in two groups (clinical group n=37; healthy group n=37). Initially it was made a semi-structured interview with the objective of sociodemographic data withdrawal and subsequently the instruments: Subjective Memory Complaints Scale, Prospective and Retrospective Memory Questionnaire, Geriatric Depression Scale, Life Satisfaction Scale. The results show statistical differences between the two groups for subjective memory complaints, prospective and retrospective memory fails and presence of depressive symptomatology, having high values of the clinical group. We also observed the relation between high age, lower school level and depressive symptomatology associated with the memory complaints evaluated by these measures. We finish suggesting the continuous study of these themes in subsequent studies

Key-Words: Aging; Subjective Memory Complaints; Mild Cognitive Impairment; Depressive Symptoms; Life Satisfaction.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- AIVDs** – Atividades instrumentais de vida diária
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CC – Comprometimento Cognitivo
CVLT – Teste de Aprendizagem Verbal de Califórnia
DA – Doença de Alzheimer
DCL – Défice Cognitivo Ligeiro
SMC – Escala de Queixas Subjetivas de Memória
GDS – Escala de Depressão Geriátrica
IADL – Escala de Instrumentos de vida diária
MMSE – Mini Exame do Estado Mental
MP – Memória Prospetiva
MR – Memória Retrospectiva
OP – Orientação Pessoal
QSM – Queixas Subjetivas de memória
RNM – Ressonância Magnética
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SW – Shapiro-Wilk
SWLS – Escala de Satisfação com a Vida
TAC – Tomografia Axial Computadorizada
r – correlação
u – Mann-Whitney
κ-s – Komolgorov-Smirnov
p – p-value
vs – versus

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XII
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1.1. O ENVELHECIMENTO	6
1.1.1. Enquadramento Histórico	6
1.1.2. Envelhecimento normal e patológico	6
1.1.3. Envelhecimento Biológico	8
1.1.4. Envelhecimento Psicológico.....	9
1.1.5. Envelhecimento Social	10
1.2. A MEMÓRIA	11
1.3. DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO	16
1.3.1. Diagnóstico.....	17
1.3.2. Classificação Clínica	18
1.4. ENVELHECIMENTO/ QUEIXAS SUBJECTIVAS DE MEMÓRIA/ DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO.	20
CAPÍTULO II METODOLOGIA	25
2.1. Objetivo de Estudo.....	26
2.1.1. Questão de Investigação	26
2.3. Hipótese	27
2.4. Amostra.....	27
2.5. Instrumentos.....	29
2.5.1. Entrevista Semiestruturada	29
2.5.2. Orientação Pessoal (OP)	29
2.5.3. Mini Exame do Estado Mental (MMSE)	29
2.5.4. Escala de Instrumentos de Vida Diária (IADL).....	31

2.5.5. Escala de Queixas Subjectivas de Memória (SMC).....	32
2.5.6. Teste de Aprendizagem Verbal de Califórnia (CVLT)	32
2.5.7. Escala de Depressão Geriátrica (GDS).....	33
2.5.8. Questionário de Memória Prospetiva e Retrospectiva (PRMQ)	34
2.5.9. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	36
2.6. Procedimento de Recolha de Dados	36
CAPÍTULO III RESULTADOS	38
CAPITULO IV DISCUSSÃO E LIMITAÇÕES	48
4.1. Limitações.....	56
CAPÍTULO V: CONCLUSÃO	57
BIBLIOGRAFIA	59
APÊNDICES	I
APÊNDICE I	II
APÊNDICE II.....	III
APÊNDICE III	IV
APÊNDICE IV	V
APÊNDICE V	VI
APÊNDICE VI	VII
ANEXOS	VIII
ANEXO I.....	IX
ANEXO II	XI
ANEXO III	XII
ANEXO IV	XIX
ANEXO V	XXII
ANEXO VI.....	XXIV
ANEXO VII.....	XXVI

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Esquema estrutural da memória.....	15
QUADRO 2: Principais diferenças clínicas entre DA e DCL.....	19
QUADRO 3: Estrutura Tri-factorial do Questionário de memória prospetiva e retrospectiva.....	35

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Estatística Descritiva para o grupo saudável.....	39
TABELA 2: Estatística Descritiva para o grupo clínico.....	39
TABELA 3: Teste Mann-Whitney (comparação de mediana para cada medida entre cada grupo).....	41
TABELA 4: Comparação de resultados obtidos entre as subescalas de avaliação da memória prospectiva e retrospectiva para o grupo clínico.....	41
TABELA 5: Comparação de resultados obtidos entre as subescalas de avaliação da memória prospectiva e retrospectiva para o grupo saudável.....	42
TABELA 6: Correlação de Spearman de variáveis idade, anos de escolaridade, escala de sintomatologia depressiva, questionário de avaliação da memória e suas subescalas de avaliação de memória prospectiva e retrospectiva com a escala de avaliação de queixas subjetivas de memória no que concerne ao grupo saudável.....	42
TABELA 7: Correlação de Spearman do questionário de avaliação da memória e subescalas de avaliação da memória prospectiva e retrospectiva, escala de satisfação com a vida com a escala de avaliação de sintomatologia depressiva para o grupo saudável.....	43
TABELA 8: Correlação de Spearman das variáveis idade, anos de escolaridade e escala de satisfação com a vida com o questionário de avaliação da memória e suas subescalas de avaliação de memória prospectiva e retrospectiva no que respeita ao grupo saudável.....	43
TABELA 9: Correlação de Spearman das variáveis idade, anos de escolaridade, escala de sintomatologia depressiva, questionário de avaliação da memória e suas subescalas de avaliação de memória prospectiva e retrospectiva com a escala de avaliação de queixas subjetivas de memória respeitante ao grupo clínico.....	45
TABELA 10: Correlação de Spearman do questionário de avaliação da memória e subescalas de avaliação da memória prospectiva e retrospectiva, escala de satisfação com a vida com a escala de avaliação de sintomatologia depressiva no que concerne ao grupo clínico.....	45
TABELA 11: Correlação de Spearman de variáveis idade, anos de escolaridade e escala de satisfação com a vida com o questionário de avaliação da memória no caso do grupo clínico.....	46

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população marcado pelo aumento da esperança média de vida revela que existe cada vez mais população em risco de perder a sua autonomia funcional, a qual tende a diminuir com o aumento da idade, pois esta aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crónicas. (Pedrosa, 2007). O envelhecimento normal pode provocar algum declínio das funções cognitivas, sendo fundamental discriminar o declínio cognitivo relacionado com a idade e associado a um processo de envelhecimento normal, de um declínio cognitivo patológico associado à possibilidade de evolução para demência (Petersen, 2004b). Neste âmbito entende-se que, com o avançar da idade, as pessoas sofrem um certo declínio na rapidez do processamento da informação e na memória episódica (Petersen, 2004b; Barnes et al., 2006). Do ponto de vista clínico, a importância do diagnóstico precoce e a possibilidade de estabelecer uma prevenção secundária da demência ou de retardar a sua progressão levou ao desenvolvimento do conceito de Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) (Petersen et al., 1999). A apresentação mais frequente deste estado clínico ocorre com a presença de déficit numa capacidade cognitiva (frequentemente na memória, considerada como as queixas iniciais mais comuns) que vai para além do esperado enquanto processo de envelhecimento normal, mas sem critérios para diagnóstico de demência (Petersen, 2004a).

A prevalência de doenças degenerativas foi um fator que, também, pesou na escolha da temática em estudo. Segundo Petersen (2004b) um sujeito que tenha 85 anos de idade tem uma hipótese, em três, de desenvolver déficit cognitivo significativo. Em média 5 a 10% das pessoas com mais de 65 anos de idade apresentam déficit cognitivo, entre as quais 50% irão desenvolver algum tipo de demência, sendo a DA a mais frequente (Corrêa, 2008). Têm-se assistido a um aumento da prevalência de demência, duplicando a cada cinco anos a partir dos 60 anos de idade, sendo estimada em 1% para indivíduos com idade entre os 60 e 65 anos e acima de 30% para indivíduos com idade superior a 80 anos. As doenças neuro degenerativas são as principais causas de demência, sendo a DA a principal causa com uma representação de 50 a 70% dos casos (Corrêa, 2008). Do ponto de vista clínico, e perante dados tão preocupantes, é importante o estudo e aperfeiçoamento de novas técnicas e teorias para o diagnóstico precoce de DCL, (Petersen et al., 1999), bem como para discriminar as queixas de memória de um processo de envelhecimento normal, do patológico ou de fatores psicológicos (Petersen et al., 1999; Petersen, 2004b; Barnes et al., 2006) uma vez que todos estes fatores interferem na satisfação que o sujeito tem com a sua própria vida (Hérmendez et al., 2009; John & Montgomery, 2010).

É dentro deste enquadramento que propomos aprofundar o conhecimento acerca do declínio cognitivo tendo por base a relação entre as variáveis: envelhecimento, memória e DCL. O nosso objetivo é investigar as características das queixas subjetivas de memória através da comparação de resultados obtidos entre doentes com diagnóstico de DCL e indivíduos saudáveis que não tenham recorrido a médico por queixas de memória nem apresentem critérios de diagnóstico de síndrome depressiva.

Investigadores e clínicos reconhecem a importância da compreensão precoce da sintomatologia associada ao comprometimento cognitivo, bem como para a identificação das provas neuropsicológicas mais ajustadas para o seu diagnóstico (Carrasco & Vilarrasa, 2007). Existe uma crescente atividade em torno desta temática e a maioria dos testes de diagnóstico mostram uma boa sensibilidade e especificidade nas fases moderadas da doença, mas não nas fases iniciais (DCL). Sabe-se que os testes mais sensíveis à deteção precoce da Doença de Alzheimer (DA) são os que avaliam a memória episódica, memória prospetiva e retrospectiva (Carrasco & Vilarrasa, 2007). Assim, entende-se que a avaliação neuropsicológica ocupa um lugar relevante na prática dos profissionais de saúde mental, principalmente nas áreas de psicologia, psiquiatria, neurologia e gerontologia. Segundo Arginon e seus colaboradores (2008) com o auxílio de diversas técnicas, testes e exames para a investigação de doenças, poder-se-á obter um diagnóstico clínico mais assertivo e preciso, no entanto é relevante que estas técnicas sofram um aperfeiçoamento, na medida em que desempenham um papel imprescindível na investigação das demências e contribuem para uma avaliação multidimensional do idoso.

Dentro da avaliação neuropsicológica, distinguem-se dois tipos de baterias de testes, as que se caracterizam por serem extensas e de tempo longo aquando a sua aplicação e as baterias de versão curta (exames de cabeceira) que tem como objetivo a sinalização de casos em risco através de instrumentos de aplicação rápida e são, frequentemente, usados pelos médicos (principalmente neurologistas e psiquiatras) (Guerreiro, 1998). No entanto, ambas têm desvantagens, ou seja enquanto a bateria extensa analisa de forma mais detalhadas as diferentes capacidades cognitivas, por sua vez uma bateria breve fornece apenas uma impressão global do estado mental do doente. Estas baterias breves de triagem, não podem ser aplicadas com a finalidade de, por si só, concluírem um diagnóstico, pois não permitem determinar a presença ou ausência de todos os critérios de diagnóstico de demência (Guerreiro, 1998). Conhece-se, como melhores preditores de conversão de DCL para Doença de Alzheimer (DA) as provas de memória episódica, linguagem e funções executivas, de

encontro com um estudo longitudinal para análise de comprometimento cognitivo progressivo (Carrasco & Vilarrasa, 2007).

Consideramos pertinente, como introdução à presente investigação, realizar uma breve abordagem do conceito central de estudo (DCL) referindo os tipos e critérios para a elaboração do seu diagnóstico, tendo sempre em atenção as alterações de funcionamento cognitivo decorrentes de um processo de envelhecimento normal (Petersen, 2004b).

Tendo como base estudos de Petersen e seus colaboradores (1999; 2001; 2004a; 2004b), os critérios de diagnóstico para DCL incluem queixas de memória preferentemente referidas por outra pessoa e pelo próprio doente, déficit de memória objectivo atendendo à idade e escolaridade, função cognitiva geral maioritariamente normal, actividades de vida diária essencialmente intactas e ausência de critérios de demência. Por fim, os autores consideram três tipos distintos de DCL: Mnésico, Múltiplos domínios e Domínio único não da memória. Estes três tipos de DCL estarão devidamente explicados no ponto 1.3. do Capítulo I (Déficit Cognitivo Ligeiro) desta Dissertação.

Com o nosso estudo pretendemos dar um contributo para a questão: as queixas subjetivas de memória poderão ser um sintoma prodromico de DCL? Neste contexto pretende-se verificar se o fator idade, escolaridade, sintomatologia depressiva e a satisfação que os sujeitos têm com a sua própria vida estão ou não associados com as queixas subjetivas de memória, tanto em sujeitos saudáveis como em sujeitos doentes com o diagnóstico de DCL.

O presente estudo é exploratório, de carácter transversal, adota as normas de American Psychological Association (APA) e utiliza o questionário de memória prospetiva e retrospectiva (PRMQ) desenvolvido no ano 2000 por Smith e colaboradores e a escala de queixas subjetivas de memória (SMC) de Schmand e seus colaboradores (1996). Para avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo faz sobre a própria vida é usada a escala de satisfação com a vida (SWLS) elaborada por Diener e seus colaboradores em 1985 e, por fim, para avaliar a presença/ausência de sintomatologia depressiva, recorreu-se à escala de sintomatologia depressiva (GDS) de Yesavage e colaboradores (1983).

Estes instrumentos de avaliação são aplicados de igual modo numa amostra de 75 sujeitos com idades igual ou superior a 55 anos e escolaridade mínima de 4 anos. Esta amostra encontra-se dividida em dois grupos independentes, grupo saudável (n= 37) e grupo clínico (n=38).

O nosso estudo encontra-se estruturado em cinco Capítulos. O Capítulo I diz respeito à fundamentação teórica, abordamos a temática envelhecimento e os seus subtipos, composição da memória, classificação clínica e diagnóstico de DCL. Queixas subjetivas de memória e a sua relação com a possível presença de sintomatologia depressiva, bem como o impacto destas na satisfação que o sujeito tem para com a sua vida. O Capítulo II dissertamos acerca da metodologia (objetivo do estudo, hipóteses, amostra, descrição dos instrumentos utilizados e procedimento de recolha de dados).

A parte prática correspondente ao nosso estudo está descrita no Capítulo III (Resultados) e IV (Discussão e Limitações), fazemos referência a todo o procedimento estatístico, apresentamos os resultados obtidos em ambos os grupos e discutimos os mesmos com base em estudos semelhantes, indicando que tipo de limitações poderiam ser evitadas para que o nosso estudo pudesse ser melhorado.

Por fim, apresentamos o Capítulo V o qual descreve as conclusões obtidas no nosso estudo e apresenta algumas sugestões para futuros estudos na área do declínio cognitivo.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. O ENVELHECIMENTO

1.1.1. Enquadramento Histórico

O envelhecimento tem sido visto como uma questão demográfica, uma vez que, comparados os séculos anteriores com o presente, a esperança de vida é maior, podendo, assim, o processo de envelhecimento ser visto como um processo mais moroso que nos séculos anteriores, onde existia um equilíbrio entre a mortalidade e a fecundidade, com um ligeiro ganho para a vida. Por sua vez, este equilíbrio foi rompido por duas razões, que são consequências da industrialização. A primeira é a diminuição da mortalidade infantil, devido à quase erradicação das doenças infecciosas. A segunda é o aumento impressionante da longevidade de vida, pois a esperança de vida não deixou de aumentar desde o século XVIII, até ao qual a esperança de vida não excedia os 30 anos (Fontaine, 2000).

Este fenómeno do processo de envelhecimento envolve todos os níveis da nossa sociedade. No que respeita ao nível económico, como podemos constatar um aumento contínuo de reformados. No plano social, há que manter as infraestruturas de proteção aos idosos. No que respeita a um nível cultural haverá sempre presentes profundas modificações devido ao aumento do tempo de lazer. Por fim, no plano de saúde, biopsicológico, os investigadores, além de já exercerem pesquisa sobre este processo, serão levados a continuar a investigar esse fenómeno, quer por razões teóricas ou práticas, uma vez que não se entende profundamente os mecanismos envolvidos. Assim, de uma forma mais geral, o maior desafio é conseguir com que as pessoas acabem por falecer o mais idosas possível e que consigam viver este processo da melhor forma (Fontaine, 2000).

1.1.2. Envelhecimento normal e patológico

Ultimamente aborda-se o envelhecimento como uma fase da vida, denominada de terceira idade ou quarta idade, mas o envelhecimento não é uma fase, mas sim, um processo progressivo de degradação, ou seja, naturalmente deve ser encarado como a morte do organismo (Fries, 2012). Por sua vez, não é possível dizer quando se inicia este processo de degradação, de acordo com o nível no qual ele se situa, seja ele biológico, psicológico ou sociológico, pois a velocidade e gravidade com que se processa depende de fatores variáveis de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000). Tal como todos os órgãos do nosso corpo, com

o avanço da idade, o nosso cérebro inicia um processo de envelhecimento. Assim, embora se conheça algo sobre o funcionamento do cérebro é de modo fragmentado, pois ainda não se conseguiu estudar por completo todo o seu funcionamento (Oliveira, 2010).

Uma das áreas que mais interesse tem demonstrado no estudo do processo do envelhecimento, é a Neuropsicologia, bem como o estudo da relação do cérebro com a cognição, demonstrando que as conceções acerca das mudanças cognitivas observadas nos idosos possuem base científica (Oliveira, 2010).

O conhecimento atual acerca do envelhecimento normal do nosso cérebro tem posto em causa os mecanismos de regeneração e a plasticidade cerebral que se encontra presente até à idade avançada e que se responsabilizam pela preservação do funcionamento cognitivo (Oliveira, 2010). O envelhecimento é visto como um processo normal, dinâmico e progressivo que implica modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem determinar a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (Oliveira, 2010).

À medida que o processo de envelhecimento progride, vão-se verificando algumas alterações cognitivas, tal como a diminuição da eficiência da memória, sendo esta considerada o melhor instrumento biológico para se entender este processo com base em alterações no processo de novas aprendizagens, diminuição da rapidez de raciocínio, entre outros aspetos do funcionamento cognitivo. Por sua vez, se estas alterações tiverem como resultado um comprometimento do funcionamento de vida diária do indivíduo poder-se-á dizer que estamos perante um processo de envelhecimento patológico (Oliveira, 2010; Luo & Craik, 2008).

Relacionado com esta temática, é encontrada a expressão *velhice bem-sucedida*, no entanto esta tem sido difícil de definir, mas evoca critérios como a longevidade, saúde biológica, saúde mental, eficácia intelectual, competência social, produtividade, controlo pessoal ou a conversação da autonomia própria e o bem-estar subjetivo. Assim, o envelhecimento é visto como um processo diferencial que revela em simultâneo dados objetivos (por exemplo, degradações físicas, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos), como também dados subjetivos que constituem a forma como cada indivíduo percebe o seu próprio envelhecimento e as representações que faz deste; assim sendo, cada um tem diversas idades (Fontaine, 2000).

1.1.3. Envelhecimento Biológico

As mudanças biológicas que ocorrem em fases mais avançadas do desenvolvimento são, muitas vezes aquelas em que o sujeito presta mais atenção, uma vez que as perdas são superiores aos ganhos. Assim, o nível de funcionamento biológico influencia o padrão global de saúde, ou seja recai sobre o funcionamento físico, cognitivo, psicológico e social (Fonseca, 2005).

Apesar de um ligeiro esquecimento ser considerado normal em todas as faixas etárias, as queixas de memória são mais frequentes entre os idosos. Por sua vez, nem todos os componentes da memória são afetados pelo envelhecimento. No que concerne à memória imediata/memória de trabalho pode dizer-se que o envelhecimento revela estar associado a um ligeiro declínio do funcionamento deste tipo de memória (Vaz Serra, 2006). Quando o sujeito idoso tenta evocar informação já retida na memória recente, geralmente apresenta maior dificuldade na recuperação dessa informação, o que revela que apesar da capacidade de armazenamento pode estar intacta, mas existe declínio dos desempenhos mnésicos no que respeita à memória recente, na medida em que podem existir défices de codificação e/ou recuperação (Fontaine, 2000). A memória remota diz respeito à informação que se encontra consolidada e armazenada há imenso tempo, demonstrando manter-se conservada ao longo da idade (Vaz Serra, 2006; Luo & Craik, 2008).

Existem outros domínios cognitivos, além das funções mnésicas que podem revelar alterações com o avanço da idade. Por sua vez, mesmo que a capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem permaneça estável ao longo da vida, as pessoas consideradas idosas podem apresentar, maior dificuldade na compreensão de textos longos ou complexos, bem como dificuldade em recuperar e reproduzir de forma rápida nomes e conceitos específicos (Vaz Serra, 2006). Talvez se possa dissertar que a mudança cognitiva mais frequente produzida durante o envelhecimento é a diminuição da velocidade de processamento, tanto de ação como mental, podendo, assim, existir repercussões na atenção e na memória (Fontaine, 2000; Vaz Serra, 2006).

Segundo Fontaine, (2000), o efeito deste processo de envelhecimento, não é mecânico, nem homogêneo em todas as atividades psicológicas. Assim, o autor remete-nos para alguns factos:

O envelhecimento é encarado como um processo de degradação geral, e contínuo, do organismo, afetando, também, o sistema nervoso. No que diz respeito ao plano psicológico,

pode esperar-se uma diminuição do funcionamento intelectual e modificações gerais dos comportamentos.

Pode esperar-se que algumas atividades psicológicas resistam, ou não ao envelhecimento, uma vez que este processo parece afetar com preferência certas estruturas cerebrais.

O envelhecimento encontra-se relacionado com o ambiente. Assim, é esperado que se observe perfis de envelhecimento diferentes, conforme os modos de vida e as histórias de vida dos indivíduos.

Como tal, é afirmado que a distinção entre envelhecimento normal e patológico (inicial) é pouco nítida.

1.1.4. Envelhecimento Psicológico

O domínio psicológico abrange um conjunto de fenómenos, tais como estilos de *coping*, controlo, personalidade, reações emocionais, o autoconceito, entre outras, podendo este conjunto demonstrar alterações à medida que a idade do sujeito avança (Fontaine, 2000).

O envelhecimento psicológico não é naturalmente progressivo, além de depender da passagem do tempo, apoia-se no contínuo esforço pessoal em busca do autoconhecimento e do sentido da vida (porquê e para que vivemos?) (Moraes et al. 2010). É afirmado por alguns autores, que o autoconhecimento, o estudo da estrutura e dinâmica do psiquismo e a capacidade de resolução de conflitos do quotidiano são indispensáveis para que se consiga alcançar a independência psíquica, fator indispensável para a sabedoria (Moraes et al. 2010).

Com o envelhecimento psíquico, existe, portanto, a redução da vulnerabilidade, por exemplo, a pessoa idosa adquire conhecimento suficiente para aceitar a realidade, tolerar a dor ou a perda da sua independência biológica, uma vez que se encontra e se sente segura na relação com o mundo. Assim, adquire a sua independência psíquica e compreende o sentido de vida (para quê). Como resultado, os valores que regem a vida do sujeito (filosofia de vida) são cada vez mais elevados, inteligentes, ou seja, mais conscientes (Moraes et al., 2010).

O ser humano pode envelhecer como um sábio ou permanecer nos estádios infantis do psiquismo. Autonomia e independência são resultado do equilíbrio entre o envelhecimento psíquico e biológico, assim o processo de envelhecimento é totalmente individual e variável, tendo como objetivo a conquista diária desde a infância. A velhice bem-sucedida é consequência de uma vida bem-sucedida (Moraes et al., 2010).

1.1.5. Envelhecimento Social

O Homem é caracterizado como ser social, dado que ao longo de toda a sua vida interage continuamente com o meio que o rodeia, estabelecendo relações interpessoais (família, amigos, trabalho, entre outras). O domínio social do envelhecimento assume, assim, grande importância, na medida em que envolve alterações a diversos níveis (Fonseca, 2005).

Com base na literatura de Fontaine em 2000, a qualidade de vida, o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida dependem da manutenção das relações sociais e da prática de atividades satisfatórias. Assim, algumas investigações realizadas demonstraram que o isolamento é um fator de risco para a saúde. Como tal, o sentimento de inutilidade instala-se quando o idoso não se envolve em atividades que sejam consideradas, por este, produtivas (Fontaine, 2000).

1.2. A MEMÓRIA

A memória é uma das funções psicológicas com a qual lidamos a todo o instante em cada atividade diária que exercemos. É um fenómeno biológico fundamental e extremamente complexo que continua a ser um dos grandes enigmas da natureza. A memória pode ser encarada como um dom da natureza, pela habilidade do organismo vivo em reter e utilizar a informação adquirida. A personalidade, a história e o comportamento do sujeito dependem da memória; além disso, esta permite o acesso à linguagem e dá coerência aos nossos pensamentos (Corrêa, 2008).

William James, em 1890 distinguiu o que designou de memória primária e memória secundária. Anos depois, Broadbent denominou-as de memória de curto prazo e memória de longo prazo (Corrêa, 2008).

A partir dos anos sessenta a neuropsicologia deparou-se com um debate sobre a natureza unitária ou não das memórias de curto e longo prazo (Siksou, 2008). Assim, de acordo com o modelo serial de memória dupla, desenvolvido por Atkinson e Shiffrin em 1968, a informação era transferida de uma memória (curto prazo) para outra (longo prazo) (Atkinson, Atkinson, Smith & Bem, 1995).

Como crítica a este modelo, surge um outro designado de modelo do processamento paralelo da informação que afirma a possibilidade de acesso direto a uma espécie de armazém, ou seja que as memórias de curto e longo prazo seriam apenas duas formas quantitativamente diferentes de um único processo dependente da qualidade e da profundidade do tratamento de informação percetiva no momento da codificação (Habib, 2000).

A memória de curto prazo apresenta outras designações, tais como: memória imediata ou memória primária. Esta diz respeito ao primeiro estágio que intervém no processo mnésico propriamente dito, a qual permite adquirir e reter durante um curto período de tempo novas informações, limitada no tamanho e duração (Habib, 2000; Corrêa, 2008).

São diversos os tipos de memória que o ser humano suporta, no âmbito da memória de curto prazo descreve-se a memória sensorial, ligada aos órgãos sensoriais e às percepções registadas. É considerada uma memória ultracurta (200 a 300 milissegundos) (Siksou, 2008; Corrêa, 2008), e pode subdividir-se em memória icónica e memória ecoica. A primeira assegura a continuidade temporal e espacial do estímulo para que o cérebro compreenda o conjunto de imagens percebidas visualmente e a segunda diz respeito à capacidade do sistema

auditivo em armazenar num curto termo as informações, assegurando a continuidade da percepção. Assim, estas duas memórias assimilam-se mais à atividade perceptiva do que mnésica (Habib, 2000).

A designada memória de trabalho, é, também, considerada uma memória a curto prazo responsável pela manutenção temporária da informação no decurso da realização de uma tarefa. Aquando a realização de uma tarefa (por exemplo, ler) esta memória disponibiliza os recursos suficientes e está ligada ao sistema da atenção, que já em 1984 Broadbent realçou a importância deste sistema no processo mnésico (Skisou, 2008; Thompson, 2010). De acordo com Skisou (2008) pode-se identificar dois tipos de memória de trabalho, o ciclo fonológico que processa a informação linguística e o bloco visuo-espacial que processa a informação visuo-espacial.

No caso da memória a curto prazo as informações passam por repetições sucessivas antes de sofrer uma codificação visual ou acústica, podendo, assim, ser transferida para a memória a longo prazo. Esta está submetida ao efeito de primazia e de recência, isto é a recordação imediata das primeiras (primazia) e últimas (recência) duas ou três palavras de uma determinada lista de palavras ou números (Correia, 2008).

A memória a longo prazo, ou memória secundária, remete-nos para todas as lembranças que se realizam após alguns minutos, procedendo até ao período de muitos anos, com a ajuda da memória a curto prazo. Neste contexto não podemos deixar de abordar, de forma breve, a teoria mais popular do esquecimento – Teoria da Consolidação, respeito a um processo com uma duração longa (de horas a dias) com o objetivo de fixar a informação na memória a longo prazo. A noção fundamental é a de que as lembranças recentemente formadas que se encontram neste processo de consolidação são especialmente vulneráveis à interferência e ao esquecimento (Eysenck & Keane, 2007).

Por sua vez, considera-se que o processo de consolidação de uma lembrança pode ser destruído pela formação de lembranças subseqüentes. Eysenck e Keane (2007) presumem que menos lembranças têm a probabilidade de ser formadas (e por isso ocorre menos destruição) quando as pessoas dormem durante o intervalo de retenção do que quando estão acordadas.

Consoante os processos cognitivos implícitos, pode-se subdividir a memória a longo prazo da seguinte forma: memória processual ou implícita e memória declarativa, consciente ou explícita (Habib, 2000; Correia, 2008).

Foi através do estudo de doentes amnésicos que se conseguiu distinguir a memória processual da declarativa (Habib, 2000). A primeira remete-nos para a aquisição de

competências intensamente treinadas, atos realizados de forma inconsciente, como por exemplo andar de bicicleta, jogar à bola, etc. Estes são atos automáticos que necessitam da aquisição de uma habilidade sensoriomotora ou de regras de raciocínio, assim, este processo de aprendizagem (ex.: andar de bicicleta) é realizado de forma implícita. Por sua vez, a memória declarativa é caracterizada pela capacidade de armazenar e recuperar de forma voluntária detalhes de eventos passados, fazendo referência ao lugar, tempo e circunstâncias (ex.: significado de palavras, datas históricas, conhecimentos codificados pela linguagem, entre outros) (Oliverio, 2001; Corrêa, 2008; Siksou, 2008).

A memória declarativa é composta pela memória semântica, a qual representa um pouco da nossa cultura geral, ou seja é uma espécie de saber universal sobre o mundo em que estamos inseridos, como por exemplo descobrir um acontecimento histórico, o nome de uma personagem da televisão, etc. Por outras palavras, diz respeito aos conceitos abstratos ou factos aprendidos e ao significado das palavras. Composta, ainda, pela memória episódica, memória dos acontecimentos vividos situados no tempo e no espaço. É considerada fundamental como filtro de aquisição de conhecimentos acerca do mundo (memória semântica) devido à sua capacidade de codificação e armazenamento de informações acerca de acontecimentos semelhantes em tempos diferentes elaborando, assim, a associação entre estes (Habib, 2000; Siksou, 2008; Corrêa, 2008).

A memória não é um objeto de estudo que permita ser observada diretamente por quem a investiga. No entanto, é estudada através do seu funcionamento num ambiente controlado, por exemplo, o investigador pede ao sujeito que fixe uma série de informações (fase de aquisição), após um determinado espaço de tempo (fase de elaboração) solicita-lhe que recorde essa informação (fase de recuperação). Assim, é demonstrado os processos que o sujeito utilizou para memorizar a informação que lhe foi fornecida (Corrêa, 2008; Habib, 2000).

No que concerne à fase de aquisição, pode-se atuar através das modalidades sensoriais (informação visual, auditiva, olfativa, gustativa e cinestésica), da velocidade e quantidade de informação apresentada, da estrutura das informações; ou seja esta pode ser apresentada sob a forma de um texto ou uma simples lista sem estrutura, e o momento do dia em que é realizado o teste. Neste contexto a fase de elaboração também pode ser controlada pelo investigador, ou seja pode ser realizado um curto ou longo intervalo de tempo, bem como recuperar a informação logo após de ser apresentada. Nesta fase ainda se pode utilizar o

tempo de intervalo para que o sujeito exerça uma nova tarefa, podendo esta facilitar ou parasitar a elaboração de recordação da informação apresentada anteriormente (Habib, 2000).

A fase de recuperação também pode ser manipulada pelo investigador através da forma como solicita ao sujeito a informação. Assim sendo, existem duas formas designadas de categorias de medidas ou testes de memória: as medidas explícitas ou medidas implícitas (Habib, 2000; Corrêa, 2008).

A memória implícita realça-se quando o desempenho de um sujeito é facilitado na ausência de recordação consciente, por sua vez a memória explícita aparece quando o desempenho de uma tarefa exige a recordação consciente dos acontecimentos prévios (Graf & Schacter, 1985). Assim, entende-se que a memória explícita diz respeito à recuperação de informação intencional, ao contrário da memória implícita em que a recuperação da informação não é intencional.

É frequente queixarmo-nos da nossa memória, ou porque nos esquecemos de comprar algo no supermercado mesmo que tenhamos visto o produto na estante ou porque nos esquecemos de transmitir um recado a outra pessoa. Assim, podemos começar por distinguir a memória prospetiva e a retrospectiva, sendo estas as que compõem a memória episódica (Smith et al., 2000).

A memória retrospectiva (MR) tem captado a atenção de estudos acerca do envelhecimento cognitivo. Este tipo de memória refere-se ao armazenamento, codificação e recuperação de eventos vividos num curto ou longo espaço de tempo (Benites & Gomes, 2007; Livner, 2009; Eschen, Martin, Gasser & Kliegel, 2009), e às memórias autobiográficas de eventos pessoalmente importantes, bem como lembranças de informações neutras, por exemplo conteúdo de livros ou programas de televisão (Smith, 2000).

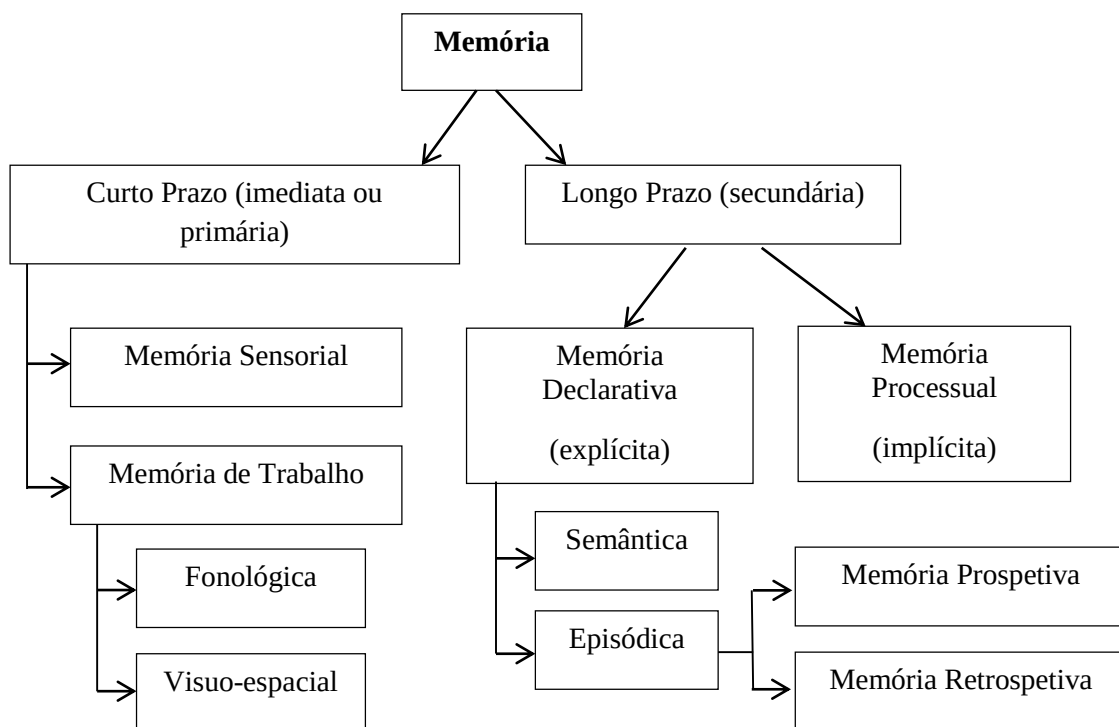
No que concerne a estudos experimentais, desenvolvidos anteriormente, verifica-se que a memória retrospectiva é avaliada com base na apresentação de listas de palavras com o objetivo de solicitar ao sujeito a evocação do maior número de palavras da lista que conseguir recordar (tarefa de recordação livre) ou então, pedir ao sujeito que distinga itens anteriormente apresentados de novos itens (Smith, 2000; Livner, 2009).

A memória prospetiva (MP) é responsável pela lembrança de executar uma determinada ação em algum momento futuro, sendo esta uma recente área de pesquisa que tem despertado interesse durante os últimos anos. Este tipo de memória é extremamente importante para que o sujeito consiga manter a sua independência funcional (por exemplo: desligar o fogão, resolver os assuntos financeiros, bem como manter os seus compromissos) e

as suas relações sociais (por exemplo: lembrar-se de se encontrar com amigos e familiares, possuir a capacidade de os reconhecer e relembrar os seus nomes, datas de aniversários ou ocasiões importantes) (Smith, 2000). Neste contexto podemos distinguir a MP com base no tempo (ações realizadas num determinado ponto do tempo) e a MR com base em eventos (ações realizadas num ambiente específico) (Einstein & McDaniel, 1990).

Para melhor compreensão elucidámos o Quadro 1, esquema estrutural da memória.

Todos os dias, pessoas de várias faixas etárias planeiam o seu dia-a-dia com o objetivo de realizar, no momento oportuno, todas as tarefas e atividades de lazer. Por sua vez, é natural que ocorram falhas, como por exemplo esquecermo-nos de felicitar um amigo ou familiar no seu dia de aniversário.



(Quadro 1)

1.3.DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

Encontra-se em constante evolução a investigação sobre o envelhecimento e a demência com o objetivo de compreender esta disfunção cognitiva na sua fase inicial. Assim, os investigadores desta área têm-se centrado numa espécie de fronteira entre as alterações cognitivas provenientes de um envelhecimento normal e o estágio precoce da doença de Alzheimer, sendo esta fronteira difícil de definir (Petersen, 2004a).

O conceito Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) provém da tradução inglesa *Mild Cognitive Impairment* (MCI), introduzido por Petersen et al (1999), e tem sido utilizada para descrever esta zona de transição entre o envelhecimento e a doença de Alzheimer em fase inicial (Petersen et al, 1999). Corresponde a uma alteração na cognição, principalmente na memória, mas pode, também, atingir os processos atencionais, a linguagem e/ou funções executivas, embora sem alterações relevantes na funcionalidade, excluindo assim, o conceito de demência. Uma outra característica desta condição clínica é a preocupação que o indivíduo tem em relação à mudança cognitiva, isto é, idosos que apresentem DCL têm consciência de tal declínio, ao contrário dos idosos já demenciados que, em geral, possuem anosognosia (Petersen et al., 2001; Petersen, 2004b).

Outras terminologias foram utilizadas para definir esta zona de transição entre normal e patológico. No entanto, o conceito, défice cognitivo ligeiro (DCL) foi o que se tornou mais popular, tendo sido impulsionado pelos investigadores que tentam identificar as populações em risco (Stephan et al, 2008). Assim, o DCL é uma designação atribuída a sujeitos que se julga estarem em alto risco de desenvolver demência clinicamente diagnosticável (Petersen, 2004c; Garcia & De Mendonça, 2006). Mais tarde, revelou-se que os indivíduos com DCL têm um risco de 6,7 vezes maior de progressão para demência em comparação com indivíduos com a mesma idade, a partir da população geral (Boyle, Barnes, Schneider, Bienias & Bennett, 2006). O DCL surge geralmente acima dos 55 anos de idade considerando o nível de funcionamento alterado para além do esperado para a idade e nível de escolaridade (Petersen et al, 1997). Muitas vezes os pacientes têm uma história familiar de demência, fator que despoleta mais preocupação e ansiedade no sujeito quando este revela queixas acerca da sua memória, associando a isto o medo de progredir para uma fase demencial (Rosenberg, et al 2006). Neste contexto, pesquisas de opinião pública mostraram que as preocupações sobre a doença de Alzheimer estão entre as três principais preocupações das pessoas idosas (Chertkow et al, 2008). Assim, devido ao aumento de envelhecimento da

população e consequente atenção dos media, bem como maior consciencialização das pessoas acerca da doença de Alzheimer, existe mais recorrência a ajuda médica (Rosenberg, et al 2006).

Os critérios de diagnóstico para DCL, propostos por Petersen, incluem: queixa de défice de memória, comprometimento objetivo do funcionamento da memória aquando a realização de testes, mas com intacta função cognitiva geral e capacidade para executar atividades de vida diária, podendo o conceito ser considerado um pródrómo de demência. Assim, o conceito tem vindo a representar não só o início de DA, mas também as primeiras formas de todas as Demências (Ritchie & Ritchie, 2012).

1.3.1. Diagnóstico

Os critérios clínicos para DCL e a natureza da sua subjacente neuropatologia são, ainda, controversos. À medida que a investigação sobre esta temática avança em direção à prevenção, o conceito de DCL torna-se útil para caracterizar as pessoas que se encontram em fases muito iniciais de Demência (Petersen, 2004a).

Com base na história clínica e no exame neuropsicológico o médico poderá concluir que determinada pessoa não se encontra apenas num processo de envelhecimento normal, mas também não preenche os critérios para o diagnóstico de demência, pelo que terá o diagnóstico de DCL. Existem alguns subtipos de DCL (posteriormente veremos os subtipos clínicos), pelo que o subtipo deverá, sempre que possível, ser identificado, com base nos testes neuropsicológicos (Petersen, 2004a).

Segundo Petersen (2004b) os critérios para Défice Cognitivo Ligeiro utilizados pela equipa de investigação da Clínica Mayo são os seguintes: queixas subjetivas de memória, preferencialmente comprovadas por outra pessoa; défice de memória objetivo atendendo à idade e educação (este défice é determinado por uma combinação da história obtida a partir do sujeito e de uma terceira pessoa, complementada, ainda, por testes neuropsicológicos); O grau de défice é avaliado neuropsicologicamente, mas o resultado do défice é determinado pelo médico através do exame e da entrevista, assim sendo nenhum resultado isolado pode determinar o défice de memória. A função cognitiva geral deverá encontrar-se maioritariamente normal (esta envolve um julgamento clínico, ou seja os domínios cognitivos que não envolvem a memória, como a atenção, a fala, a função visuo-espacial, a resolução de problemas e semelhanças não estão comprometidos em grau suficiente, de forma que o médico possa diagnosticar demência). As atividades de vida diária devem estar essencialmente intactas (o médico deve proceder a um julgamento que pode ser difícil de

realizar, ou seja é frequente que as pessoas experimentem alterações do seu estilo de vida ao longo do tempo, e o médico deve diferenciar se as alterações são devido a um declínio da cognição ou a outros problemas e estados físicos); e, por fim, ausência de demência (Petersen, 2004b).

Estes critérios são clínicos e apenas são utilizados, em consenso, por neurologistas, neuropsicólogos, e enfermeiros que avaliaram os sujeitos de forma semelhante à que é utilizada para realizar o diagnóstico de demência ou de DA (Petersen, 2004b; Petersen & Negash, 2008). Assim, verifica-se que o termo Défice Cognitivo Ligeiro é cada vez mais utilizado por neurologistas, geriatras e médicos de família que têm pacientes idosos detentores de comprometimento cognitivo (Chertkow et al, 2008).

Aquando a elaboração de um possível diagnóstico de DCL, o médico deverá ter em conta os fatores de progressão, incluindo genética, técnicas de neuroimagem, biomarcadores e características clínicas (Petersen & Negash, 2008).

1.3.2. Classificação Clínica

Têm sido propostos nos últimos anos, subtipos clínicos de DCL com o intuito de se alargar o conceito e incluir formas prodrómicas de uma variedade de demências (Petersen & Negash, 2008). Contudo, na presença de diagnóstico de DCL, o clínico deverá proceder à caracterização do seu subtipo clínico. Assim, apresentam-se três subtipos clínicos:

1- DCL amnésico: O défice relevante é na memória, sem alterações significativas nas restantes funções. É considerado o subtipo mais estudado de entre os restantes subtipos e é frequentemente um pródromo de doença de Alzheimer, por sua vez o valor prognóstico de outros subtipos não é tão bem compreendido quanto este (Grundman et al, 2004; Petersen, 2004b; Grande, 2013).

2- DCL múltiplos domínios: o doente apresenta um comprometimento da memória e de outros domínios cognitivos (linguagem, atenção/função executiva ou habilidades visuo-espaciais), que deverão ser caracterizados pela avaliação neuropsicológica e podendo incluir alteração muito ligeira nas atividades de vida diária (mas sem magnitude para que a pessoa seja considerada demente) (Petersen, 2004a; Petersen, 2004b; Grande, 2013).

3- DCL de domínio único que não a memória: caracteriza-se por a pessoa possuir um défice relativamente isolado, num único domínio, não relacionado com a memória, tal como a função executiva, o processamento visuo-espacial ou a linguagem. Estes ligeiros défices podem estar relacionados com o possível desenvolvimento de outras demências, tal como a demência frontotemporal (Petersen, 2004c).

Tem-se o conhecimento que os indivíduos com DCL que apresentam alterações de memória têm mais probabilidades de desenvolver Demência tipo Alzheimer do que outro tipo de demência. Através de estudos realizados na comunidade americana, têm-se documentado uma taxa acelerada de progressão para demência e doença de Alzheimer em indivíduos com o diagnóstico de DCL (Petersen & Negash, 2008).

Pode apresentar-se uma breve distinção entre DCL e DA, através da seguinte tabela:

	DA	DCL
Preocupação acerca de alterações da cognição	Não	Sim
Alteração nas actividades de vida diária	Sim	Não
Alterações nos sistemas mnemónicos	Frequente	Frequente
Alterações nas funções executivas	Sim	Às vezes
Alterações nas habilidades visuo-espaciais	Sim	Raro
Alterações nas habilidades visuo-perceptivas	Sim	Não
Alteração de Linguagem	Sim	Não
O sujeito apresenta-se com acompanhamento em consultório	Sim	Não

Quadro 2: Principais diferenças clínicas entre DA e DCL, retirado da Dissertação de Mestrado de Grande, P. H. A. (2013).

É importante que se avalie o prejuízo significativo na capacidade funcional, uma vez que este é considerado um dos critérios para demência, mostrando-se fundamental na separação do diagnóstico de défice cognitivo ligeiro de demência. Sendo considerada como distinção fundamental para elaboração de diagnóstico de DCL as mudanças que devem afetar apenas funções mais complexas, mas que não revelem prejuízo significativo (Chertkow et al, 2008).

1.4. ENVELHECIMENTO/ QUEIXAS SUBJECTIVAS DE MEMÓRIA/ DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO.

O processo de envelhecimento é acompanhado de declínio em algumas habilidades cognitivas, como por exemplo as funções executivas e a memória episódica. Aquando o processo de envelhecimento é visível a presença de queixas subjetivas de memória em adultos com mais idade. A maioria dos estudos que tentaram dissertar sobre o significado das queixas de memória têm contado com investigações clínicas que relacionam as queixas de memória para um futuro declínio cognitivo ou diagnóstico de demência (Barnes, Alexopoulos, Lopez, Williamson & Yaffe, 2006), bem como um critério para a identificação de prejuízos cognitivos em pessoas de idade avançada, uma vez que estas refletem percepções e autoavaliações da memória (Crook, Feher & Larrabee, 1992; Yassuda et al., 2005). É importante referir que não existem estudos conclusivos que afirmem que o comprometimento da memória no idoso se deve, apenas, ao processo de envelhecimento ou se está relacionado com algum fenómeno puramente natural ou multi-factorial podendo resultar, de entre outras coisas, da diminuição de estímulos sociais, psicológicos e biológicos (Souza & Chaves, 2005).

Em indivíduos com declínio cognitivo as queixas subjetivas de memória podem ser indicadoras de perseveração da capacidade de reconhecer e avaliar os próprios défices (Wong et al., 2006). Os resultados existentes na literatura variam muito em relação à etiologia e significado clínico das queixas subjetivas de memória (QSM), ou seja existem estudos que demonstram que as QSM estão associadas a um desempenho prejudicado em testes de memória em idosos sem demência ou depressão, sendo possível prever um estado demencial exercendo relação com défices de memória objetiva; por outro lado existem estudos que associam QSM ao stresse psicossocial, ansiedade ou depressão (Jonker, Geerling & Schmand, 2000; Barnes et al., 2006; Garcia & De Mendonça, 2006; Vale et al., 2012). Alguns autores consideram as QSM como um dos primeiros sintomas de comprometimento cognitivo, possível demência e como um dos critérios necessários para o diagnóstico precoce de DCL (Jonker et al., 2000; Geerlings, Jonker, Bouter, Adér & Schmand, 1999; Reisberg et al., 2008; Petersen et al., 2009).

Recentemente, Singh-Manoux e seus colaboradores (2012) demonstraram que o declínio cognitivo é evidente em sujeitos com 45 anos de idade e mais velhos, indicando que mesmo que os sujeitos revelem sintomas e apresentem défice objetivo, estes podem não ser diagnosticados com demência. Em contrapartida, existem estudos que não encontram

correlações entre queixas subjetivas de memória e as referidas patologias clínicas citadas anteriormente. Assim, esta discrepância pode ser indicadora de uma falta de avaliação rigorosa dos défices cognitivos reais, por parte do sujeito (Roberts et al., 2009).

Nas últimas décadas tem aumentado exponencialmente o número de pessoas afetadas por demência, verificando-se um enorme esforço na elaboração de estudos com o objetivo de desenvolver estratégias para prevenir ou retardar o início da doença. Assim, a identificação de populações com maior risco de demência é o primeiro passo a ser dado. Pessoas com QSM e com DCL estão em maior risco de desenvolver demência, embora, ainda, não seja claro se as QSM são por si só um preditor robusto de futuro comprometimento cognitivo (CC) (Lautenschlager, Flicker, Vasikaran, Leedman & Almeida, 2005).

Após pesquisas mais profundas desta temática, descobre-se uma verdadeira incongruência entre resultados de diversos estudos, ou seja por um lado as queixas subjetivas de memória são interpretadas como uma real dificuldade cognitiva, por outro são consideradas como um resultado de fatores psicológicos, tais como a ansiedade, depressão ou até mesmo alta exigência pessoal (Jonker et al., 2000; Barnes et al., 2006; Mol et al., 2006; Vale et al., 2012).

Sujeitos com humor deprimido tendem a queixar-se mais espontaneamente dos seus défices, o que realmente nos pode indicar que se encontram mais conscientes dos seus défices de memória, através de mecanismos cognitivos que operam de forma diferente de sujeitos com CC ou demência, sendo importante avaliar os sintomas depressivos (Wong et al., 2006). A depressão está presente em cerca de 60% dos pacientes com DCL que progridem para doença de Alzheimer, podendo a depressão ser um sinal de prognóstico útil em pacientes com DCL (Visser et al., 2001).

Tendo como base o estudo de alguns autores, a depressão no idoso pode ser um pródromo de DA e de DCL, demonstrando-se que a percentagem de sintomatologia depressiva clinicamente significativa em pacientes com DA ou DCL é de 25% (Geda et al., 2006). Deste modo, pode ser interligado o diagnóstico e tratamento de DCL e Depressão em idosos, tal como, também, em futuros tratamentos neuroprotectores de DCL se poderá precisar de remeter a direção do diagnóstico para uma possível depressão (Rosenberg et al., 2006). Foi considerado, por alguns investigadores que a questão psicológica mais comum e importante é a ansiedade e o medo acerca de que futuro é reservado para estes sujeitos e de que forma se podem preparar para este. Neste sentido foi aconselhado comunicar-se ao paciente e seus familiares o estado incerto em que se encontra (DCL) informando que este

tem possibilidade de progressão para uma síndrome de risco aumentado, ao invés de um diagnóstico definido (Rosenberg et al., 2006).

As queixas de memória poderão estar relacionadas com um processamento de informação mais lento, enquadrando-se num processo de envelhecimento normal (Taylor et al., 1992; Mol et al., 2006). Sabe-se que devido ao declínio cognitivo relativamente à idade, as falhas de memória são mais preocupantes na terceira idade, havendo a probabilidade de se dar início a processos degenerativos como por exemplo, DCL, Alzheimer e Parkinson. De encontro com a literatura presente no ponto 1.2. desta dissertação, compreende-se que as falhas de memória podem estar relacionadas com situações futuras (MP), ou seja o sujeito tem dificuldade em evocar intenções que devem ser realizadas no futuro, dentro de um curto ou longo espaço de tempo, ou com situações do passado (MR), o sujeito revela dificuldade na evocação de eventos e/ou situações prévias (Henry et al., 2004; Benites & Gomes, 2007). Desta forma são importantes e necessários, em baterias de avaliação neuropsicológica, questionários de autorrelatos, na medida em que as queixas de memória constituem um dos critérios para o diagnóstico de declínio cognitivo. Estes questionários são reconhecidos pela sua prática na obtenção de informações pessoais, caracterizados por preenchimento e interpretação fácil (Benites & Gomes, 2007). Neste contexto, já em 2000 Smith e seus colaboradores tinham desenvolvido um modelo para o estudo de falhas de memória prospetiva (MP) e retrospectiva (MR) por meio de um questionário de autorrelato, o qual intitularam de Questionário de memória prospetiva e retrospectiva (*Prospective and Retrospective Memory Questionnaire* – PRMQ). Este foi elaborado para avaliar o autorrelato de falhas de memória prospetiva e retrospectiva em populações clínicas (sujeitos portadores de déficit cognitivo) e saudáveis (sujeitos cognitivamente normais). Este instrumento é caracterizado como uma medida de autoavaliação e não como uma medida direta de memória, devendo ser utilizada na quantificação de queixas de memória, identificação de questões relevantes para entrevista clínica e na formação de hipóteses clínicas (Smith et al., 2000).

O processo de envelhecimento acarreta muitas vezes um prejuízo cognitivo significativo e leva a que jovens adultos e idosos saudáveis relatem a existência de falhas de memória retrospectiva diária, as quais são mais frequentes em pacientes com DA, consideradas frustrantes por parte dos próprios pacientes e dos seus cuidadores (Smith et al., 2000). O estudo destes autores (Smith et al., 2000) concluiu que as falhas de MP podem causar um prejuízo maior nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e uma maior sobrecarga para o cuidador, do que as falhas de MR. Desta forma, entende-se que potenciais problemas

de memória são tão frequentes em adultos e idosos saudáveis, bem como em pacientes em clínicas de memória (Smith et al., 2000). Tomemos como exemplo de tarefa de MP a lembrança de tomar a medicação numa determinada hora ou o envio de uma carta ao se deparar com uma caixa de correio.

Estudos populacionais estimam prevalências tão elevadas como 46,3% em adultos de 50-59 anos de idade e 63,4% em idade dos 80-100 anos. Além da idade, tem sido associado à alta prevalência de queixas subjetivas de memória, sujeitos do sexo feminino e um nível baixo de escolaridade, aquando a utilização da escala de queixas subjetivas de memória (SMC) (Vale et al., 2012). Por outro lado, com base no estudo de Henry e seus colaboradores (2004) através da realização e avaliação de tarefas de memória prospetiva e retrospectiva entre idosos e jovens saudáveis, obteve-se como resultado que os participantes mais velhos eram significativamente mais prejudicados em medidas de MR do que em medidas de MP. Sugerido pelos autores que estes dois tipos de memória são diferencialmente afetadas pelo envelhecimento (Henry et al., 2004). Neste contexto é importante referir, com base no estudo de Crawford, Smith, Maylor, Della Salla e Logie (2003) que partiu de uma amostra de 551 adultos de uma população geral (344 do sexo feminino e 207 do sexo masculino) com uma média 64 anos de idade num intervalo de 17 a 94 anos, que os resultados obtidos neste estudo não apresentam valores estatisticamente significativos que pudessem associar a variável idade à totalidade do questionário (PRMQ) ou a uma das suas duas escalas (MP e MR), coerente com estes resultados está o estudo prévio de Smith e seus colaboradores (2000) que constatou que não houve presença de diferenças significativas entre os participantes mais jovens e os mais velhos, no que respeita a falhas de memória avaliadas pelo PRMQ. A fim de tentar entender estes resultados o estudo de Crawford, Henry, Ward e Blake (2006) com o objetivo de avaliar a procura de classificação do PRMQ e fornecer normas e métodos de interpretação dos seus resultados, sugere que magnitude e direção do efeito da variável idade observada em testes de memória prospetiva podem ser parcialmente atribuídos à presença ou ausência de auxiliares externos para o evento de MP, como por exemplo as listas de tarefas, as quais foram referidas em entrevista semiestruturada por parte dos sujeitos do grupo saudável do presente estudo. Crawford e seus colaboradores (2006) concluíram que apesar da dependência de ajudas externas, não foi associado ao fator idade um possível défice, deixando em aberto a necessidade de novos estudos neste âmbito.

De entre as várias pesquisas são visíveis as diversas variáveis estudadas quanto à associação com a satisfação com a vida; de acordo John e Montgomery (2010), o declínio

cognitivo está associado a uma diminuição com a satisfação com a vida. Especificamente, no que concerne à memória, Hernández et al., (2009) aquando a realização de um estudo com idosos de idades compreendidas entre 60 a 85 anos, observaram que a perda de memória objetiva ou as queixas, apresentaram correlação negativa com a satisfação com a vida. Concluindo-se, destes dados, que sujeitos com queixas subjetivas de memória possuem um baixo nível de satisfação com a vida (Hernández et al., 2009). Já em 2000, Smith e colaboradores tinham encontrado associação entre queixas de memória e um comprometimento de atividades instrumentais de vida diária. Neste âmbito as QSM não devem ser compreendidas como resultado de um fenómeno inofensivo de senescência ou um sintoma de depressão. Estas apresentam-se de diversas formas e com resultados diferentes, mas podem indicar um sintoma inicial de demência ou um fator de risco para demência futura. Assim, QSM devem ser encaradas como um fator sério que justifica uma investigação completa e com devido acompanhamento (Gallassi et al., 2010; Vale et al., 2012; Singh-Manoux, 2012).

Vale e seus colaboradores (2012) encontraram uma correlação positiva, porém, fraca entre QSM e o desempenho em testes de memória, e correlação positiva de grau moderado entre QSM e sintomas depressivos previamente questionados, sugerindo que os sujeitos que procuram médico por queixas de memória podem ter depressão. As queixas de memória são encaradas como comuns entre adultos e são muitas vezes uma fonte de stress e preocupação. Este estudo concluiu que a SMC é considerada útil na pesquisa sistemática ativa e consistente em queixas de memória, e pode ser utilizado para discriminar idosos dementes de idosos cognitivamente saudáveis, no entanto os autores remetem para a necessidade de realização de mais estudos neste contexto.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2.1. Objetivo de Estudo

Devido ao envelhecimento da população tem-se assistido a um aumento de doenças do foro neurológico que afetam o sistema nervoso central e que estão associadas ao aumento da idade, como é o caso das demências degenerativas. Neste contexto, é fundamental dispormos de medidas que façam um diagnóstico precoce dessas patologias. O diagnóstico de Défice Cognitivo Ligeiro amnésico, caracterizado pela presença de défice de memória, que antecede a demência, geralmente, a Doença de Alzheimer, justifica a necessidade de instrumentos que permitam a precisão deste diagnóstico com precocidade e segurança (Carrasco & Vilarrasa, 2007).

Segundo a Associação Alzheimer Portugal, em 2009, obtiveram-se dados epidemiológicos que revelaram a existência de 153 000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90 000 têm Doença de Alzheimer, forma mais prevalente de demência. Isto indica que cerca de 1 % do total da população nacional sofre desta patologia.

Um estudo no âmbito do Projecto Eurocode (European Collaboration on Dementia), financiado e promovido pela Comissão Europeia e coordenado pela Associação Alzheimer Europe apresentou resultados de prevalência da demência afirmando que existem mais de 7,3 milhões de pessoas com demência, isto equivale a cerca de 150% do total da população portuguesa, referente ao ano 2009.

Perante estes dados reforça-se, uma vez mais, o quão importante se torna a aplicação de avaliação neuropsicológica na prática dos profissionais de saúde mental. Com recurso a técnicas, testes e exames de investigação, poder-se-á obter um diagnóstico clínico mais assertivo e preciso a fim de aumentar as possibilidades de elaborar planos de prevenção e/ou reabilitação mais eficazes. Neste âmbito, o presente estudo tem como objetivo explorar as características das queixas subjetivas de memória em doentes com o diagnóstico de Défice Cognitivo Ligeiro e em sujeitos saudáveis. Em função desse objetivo, procedeu-se, em seguida, à apresentação da amostra, instrumentos, procedimentos da recolha e tratamento dos dados utilizados no presente estudo empírico.

2.1.1. Questão de Investigação

Poder-se-á considerar as queixas subjetivas de memória como um sintoma prodromático de Défice Cognitivo Ligeiro?

2.3. Hipótese

H1: Existem diferenças significativas entre o perfil de queixas subjetivas de memória em doentes com o diagnóstico de DCL e o perfil do grupo de sujeitos saudáveis.

H2: A variável idade encontra-se associada positivamente com as queixas subjetivas de memória avaliadas pela escala SMC em ambos os grupos.

H3: A variável idade encontra-se associada positivamente com as falhas de memória avaliadas pelo PRMQ em ambos os grupos.

H4: A baixa escolaridade encontra-se associada ao perfil de queixas subjetivas de memória tanto em doentes com o diagnóstico de DCL como em indivíduos saudáveis.

H5: O perfil de queixas subjetivas de memória em ambos os grupos encontra-se associado positivamente com sintomatologia depressiva.

H6: As queixas subjetivas de memória encontram-se associadas a uma diminuição da satisfação que o sujeito tem com a sua própria vida.

2.4. Amostra

A amostra inicialmente estruturada para desenvolvimento do presente estudo seria composta por 80 sujeitos, divididos em dois grupos independentes (Grupo Clínico e Grupo Saudável). Apesar de terem sido avaliados esses mesmos 80 sujeitos, foram excluídos cinco, três do grupo saudável (motivo: 1 caso com valores elevados na escala IADL; 1 caso com pontuação baixa no MMSE para a escolaridade compreendida e outro caso que referiu já ter recorrido a neurologista por queixas de memória) e dois do grupo clínico (motivo: 1 caso por ausência de respostas a cinco itens da escala PRMQ e o outro sujeito por não possuir avaliação neuropsicológica completa. Assim, a amostra apresentada neste estudo empírico é composta por 75 sujeitos que se dividem em dois grupos independentes, o grupo saudável (n=37) e o grupo clínico (n=38).

A seleção da amostra obedeceu a critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos, para ambos os grupos.

O grupo saudável requereu como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 55 anos, escolaridade superior a 4 anos, inexistência de consultas médicas por motivo de queixas de memória e ausência de doenças do foro neurológico e psiquiátrico. Nesta selecção foi, ainda, aplicado o teste Mini Exame do Estado Mental (MMSE) desenvolvido por Folsteins,

Folsteins e McHugh em 1975 e validado para a população portuguesa (Guerreiro et al, 1994) cujo resultado requerido para inclusão no grupo é um valor total igual ou superior a 22 pontos para sujeitos com escolaridade entre 1 e 11 anos e igual ou superior a 27 pontos para sujeitos com escolaridade superior a 11 anos. Foi ainda aplicada a escala de avaliação de atividades instrumentais de vida diária (IADL) (Lawton & Broody, 1969; validada para a população portuguesa S. Madureira e A. Verdelho (2008) cujo resultado objetivado é de 8 pontos para o sexo feminino e 8 pontos ou realização de, pelo menos, quatro dos oitos itens aplicáveis para o sexo masculino, uma vez que os sujeitos do sexo masculino não praticam as mesmas funções que os do sexo feminino. Os sujeitos que compõem o grupo saudável foram selecionados na Liga dos Amigos do Hospital Pulido Valente tendo sido permitido a recolha dos mesmos pela diretora da Liga via e-mail (apêndices III, IV, V e VI).

Por sua vez, são considerados como critérios de exclusão para o grupo saudável, sujeitos que apresentem sintomatologia depressiva com diagnóstico por psiquiatra e presença de patologias do foro neurológico (ex.: AVC).

O grupo clínico é composto por sujeitos com idade igual ou superior a 55 anos, escolaridade igual ou superior a 4 anos e com critérios para diagnóstico de “Défice Cognitivo Ligeiro” diagnosticados por um Neurologista e com avaliação neuropsicológica. A recolha desta amostra foi realizada por meio de consulta de processos clínicos (recolha retrospectiva) numa Clínica da Memória no centro de Lisboa, tendo sido autorizada por parte da gerência da mesma.

Analizou-se a homogeneidade da amostra para ambos os grupos, no que diz respeito às variáveis idade, sexo e anos de escolaridade, através do Teste Shapiro-Wilk (SW). Este indicou-nos que a distribuição não é normal ($p < 0.05$) para as variáveis Anos de Escolaridade [SW(37)= .201; $p = .001$] para o grupo saudável e [SW(38)= .190; $p = .001$] para o grupo clínico; e para a variável Sexo [SW(37)= .442; $p = .001$] no que respeita ao grupo saudável e [SW(38)= .379; $p = .001$] referente ao grupo clínico. Considerando-se distribuição normal ($p \geq 0.05$) para a variável idade no grupo saudável [SW(37)= 0.94; $p = .200$] e no grupo clínico [SW(38)= .085; $p = .200$]. Perante tais dados optou-se pela estatística Não-Paramétrica para minimizar o erro Tipo II (Pinto Coelho, Cunha & Martins, 2008).

Através de análise estatística descritiva verificou-se que a amostra do nosso estudo apresenta um valor médio de idades de 67 anos, com um desvio padrão de 7.26 e uma média de 10 anos de escolaridade com um valor de desvio padrão de 4.47.

2.5. Instrumentos

Na recolha de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada, avaliação da orientação pessoal, mini exame do estado mental (MMSE), escala de atividades de vida diária (IADL), escala de queixas subjetivas de memória (SMC), teste de aprendizagem (*Califórnia Verbal Learning Test* – CVLT), escala de depressão geriátrica (GDS), questionário de memória prospetiva e retrospectiva (PRMQ) e escala de satisfação com a vida (SWLS). Foi cedida autorização do uso dos referidos instrumentos por parte dos autores dos mesmos ao Grupo de Demências (Instituto de Medicina Molecular), posteriormente foi-nos permitido o uso destes por parte do Grupo de Demências. Todos estes instrumentos serão descritos pela ordem de sua aplicação.

2.5.1. Entrevista Semiestruturada

Em primeiro lugar foi realizada uma entrevista semiestruturada com os sujeitos, com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão, doenças do foro psiquiátrico e neurológico e agregado familiar) (anexo I). Foram, ainda, realizadas no ceio desta entrevista duas questões centrais aos sujeitos, tais como: Tem queixas acerca da sua memória? Se a resposta à pergunta fosse *Sim*, era questionado qual a duração e o início das queixas. A segunda questão central – Já recorreu a médico por queixas de memória? A segunda questão serviu como critério de exclusão para o grupo saudável. A análise destas questões foi meramente qualitativa.

2.5.2. Orientação Pessoal (OP)

A prova de Orientação Pessoal (OP) foi adaptada por C. Garcia em 1984, a partir do *Mental Status Questionnaire* (MSQ) (Kahn, et al., 1960; Strub & Black, 1977 citado por Garcia, 1984). Esta prova é composta por seis questões e cotada com um ponto para cada resposta correta.

2.5.3. Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

O instrumento de avaliação Mini Exame do Estado Mental foi desenvolvido por M. F. Folstein, Folstein e Mc Hugh em 1975; inicialmente apresentava como objetivo o rastreio de demência em pacientes psiquiátricos (Folstein et al. 1975), mas tem sido utilizado universalmente como uma medida de funcionamento cognitivo a um nível geral (Kochhann, Cerveira, Godinho, Camozzato & Chaves, 2009), ou seja pretende auxiliar na investigação de possíveis défices cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver uma síndrome demencial.

É um dos instrumentos mais usados no rastreio de declínio cognitivo em estudos epidemiológicos, bem como na avaliação global das funções cognitivas em ambiente clínico e/ou de investigação, tendo sido aferido para a população Portuguesa por M. Guerreiro et al. em 1994.

Este teste é composto por trinta questões, agrupadas em diversas categorias com objetivos de avaliação de funções cognitivas específicas: orientação (cotação de 10 pontos), Retenção (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (3 pontos), e linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva (1 ponto). Assume um score total máximo de 30 pontos. Este teste apresenta, segundo o estudo da bipartição Split-Half, um valor de 0,82 para a correlação entre duas partes, com a técnica de Cronbach e um coeficiente de garantia de 0,88 com a correção de Gutman (Guerreiro et al, 1994), sendo os pontos de corte para a População Portuguesa com idade superior a 40 anos, os seguintes:

Analfabetos:15/16 (valores iguais ou inferiores a 15, indicam déficit cognitivo)

De 1 a 11 anos de escolaridade: 22/23 (valores iguais ou inferiores a 22, indicam déficit cognitivo)

Escolaridade superior a 11 anos: 27/28 (valores iguais ou inferiores a 27, indicam déficit cognitivo)

Para estes pontos de corte, o teste apresenta um índice de sensibilidade=73,8%, de especificidade=93,9% e mal classificados=9,4% (Guerreiro et al, 1994).

Aquando a aplicação deste teste, é importante saber a escolaridade e idade dos sujeitos, aos quais se irá aplicar uma vez que os valores normativos do teste estão definidos de acordo com essas variáveis (Guerreiro et al., 1994). As pontuações deste teste podem, também, ser afetadas não só pela escolaridade como também pelo meio cultural (Catasús, et. al, 2007).A sua aplicação pode levar cerca de dez a quinze minutos (Carrasco & Vilarrasa, 2007). Apesar de ser um teste amplamente usado para verificar o declínio cognitivo, por si só, não é suficiente para retirar conclusões de diagnóstico. Assim, é necessária uma posterior

avaliação detalhada para se estabelecer conclusões definitivas (Folstein et. al., 1975; Ginó et al., 2010; Pereira et al., 2012). Contudo, cumpre a sua função de bateria breve de rastreio, considerado de baixo custo, pode ser aplicada por pessoas que possuam algum tipo de treino, utilizado em diferentes culturas e o impacto da depressão sobre o rendimento é mínimo (Catasús, et. al, 2007). Também se tem demonstrado uma boa ferramenta de controlo evolutivo e objetivo, e utiliza-se, inclusive, para classificar a evolução de défice cognitivo como lenta ou rápida. A confiança e a validade construtiva do MMSE são boas quando comparadas com outras escalas e medidas de diagnóstico de demência, como por exemplo as escalas de atividades instrumentais de vida diária (Catasús, et. al, 2007). É um teste sensível ao défice cognitivo moderado a grave. No entanto, o seu conteúdo está muito carregado por uma componente verbal e nem todas as secções são igualmente sensíveis ao défice cognitivo. Um dos sintomas mais precoce e característico da doença de alzheimer é o facto da memória episódica estar afetada, pelo que o subteste de evocação diferida é um dos itens mais sensíveis, na diferenciação de sujeitos portadores de DA. (Catasús, et. al, 2007).

2.5.4. Escala de Atividades de Instrumentais de Vida Diária (IADL)

O nosso estudo utilizou a *Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária* (IADL) inicialmente elaborada por Lawton e Broody em 1969; no entanto, a versão que foi aplicada sofreu algumas alterações a nível de estrutura e cotação por parte do Projeto LADIS (Pantoni et al, 2005). Para melhor entendimento passo a distinguir a IADL original da IADL utilizada no Projecto LADIS.

Esta escala de atividades instrumentais de vida diária (*Instrumental activities of daily living* – IADL) é preenchida através de entrevista semiestruturada com o cuidador e avalia diferentes níveis de desempenho nas seguintes atividades instrumentais da vida diária: usar o telefone, fazer compras, cozinhar, fazer a lida da casa, tratar da lavagem da roupa, deslocar-se, ser responsável com os próprios medicamentos e tratar das finanças. A cotação original desta escala é feita de acordo com os níveis de desempenho descritos em cada item (que pontuam 0 ou 1), sendo a pontuação máxima total da escala 8 pontos. Pontuações entre 0 e 4 são consideradas normais, sem défice (geralmente assume-se que os homens têm como pontuação máxima 5 pontos). Assim, as pontuações zero referem-se a um nível máximo de dependência e 8 independência total (Lawton & Broody, 1969).

No entanto, a escala aplicada não foi esta versão, mas sim a publicada no livro *Escala e Testes na Demência*, tendo sido essa a utilizada no Projeto LADIS, projeto esse que teve como objetivo investigar a influência das alterações da substância branca cerebral na qualidade de vida e no estado funcional no envelhecimento (Verdelho, 2010). Diferencia-se da escala original na sua estrutura de resposta e cotação. É preenchida através de entrevista semiestruturada com o próprio sujeito e não necessariamente com o cuidador, é composta pelos mesmos oito itens de avaliação de desempenho de atividades instrumentais de vida diária que a escala original, mas as pontuações das respostas variam entre 1 (independente) a 5 (muito dependente) existindo a opção de resposta 9 (não aplicável – o sujeito nunca praticou essa atividade) (Verdelho, 2010).

Pontuações de 8 pontos indicam que os sujeitos têm máxima independência, e 31 pontos revelam um sujeito totalmente dependente de outrem, sendo esperado que os sujeitos realizem pelo menos 4 dos 8 itens aplicáveis, uma vez que os sujeitos do sexo masculino não praticam as mesmas funções que os do sexo feminino (Pantoni et al., 2005).

2.5.5. Escala de Queixas Subjetivas de Memória (SMC)

A Escala de Queixas Subjetivas de Memória (SMC) com nome original de *Subjective Memory Complaints Scale* (SMC) foi desenvolvida em 1996 por Schmand e seus colaboradores; mais tarde, em 2008, foi aferida à população portuguesa por S. Ginó e seus colaboradores. A presente escala tem como objetivo avaliar se o sujeito apresenta queixas acerca da sua memória e com que gravidade (Schmand et al., 1996).

Composta por dez questões com formato de resposta do tipo Likert de 0 (nada) a 3 (muito). Por sua vez, os itens 2, 5, 8, 9 e 10 apresentam opção de resposta de 0 (nada) a 2 (muito) e os itens 6 e 7 uma opção de resposta de 0 (nada) a 1 (muito). Pontuações superiores a 4 pontos, indicam queixas subjetivas de memória de alguma importância e que poderão sugerir um défice real (Schmand et al., 1996; Ginó S., 2008).

2.5.6. Teste de Aprendizagem Verbal de Califórnia (CVLT)

O teste de aprendizagem verbal de Califórnia (*Califórnia Verbal Learning Test* – CVLT) foi elaborado por Delis, Kramer, Kaplan e Ober em 1987 e traduzido para português por F. Ribeiro, A. de Mendonça e M. Guerreiro, 2006. Esta medida clínica e de pesquisa foi

desenvolvida com o objetivo de avaliar o processo de aprendizagem verbal e memória que parecem ser relevantes para avaliar os efeitos de várias condições neurológicas. O teste permite analisar o efeito da repetição, os efeitos da posição de série, organização semântica, perseverações e interferência pró-ativa (Elwood, 1995; Nunam et al., 2000; Selaimen et al., 2007). Consiste em duas listas de palavras diferentes (A e B), compostas por 16 palavras cada lista, sendo quatro palavras de quatro categorias (ervas e temperos, roupas, ferramentas e frutas) diferentes e são apresentadas de forma pseudoaleatória. A lista A é lida ao sujeito 5 vezes até que este consiga adquirir e reter o maior número de palavras, sendo em seguida apresentada a lista B uma única vez e pedido a evocação dos itens desta lista. Após a evocação da lista B, o sujeito deverá evocar novamente a lista A (mas sem leitura), após a recordação livre são dadas pistas semânticas para nova evocação. A lista A deverá ser novamente evocada livremente e com pistas semânticas, após um intervalo de 20 minutos (Nunam et al., 2000).

Bem como no estudo de Selaimen et al. em 2007, o presente estudo utilizou o CVLT – CR, com respostas corretas, somado o número de respostas corretas no final das cinco tentativas e o CVLT – CL, com o objetivo de avaliar a curva de aprendizagem e a capacidade do paciente em fazer o agrupamento dos itens nas quatro categorias. As siglas CR correspondem às respostas corretas e as siglas CL designam a capacidade do paciente em agrupar os itens em categorias.

Este teste tem capacidade para fornecer índices de interferência tanto pró-ativa como retroativa. A interferência pró-ativa refere-se aos efeitos negativos da aprendizagem prévia sobre a retenção dos materiais posteriormente aprendidos; e a retroativa diz respeito ao impacto prejudicial para a recordação da lista B uma vez que o sujeito aprendeu anteriormente a lista A (Nunam et al., 2000).

O CVLT tem sido usado para explorar as capacidades de aprendizagem verbal e memória de pacientes com Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras doenças neurológicas (Delis et al., 1991).

2.5.7. Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A escala de depressão geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*) desenvolvida e validada em inglês por Yesavage et. al., em 1983 foi concebida como um instrumento de triagem para a depressão (Rinaldi et al., 2008), com o objetivo de avaliar a intensidade de

sintomas depressivos em idosos (Zanini, et. al., 2012). A GDS possui uma versão longa composta por 30 itens (versão original) e uma versão curta de 15 itens, ambas estão traduzidas e validadas internacionalmente e são amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, com índices de fiabilidade e validade considerados adequados (Almeida & Almeida, 1999; Ferrari & Dalacorte, 2007; Zanini, 2010).

Encontra-se traduzida e validada para a População Portuguesa pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, pelos autores J. Barreto, A. Leuschner, F. Santos e M. Sobral.

Neste trabalho foi utilizada a versão curta desta escala (GDS – 15), composta por 15 questões com formato de resposta dicotómico (Sim/Não). O score total é obtido através do somatório dos valores atribuídos às respostas assinaladas, considerado o ponto de corte proposto pelos autores de 5/6 (não caso/caso).

A pontuação global é calculada da seguinte forma:

1 ponto para as respostas *SIM* nas questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15.

ponto para as repostas *NÃO* nas questões 1, 5, 7, 11, 13.

Assim, se a cotação da escala for inferior a 5 (cinco) indica ausência de sintomas depressivos clinicamente significativos, caso a pontuação se situa entre 5 e 9 pontos é reveladora de uma sintomatologia de depressão ligeira ou moderada; por fim, se a pontuação for elevada (≥ 10 valores) estamos na presença de sintomas depressivos graves (Barreto et al, 2008).

2.5.8. *Questionário de Memória Prospetiva e Retrospectiva (PRMQ)*

O Questionário de memória prospetiva e retrospectiva (PRMQ) foi desenvolvido por Smith et al. em 2000 e traduzido para a população Portuguesa por S. Câmara (2011), encontrando-se em validação. Inicialmente foi elaborado como uma medida de autoavaliação de falhas de memória prospetiva e retrospectiva através de 16 questões referentes a situações quotidianas que envolvem a memória. Cada item é seguido de uma escala de Likert de cinco pontos, tais como: (1) nunca, (2) raramente, (3) algumas vezes, (4) frequentemente e (5) quase sempre.

O PRMQ poderá ser utilizado na identificação de questões relevantes para uma entrevista clínica, quantificação de queixas e na formação de hipóteses clínicas (Smith et al., 2000).

De entre os 16 itens que compõem o questionário, oito correspondem a autoavaliação de falhas de memória prospetiva (MP) (intenção) e os restantes oito a autoavaliação de falhas de memória retrospectiva (MR) (factos passados).

Por sua vez, cada item enquadrado na MP e MR é categorizado de acordo com duas subcategorias de tempo (curto e longo prazo) e pistas (auto iniciada ou interna ou, ainda pista ambiental ou externa) que ajudam na recordação da tarefa (Benites & Gomes, 2007). Assim, verifica-se que o presente questionário possui o mesmo número de itens, tanto da MP como da MR, seja a curto ou longo prazo com pista auto iniciada ou ambiental e cada item possui sempre três dimensões.

Quadro 3: Estrutura Tri-fatorial do PRMQ

Itens	Memória Prospetiva	Memória Retrospectiva	Longo Prazo	Curto Prazo	Pista Auto Iniciada	Pista Ambiental
1	✓	---	---	✓	✓	---
2	---	✓	✓	---	---	✓
3	✓	---	---	✓	---	✓
4	---	✓	---	✓	✓	---
5	✓	---	✓	---	✓	---
6	---	✓	---	✓	---	✓
7	✓	---	✓	---	---	✓
8	---	✓	✓	---	✓	---
9	---	✓	✓	---	---	✓
10	✓	---	---	✓	---	✓
11	---	✓	---	✓	✓	---
12	✓	---	✓	---	---	✓
13	---	✓	---	✓	---	✓
14	✓	---	✓	---	✓	---
15	---	✓	✓	---	✓	---
16	✓	---	---	✓	✓	---

A pontuação total máxima do questionário é de 80 pontos e o valor mínimo é de 16 pontos, para poucas queixas de memória (Benites & Gomes, 2007). A cotação da memória prospetiva obtém-se através do somatório de todos os itens desta mesma categoria, podendo a

sua pontuação variar entre 8 e 40 pontos. O mesmo sucede com a cotação da memória retrospectiva (Smith et al., 2000; Benites & Gomes, 2007).

2.5.9. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) foi planeada e estruturada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) e adaptada para Portugal por F. Neto, J. H. Barros e A. Barros (1990), sendo uma escala breve multi-item que implica um processo de julgamento crítico, ou seja avalia o juízo subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente, pelo investigador ou por outrem. Assim, a SWLS permite dar toda a liberdade ao sujeito de integrar e ponderar, da forma que entender, os vários domínios da sua vida em geral (por exemplo, a saúde, a família ou o bem-estar académico e profissional) (Seco et al., 2005).

O sujeito deve assinalar a pontuação que melhor se adequa a cada uma das afirmações, numa escala tipo Likert com formato de resposta de 7 pontos que varia entre 1 (Não concordo totalmente) a 7 (Concordo Totalmente), versão de 5 itens todos formulados no sentido positivo. A pontuação do sujeito pode variar entre um mínimo de 5 e um máximo de 35 pontos (Diener et al, 1985).

A SWLS foi validada, pela primeira vez em Portugal, por Félix Neto et. al. (1990). Num estudo realizado com base numa amostra de 308 professores do ensino básico e secundário, com idade média de 38.8 anos e tempo de serviço médio de 16 anos, os autores encontraram uma consistência interna (através do alfa de Cronbach) de .78, tendo a análise fatorial em componentes principais revelado a existência de um só fator, contribuindo para 53.1% da variância (Neto et al., 1990).

2.6. Procedimento de Recolha de Dados

Foi solicitada autorização à diretora da Liga dos amigos do Hospital Pulido Valente, no sentido de poder recolher os dados junto dos utentes selecionados para o grupo saudável. Posteriormente, os participantes foram informados acerca do objetivo geral do estudo, da confidencialidade e preservação do anonimato dos dados recolhidos. Todos assinaram o consentimento.

O grupo clínico foi obtido pela consulta de processos de uma Clínica de Memória, em Lisboa, com a autorização dos responsáveis e sob a orientação da Professora Manuela Guerreiro. Esta recolha de dados corresponde assim a um registo retrospectivo.

Antes da administração das escalas e testes foi preenchida para todos os sujeitos uma ficha de identificação pessoal, onde constava o género, a idade, o estado civil, a escolaridade, agregado familiar, profissão e doenças do foro neurológico e psiquiátrico, em anónimo sendo atribuído a cada sujeito um número.

No que concerne ao grupo saudável foram aplicados a todos os sujeitos e pela mesma ordem os instrumentos referidos no ponto 2.5.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Os dados obtidos foram analisados, recorrendo ao SPSS (versão 20.0). Assumindo-se o valor de .05 como nível de significância.

Em primeiro lugar foi realizada a estatística descritiva para ambos os grupos (grupo saudável e clínico) no que respeita às escalas/testes usados nesta dissertação.

Tabela 1.: Estatística Descritiva referente à escala de queixas subjetivas de memória (SMC), questionário de memória prospetiva e retrospectiva (PRMQ), escala de sintomatologia depressiva (GDS), escala de satisfação com a vida (SWLS) e teste de aprendizagem verbal de califórnia (CVLT) para o grupo saudável.

	N	média	dp	Simetria		Achatamento	
				S _u	dp	K _u	dp
SMC	37	5.95	3.37	.16	.39	-.91	.76
GDS	37	3.59	3.59	1.24	.39	.81	.76
PRMQ	37	33.73	9.24	-.15	.39	-.69	.76
SWLS	37	22.76	6.73	-.77	.39	-.54	.76
CVLT Lista A	37	59.32	13.92	-1.57	.39	1.76	.76
CVLT Lista B	37	7.92	2.71	-.32	.39	-.57	.76
CVLT Lista A	37	14.27	3.42	-2.05	.39	3.28	.76
após intervalo							
CVLT Lista A	37	15.38	1.86	-3.49	.39	12.69	.76
ajuda							
semântica							
CVLT	37	1.32	1.57	.86	.39	-.64	.76
Perseveraões							
CVLT	37	2.78	1.77	.35	.39	-.37	.76
Intrusões							

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tabela 2.: Estatística Descritiva referente à escala de queixas subjetivas de memória (SMC), questionário de memória prospetiva e retrospectiva (PRMQ), escala de sintomatologia depressiva (GDS), escala de satisfação com a vida (SWLS) e teste de aprendizagem verbal de califórnia (CVLT) para o grupo clínico.

	N	média	dp	Simetria		Achatamento	
				S _u	dp	K _u	dp
SMC	36	9.81	4.28	.34	.39	-.17	.77
GDS	38	5.53	3.81	.50	.38	-.76	.75
PRMQ	38	43.32	9.81	.03	.38	.15	.75
SWLS	24	22.38	8.20	-.05	.47	-.76	.92
CVLT Lista A	33	40.82	11.75	.03	.41	-.75	.80
CVLT Lista B	27	4.74	1.79	.68	.45	-.29	.87
CVLT Lista A	27	8.85	3.78	-.52	.45	-.19	.87
após intervalo							
CVLT Lista A	26	10.38	2.62	.54	.46	-.13	.89
ajuda							
semântica							
CVLT	33	4.09	3.17	.84	.41	.32	.80
Perseverações							
CVLT	32	3.75	5.32	2.13	.41	4.83	.81
Intrusões							

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Com base na tabela 1 e 2 verifica-se que as escalas e questionário referidos se encontram distribuídos de igual modo para os dois grupos, no entanto o teste de aprendizagem verbal de Califórnia (CVLT) não usufrui da mesma característica. No que respeita ao grupo saudável (tabela 1) a evocação espontânea após intervalo curto e a evocação com ajuda semântica da lista A não apresentam valores coerentes com a curva de normalidade (simetria e achatamento); por outro lado no que concerne ao grupo clínico (tabela 2) apenas não se encontra dentro da curva de normalidade o valor das Intrusões no teste CVLT; ainda assim este teste não dispõe do seu preenchimento total (missing values) em nenhuma das suas etapas, tal como se pode verificar através da dimensão da amostra (valor de N). Este acontecimento pode dever-se à dificuldade cognitiva que os sujeitos com DCL possuem, uma vez que o grupo saudável não apresentou dificuldades na sua resolução (tabela 1). Assim, não se fará uso dos resultados obtidos por parte deste teste (CVLT) no restante estudo de investigação das características de queixas subjetivas de memória em sujeitos clínicos e

saudáveis. Os resultados, apresentados anteriormente (tabela 1 e 2), referentes a este teste são meramente descritivos com intuito de classificação de cada grupo.

Realizou-se o teste Mann-Whitney, o qual compara os dois grupos independentes com o objetivo de investigar se os valores do grupo clínico diferem do grupo saudável e qual destes apresenta valores superiores. Este teste pretende testar a igualdade das medianas (Pinto Coelho et al., 2008).

Tabela 3: Comparação de medianas entre cada medida para cada grupo – Teste Mann-Whitney.

	Grupo		Estatística	
	Clínico N= 38	Controlo N=37		
	Média de Ranks	Média de Ranks	u	p
SMC	46.39	27.86	1.004	.000
GDS	44.12	31.72	936	.013
PRMQ	47.51	28.23	1.065	.000
PRMQ Prospetivo	46.36	29.42	1.021	.001
PRMQ Retrospectivo	47.58	28.16	1.067	.000
SWLS	30.48	31.34	432	.853

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Na tabela 3 observa-se a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos no grupo clínico e no grupo saudável tanto no que concerne a escalas/questionários de memória [SMC ($u= 1.004$; $p=.000$), PRMQ ($u = 1.065$; $p=.000$), PRMQ Prospetivo ($u = 1.021$; $p=.001$) e PRMQ Retrospectivo ($u = 1.067$; $p=.000$)], como no que respeita à escala de sintomatologia depressiva [GDS ($u = 936$; $p=.013$)], com valores de $p<.05$. Neste contexto, observa-se que os sujeitos com DCL apresentam mais queixas de memória (geral, memória prospetiva e retrospectiva), bem como apresentam mais sintomatologia depressiva. Por sua vez, é visível a igualdade de medianas quanto à escala SWLS ($p>.05$) revelando que não existem diferenças significativas entre os grupos ($u = 432$; $p= .853$) concluindo-se que a satisfação que cada sujeito tem com a sua própria vida não difere entre sujeitos saudáveis e sujeitos com DCL.

Tabela 4: Comparação de resultados obtidos entre as subescalas de avaliação da memória prospetiva e retrospectiva para o grupo clínico.

Clínico			
	N= 38	Estatística	
	Média de Raks	χ^2	p
PRMQ Prospetivo	1.47	.125	.724
PRMQ Retrospectivo	1.53		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tabela 5: Comparação de resultados obtidos entre as subescalas de avaliação da memória prospetiva e retrospectiva para o grupo saudável.

Saudável			
	N= 37	Estatística	
	Média de Raks	χ^2	p
PRMQ Prospetivo	1.43	.806	.369
PRMQ Retrospectivo	1.57		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Procuramos verificar se existiria mais queixas de memória prospetiva do que retrospectiva, nos dois grupos em estudo, para isso utilizamos o Teste de Friedman para uma amostra. Com base na tabela 4 verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre queixas de MP e MR [$\chi^2(1)=.125$; $p=.724$] no grupo clínico. O mesmo acontece no grupo saudável (tabela 5) [$\chi^2(1)=.806$; $p=.369$].

Em seguida serão apresentadas as possíveis associações entre as variáveis inicialmente estipuladas para a elaboração desta investigação, através do método estatístico de Correlação de Spearman para cada um dos grupos independentes.

Correlação de Spearman para o Grupo Saudável:

Tabela 6: Correlação das variáveis Idade, Anos de Escolaridade, escala de sintomatologia depressiva, questionário de avaliação da memória e suas subescalas de avaliação de memória prospetiva e retrospectiva com a escala de avaliação de queixas subjetivas de memória.

SMC		
	r	p
Idade	.31	.049
Anos de Escolaridade	-.33	.045
GDS	.42	.010
PRMQ	.72	.000
PRMQ Prospetiva	.71	.000
PRMQ Retrospectiva	.66	.000
SWLS	-.28	.090

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tabela 7: Correlação do questionário de avaliação da memória e subescalas de avaliação da memória prospetiva e retrospectiva, escala de satisfação com a vida com a escala de avaliação de sintomatologia depressiva.

GDS		
	r	p
PRMQ	.44	.007
PRMQ Prospetiva	.43	.008
PRMQ Retrospectiva	.43	.007
SWLS	-.82	.000

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tabela 8: Correlação das Variáveis Idade, Anos de Escolaridade e escala de satisfação com a vida com o questionário de avaliação da memória e suas subescalas de avaliação de memória prospetiva e retrospectiva.

PRMQ		
	r	p
Idade	.11	.518
Anos de Escolaridade	-.23	.167
SWLS	-.37	.023

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tendo como base os resultados obtidos verifica-se a presença de correlação positiva e moderada entre as variáveis idade e anos de escolaridade. Verifica-se que à medida que a idade do sujeito aumenta, pode aumentar as queixas subjetivas de memória do mesmo ($r=.31$; $p=.049$). O estudo revela que sujeitos com baixa escolaridade apresentam mais queixas subjetivas de memória, tal relação se pode verificar através dos resultados obtidos ($r=-.33$; $p=.045$). As escalas SMC e GDS apresentam uma correlação positiva e moderada, ou seja à medida que existe um aumento da pontuação da SMC há um respetivo aumento dos valores da GDS, assim entende-se que os sujeitos com queixas subjetivas de memória revelam sintomatologia depressiva, tal facto é comprovado pelo valor de significância obtido para a correlação em questão, uma vez que $p<.01$ representa um nível de significância forte ($r=.42$; $p=.010$). Ver tabela 6.

Os resultados obtidos revelam que existe correlação positiva e forte entre as medidas subjetivas SMC e o PRMQ, tanto na totalidade do questionário ($r=.72$; $p=.000$) como nas suas subescalas de avaliação da memória prospetiva ($r=.71$; $p=.000$) e retrospectiva ($r=.66$; $p=.000$). Ver tabela 6. Este facto era inicialmente esperado uma vez que estas têm em comum o seu objetivo – avaliar défices de memória; no entanto, o questionário PRMQ é mais específico quanto a dois tipos de memória.

Nos resultados obtidos para o grupo saudável, não se verificou correlação significativa entre as medidas SMC e SWLS ($r=-.28$; $p=.090$) o que nos indica que as queixas subjetivas de memória não interferem, de modo significativo, na satisfação que o sujeito tem com a sua própria vida. Ver tabela 6.

Quando correlacionadas as medidas GDS e PRMQ, estas revelam correlações de sentido positivo e grau moderado, com um grau de significância forte ($p<.01$), demonstrando que a sintomatologia depressiva possui relação com as falhas de memória, tanto no que concerne à memória no geral ($r=.44$; $p=.007$), bem como no que diz respeito à memória prospetiva ($r=.43$; $p=.008$) e retrospectiva ($r=.43$; $p=.007$). Ver tabela 7.

Entende-se que sujeitos que possuam sintomatologia depressiva tendam a ter menos satisfação com a sua própria vida, este facto é relevado pela presença de correlação negativa e forte entre a medida SWLS e GDS ($r=-.82$; $P=.000$). Ver tabela 7.

Por fim, a tabela 8 indica-nos que não existe correlação significativa entre as falhas de memória, sejam estas provenientes da memória prospetiva e/ou retrospectiva, com as variáveis idade e escolaridade, deste modo entende-se que a variável idade e escolaridade não têm peso nas falhas de memória reveladas pelos sujeitos do grupo saudável. Por sua vez, e ao

contrário da inexistência de correlação significativa entre as medidas SMC e SWLS, a medida subjetiva PRMQ correlaciona-se com sentido negativo e grau moderado com a SWLS, demonstrando que as falhas de memória no sujeito tendem a que este se sinta menos satisfeito com a sua própria vida ($r=.37$; $p=.023$).

Correlação de Spearman para o Grupo Clínico:

Tabela 9: Correlação das variáveis Idade, Anos de Escolaridade, escala de sintomatologia depressiva, questionário de avaliação da memória e suas subescalas de avaliação de memória prospetiva e retrospectiva com a escala de avaliação de queixas subjetivas de memória.

	SMC	
	r	p
Idade	.54	.001
Anos de Escolaridade	-.52	.001
GDS	.39	.018
PRMQ	.66	.000
PRMQ Prospetiva	.71	.000
PRMQ Retrospectiva	.48	.003
SWLS	-.22	.305

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tabela 10: Correlação do questionário de avaliação da memória e subescalas de avaliação da memória prospetiva e retrospectiva, escala de satisfação com a vida com a escala de avaliação de sintomatologia depressiva.

	GDS	
	R	p
PRMQ	.41	.011
PRMQ Prospetiva	.43	.007
PRMQ Retrospectiva	.25	.126
SWLS	-.65	.001

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tabela 11: Correlação das Variáveis Idade, Anos de Escolaridade e escala de satisfação com a vida com o questionário de avaliação da memória.

	PRMQ	
	r	p
Idade	.66	.000
Anos de Escolaridade	-.41	.011
SWLS	-.33	.122

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Bem como os resultados obtidos para o grupo saudável no que concerne ao tabela 9 (resultados do grupo clínico) todas as variáveis apresentam correlações significativas à exceção da escala SWLS. A variável idade apresenta correlação de significância forte ($p<.01$) de sentido positivo e grau moderado quando correlacionada com a SMC, isto indica que, à medida que a idade dos sujeitos avança podem aumentar as queixas subjetivas de memória ($r=.54$; $p=.001$). A variável Anos de Escolaridade apresenta uma correlação de sentido negativo e grau moderado, tal facto é revelador que os sujeitos com baixa escolaridade tendem a ter mais queixas subjetivas de memória ($r=-.52$; $p=.001$). A correlação positiva e moderada existente entre as escalas SMC e GDS demonstram que à medida que aumenta a sintomatologia depressiva podem aumentar as queixas subjetivas de memória dos sujeitos ($r=.39$; $p=.018$).

No que concerne às correlações existentes entre o PRMQ, PRMQ Prospetiva e PRMQ Retrospectiva com a medida SMC, todas tem sentido positivo, o que inicialmente já era esperado, uma vez que as duas avaliam a memória. Quando correlacionado PRMQ e SMC esta assume um grau forte e uma significância de correlação bastante forte ($p<.001$), ($r=.66$; $p=.000$). Coerente com estes resultados está a correlação existente entre PRMQ Prospetivo e SMC ($r=.71$; $p=.000$). Por fim, assumindo uma correlação de grau moderado é a correlação existente entre o PRMQ Retrospectivo e SMC, com significância forte ($p<.01$), ($r=.48$; $p=.003$). Ver tabela 9. Poder-se-á dizer que PRMQ Prospetiva tem uma correlação de maior peso na escala de queixas subjetivas de memória do que PRMQ Retrospectivo, mas na totalidade deste questionário (PRMQ) este correlaciona-se fortemente com a SMC.

Quando correlacionamos a escala de avaliação de sintomatologia depressiva (GDS) com o PRMQ e suas subescalas verificou-se correlação significativa nos valores obtidos para PRMQ ($r=.41$; $p=.011$) e PRMQ Prospetivo ($r=.43$; $p=.007$) assumindo correlações de sentido

positivo e grau moderado, à exceção do PRMQ Retrospectivo ($r=.25$; $p=.126$) que não apresenta correlação significativa. Ver tabela 10. O que não é coerente com os resultados para as mesmas correlações no que concerne ao grupo saudável, pois neste o PRMQ Retrospectivo também se correlaciona com a GDS – Ver tabela 7.

Ao contrário dos resultados obtidos no grupo saudável, o grupo clínico apresenta correlação de sentido positivo e grau forte entre a variável idade e o PRMQ, revelando, tal como a SMC, que as queixas de memória seja de carácter prospetivo ou retrospectivo podem aumentar com o avanço da idade ($r=.66$; $p=.000$), revelando uma significância bastante forte ($p<.001$). A variável Anos de Escolaridade apresenta correlação de sentido negativo e grau moderado, o que significa que a baixa escolaridade pode ter valor significativo na presença de queixas de memória, seja estas de origem prospetiva e/ou retrospectiva ($r=-.41$; $p=.011$). Por fim, não existe correlação significativa entre SWLS e PRMQ, o que significa que a presença de falhas de memória avaliadas pelo PRMQ revelam que não existe associação da presença de queixas de memória e a satisfação que o sujeito revela acerca da sua própria vida. Ver tabela 11.

CAPITULO IV

DISCUSSÃO E LIMITAÇÕES

Este estudo procurou aprofundar a temática Défice Cognitivo Ligeiro com o objetivo de relacionar um dos seus critérios de diagnóstico, as queixas subjetivas de memória, com o fator idade e escolaridade, sintomatologia depressiva e satisfação que o sujeito tem para com a sua própria vida. A literatura indica que os sujeitos saudáveis também podem apresentar queixas de memória como resultado de um processo de envelhecimento normal (Barnes et al., 2006), por sua vez estas também podem estar associadas a sintomatologia depressiva (Geda et al., 2006; Vale et al., 2012). Deste modo, foram estabelecidas seis hipóteses de estudo as quais se pretende apresentar e confrontar mediante outros estudos anteriores (literatura).

A primeira hipótese clínica (**H₁**: existem diferenças significativas entre o perfil de queixas subjetivas de memória em doentes com o diagnóstico de DCL e o perfil do grupo saudável) parece ser comprovada pelos resultados obtidos que se observam através do Teste Mann-Whitney (tabela 3). Estes revelam que os sujeitos do grupo clínico apresentam um resultado superior de queixas de memória avaliadas pela escala estruturada SMC e quantificadas pelo questionário de auto-relato PRMQ do que os sujeitos do grupo saudável. Estes resultados são coerentes com o estudo de Vale e seus colaboradores (2012), com uma amostra de 161 sujeitos com 60 ou mais anos de idade, escolaridade média de 5 anos, dos quais 59.0% eram do sexo feminino, obtiveram resultados que indicaram que a escala SMC era útil na pesquisa sistemática, ativa e consistente de QSM com o intuito de discriminar idosos dementes de idosos saudáveis, obtendo valores mais elevados em sujeitos clínicos. Com o uso do PRMQ o resultado obtido por ele vai de encontro ao estudo de Smith e seus colaboradores (2000) com uma amostra de 862 voluntários agrupados em cinco grupos: (1) pacientes com diagnóstico de DA, (2) cuidadores (saudáveis) de pacientes com DA, (3) casais de idosos, (4) jovens e (5) casados; através do questionário de auto-relato PRMQ obtiveram uma maior frequência de queixas de memória em pacientes com DA em comparação com cuidadores de pacientes de DA, que de entre os cinco grupos foram os que obtiveram menor grau de queixas de memória.

Os resultados apresentados nas tabelas 4 e 5 revelam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as queixas de memória prospetiva e/ou retrospectivas apresentadas por parte de cada grupo (distribuição normal) não indo ao encontro da literatura, visto que, com base no estudo anterior de Smith e colaboradores (2000) os quais utilizaram o PRMQ de 16 itens idêntico ao utilizado neste estudo, existe uma maior frequência de falhas de memória prospetivas tanto em sujeitos saudáveis como em sujeitos com diagnóstico de DA. No entanto, com base nas entrevistas semiestruturadas realizadas em primeiro plano do

protocolo de avaliação deste estudo, a maior preocupação do grupo saudável é o esquecimento de realizar algumas ações futuras (MP) (exemplo das mais comum entre os sujeitos: ir ao supermercado e não recordar o que ia comprar; não lembrar de voltar a ligar para um amigo/familiar caso este não atenda a primeira chamada efetuada; esquece de desligar o fogão). Devido a estas preocupações os sujeitos do grupo saudável revelaram que utilizam listas de tarefas com o intuito de não deixarem de realizar os seus compromissos, demonstrando que tais falhas interferem na vida diária destes. Este relato final é coerente com o estudo de Smith e colaboradores (2000) e Hernández e colaboradores (2009) os quais defendem que as queixas de memória estão associadas a um comprometimento de atividades de vida diária. Por outro lado, a inexistência de diferenças significativas entre queixas de MP e/ou MR por parte dos sujeitos clínicos, deve-se, em minha análise, ao declínio da memória na sua totalidade, isto é, têm dificuldade em recordar eventos futuros, bem como situações do passado.

Desta forma, bem como Smith e colaboradores (2000) referiram, os potenciais problemas de memória são tão frequentes em adultos e idosos saudáveis, bem como em pacientes de Clínicas de memória, salvaguardando que as queixas reveladas por sujeitos são em maior grau em sujeitos com comprometimento cognitivo.

Tendo como suporte a tabela 6, a qual nos indica que a variável idade se correlaciona positivamente de grau moderado com a escala de queixas subjetivas de memória, entende-se que com o avanço da idade os sujeitos tendem a revelar mais queixas acerca da sua memória, o mesmo acontece no que respeita ao grupo clínico (tabela 9), com um resultado de correlação e significância superior ao grupo saudável. Reforçando a hipótese que à medida que aumenta a idade tendem a aumentar as queixas subjetivas de memória. Assentando nos resultados obtidos por parte de um estudo anterior que utilizou a mesma escala, foi visível o efeito da variável idade com as referidas queixas de memória, tanto em sujeitos clínicos como em sujeitos saudáveis (Vale et al., 2012). Neste contexto, através da explicação fornecida pela literatura e com base nos resultados obtidos neste estudo parece conseguir-se comprovar **H₂** (a variável idade encontra-se associada positivamente com as queixas subjetivas de memória avaliadas pela escala SMC em ambos os grupos).

Neste âmbito teve-se como propósito verificar se a variável idade também estava associada positivamente ao questionário de auto-relato PRMQ. Neste contexto estabeleceu-se **H₃** (a variável idade encontra-se associada positivamente com as falhas de memória avaliadas pelo PRMQ em ambos os grupos). O estudo desenvolvido por Crawford e seus colaboradores

(2003) revelou a inexistência de resultados estatisticamente significativos entre a variável idade e o questionário PRMQ, bem como com as suas subescalas (MP e MR) numa população geral, de encontro com estes resultados verifica-se os resultados apresentados no estudo de Smith e seus colaboradores (2000) uma vez que também constataram a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes jovens e idosos (clínicos e saudáveis) no que respeita a falhas de memória quantificadas pelo PRMQ. Os resultados obtidos nesta dissertação são, em parte, coerentes com os estudos anteriormente referidos, uma vez que não se encontrou associação positiva entre a variável idade e o PRMQ referente ao grupo saudável (tabela 8); por sua vez diferem quando se analisa a mesma correlação referente ao grupo clínico, neste e ao contrário dos estudos anteriores a variável idade associa-se fortemente com o questionário PRMQ. Uma vez que este questionário é específico na quantificação de falhas da memória a três níveis (memória geral, prospetiva e retrospectiva) e os resultados revelam esta associação, na minha visão clínica a variável idade está sim associada positivamente às queixas de memória, uma vez que os sujeitos com DCL se encontram com declínio a estes três níveis de memória e apresentam correlação positiva e forte com a variável idade (tabela 11), assim dever-se-á tomar atenção ao fator idade elevada em avaliações cognitivas futuras.

A literatura revela-nos que a baixa escolaridade se encontra associada a queixas de memória, sejam estas avaliadas pela escala SMC (Vale et al., 2012) ou pelo MMSE (Jonker et al., 2000), por sua vez este último é considerado robusto na avaliação de declínio cognitivo em fase inicial, mas sensível ao défice cognitivo de moderado a severo (Catasús, et. al, 2007), como tal apenas foi utilizado nesta dissertação como teste de triagem para a seleção da amostra. Deste modo, por meio da utilização da escala SMC elaborou-se como hipótese (**H4**) que a baixa escolaridade se encontra associada ao perfil de queixas subjetivas de memória tanto em doentes com o diagnóstico de DCL como em indivíduos saudáveis. Neste âmbito, com base nos resultados obtidos para o grupo saudável (tabela 6) e para o grupo clínico (tabela 9) comprova-se a nossa hipótese em estudo, mediante a correlação negativa existente entre a variável anos de escolaridade e a escala de queixas subjetivas de memória nos dois grupos, concluindo-se que sujeitos com baixa escolaridade tendem a revelar mais queixas subjetivas de memória, sejam estes portadores de diagnóstico de DCL ou saudáveis.

Com fim de compreender melhor esta associação, procedeu-se à análise de existência/inexistência de associação dos anos de escolaridade com queixas de memória quantificadas através do questionário PRMQ em ambos os grupos, uma vez que além de avaliar a memória prospetiva e retrospectiva, este também avalia a memória geral. Obteve-se

como resultado correlação negativa e significativa entre a variável anos de escolaridade e PRMQ apenas no grupo clínico, o que acaba por reforçar que a baixa escolaridade está associada ao perfil de falhas de memória, uma vez que o PRMQ aplicado aos sujeitos clínicos revela presença de falhas de memória em três níveis e no que concerne aos sujeitos saudáveis não apresenta pontuação para falhas de memória preocupantes (tabela 3).

Após pesquisa intensa a fim de justificar com a literatura tais resultados, não foram encontrados estudos que associassem esta variável (anos de escolaridade) ao questionário de auto-relato (PRMQ). Neste âmbito, uma vez que estes instrumentos de avaliação e quantificação de queixas de memória apresentam estruturas diferentes, sendo o PRMQ mais específico nas suas questões, estes resultados podem indicar, através destes instrumentos, que a baixa escolaridade é um fator de possível desenvolvimento de falhas de memória, visto que a associação entre estas variáveis apenas é visível no grupo clínico por parte do PRMQ e em ambos os grupos no que concerne a uma avaliação através da SMC.

Sabe-se que indivíduos que relatam queixas de memória revelam perseveração da capacidade de avaliar e reconhecer os seus próprios défices (Wong et al., 2006), no entanto a literatura indica-nos que as queixas de memória podem ser resultado de um processo de envelhecimento normal, de real dificuldade cognitiva e ainda da possível presença de sintomatologia depressiva (Geda et al., 2006; Vale et al., 2012). Neste âmbito pretende-se comprovar, mediante literatura e resultados obtidos, que o perfil de queixas subjetivas de memória se encontra associado positivamente com a sintomatologia depressiva em sujeitos saudáveis e em doentes com DCL (**H₅**).

Geda e seus colaboradores (2006) demonstraram a possibilidade de presença de sintomatologia em sujeitos com défice cognitivo ligeiro. Através de um estudo de carácter prospetivo de coorte com uma amostra de 840 sujeitos cognitivamente normais e sem depressão. Estes foram recrutados do registo de pacientes de doença de Alzheimer da Clínica Mayo tendo sido previamente avaliados por parte de neurologistas comportamentais, técnicas de neuroimagem (ex.: TAC e RNM), extensa bateria neuropsicológica e tomou-se em atenção o relato dos seus cuidadores. Os sujeitos selecionados para o estudo foram acompanhados longitudinalmente durante um período médio de 3,5 anos. O estudo teve por objetivo investigar se idosos com depressão avaliados pela escala GDS versão curta (15 itens) estão em risco de desenvolver défice cognitivo ligeiro. De entre a amostra saudável selecionada 143 sujeitos desenvolveram depressão durante o período de seguimento, enquanto os restantes 697 não desenvolveram. Dos 143 jovens que desenvolveram depressão, 68 pontuaram cerca de 7

pontos na escala GDS, 72 obtiveram scores de 7 a 11 pontos e 3 apresentaram resultados entre 12 e 15 pontos. Estes autores referem que a depressão tende a ser mais visível em sujeitos com mais idade. Neste contexto, o estudo de Geda e colaboradores (2006) referiu que dos 143 sujeitos que revelaram depressão, 17 desenvolveram DCL e dos restantes 697 que não apresentaram depressão, apenas 33 desenvolveram DCL o que analisado sob a forma de percentagens nos revela que é maior a percentagem de sujeitos que apresentaram depressão e vieram a desenvolver DCL. Dissertaram que sujeitos com depressão que posteriormente desenvolveram DCL ou até mesmo demência queixam-se de falhas de memória com mais frequência, revelando que se sentem cheios de energia com menos frequência do que sujeitos cognitivamente normais (Geda et al., 2006). O referido estudo conclui que as queixas de memória estão associadas à presença de sintomatologia depressiva e que tais sujeitos possuem um risco aumentado de desenvolver DCL e/ou até mesmo demência. O estudo de Geda e colaboradores (2006) foi apresentado mais detalhadamente na discussão deste estudo com o intuito de explicar que inicialmente a amostra de 840 sujeitos era totalmente saudável e só posteriormente desenvolveram a patologia, ao contrário do nosso estudo que recolheu sujeitos de duas populações diferentes (clínicos e saudáveis).

Os nossos resultados indicam-nos que a presença de sintomatologia depressiva pode ser responsável pelos relatos de queixas de memória tanto em sujeitos saudáveis avaliados pela escala SMC e quantificadas as queixas pelo questionário PRMQ (tabela 6 – SMC vs. GDS e tabela 7 – PRMQ vs. GDS) bem como no que respeita aos sujeitos com DCL avaliados pelos mesmos instrumentos (tabela 9 – SMC vs. GDS e tabela 10 – PRMQ vs. GDS).

No entanto apesar dos resultados encontrados que permitem obter as mesmas conclusões, é importante referir que apesar do estudo de Geda e seus colaboradores (2006) utilizarem a mesma escala para a avaliação de sintomatologia depressiva (GDS), não utilizam nenhum dos instrumentos que foram utilizados para a avaliação e quantificação de queixas de memória, mas sim a escala de memória de Weschsler (WMS), MMSE, escala de avaliação de demência (DRS), Tarefa seletiva de recordação livre e com pistas (*Free and Cued Selective Reminding Task* – FCSR-T) e escala de deterioração global (DGS) estes são os instrumentos principais utilizados para a avaliação de declínio cognitivo que compõe a extensa bateria neuropsicológica utilizada no estudo destes autores (Geda et al., 2006).

A associação positiva existente entre a escala SMC e GDS é coerente com os resultados obtidos no estudo de Vale e colaboradores (2012), os quais concluíram que a sintomatologia depressiva está associada ao perfil de queixas subjetivas de memória em

sujeitos clínicos, não sendo visível a presença dessa mesma associação no que respeita ao grupo saudável. Estes autores (Vale et al., 2012) sugeriram a avaliação de sintomatologia depressiva quando se tem como objetivo avaliar sujeitos com queixas subjetivas de memória. Neste âmbito os nossos resultados parecem reforçar a mesma ideia, na medida em que as queixas de memória podem provir de sintomatologia depressiva, não só no que respeita a sujeitos clínicos (Vale et al., 2012), mas também referente ao grupo saudável.

No que concerne ao uso do questionário PRMQ para quantificação de falhas de memória este também se encontra associado a sintomatologia depressiva em ambos os grupos, o que acaba por reforçar a ideia inicial, no entanto não foram encontrados estudos que comprovassem o mesmo ou o contrário. No estudo de Crawford e colaboradores (2006) não foi tido em consideração as diversas características da população tendo sido a amostra selecionada de diferentes fontes, ainda assim, indicações de presença de sintomatologia depressiva e/ ou ansiedade não foram controladas nos estudos de Smith et al (2000) e Crawford et al (2003;2006) apesar destes fatores serem conhecidos como tendo influência na meta-memória (Yassuda et al., 2005). Apenas foram excluídos do estudo de Crawford et al (2006) participantes com o diagnóstico de demência, maior prejuízo sensorial e retardo mental. Perante tais dados, é visível a necessidade de estudos que tenham como objetivo investigar se a presença de sintomatologia depressiva está associada a falhas de memória quando avaliadas/quantificadas pelo questionário PRMQ de Smith et al (2000).

Existem, também, estudos que revelam a associação entre a sintomatologia depressiva e DCL (Barnes et al., 2006). O estudo destes autores com uma amostra composta por 2.200 sujeitos recolhidos do estudo de saúde cognitiva e cardiovascular, com uma média de idades de 74 anos, conteve 857 sujeitos que não possuíam sintomatologia depressiva, 916 apresentavam sintomatologia depressiva baixa e 447 revelaram sintomatologia depressiva moderada. A avaliação de sintomatologia depressiva não foi realizada através da escala GDS mas por meio da utilização da escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Além desta avaliação, a amostra foi avaliada por outros instrumentos de uma extensa bateria neuropsicológica e neurológica (*Digit Symbol Test*; *Modified Mini-Mental State Examination* (3MS); *Benton Visual Retention Test*; *Telephone Interview for Cognitive Status*; *Dementia Questionnaire*; *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*; *activities of daily living – ADL* e *instrumental activities of daily living – ADLs*). São, ainda, observados por neurologistas e psiquiatras a fim de realizar os possíveis diagnósticos de DCL. Os resultados obtidos por parte deste estudo, mesmo que não utilizando as mesmas

medidas que o nosso estudo, revelou que em idosos cognitivamente normais o risco de desenvolver DCL acresce com o número de sintomas depressivos. Deste modo entende-se que os sintomas depressivos estão associados ao risco aumentado de DCL, considerando-se esta associação independente da doença vascular que se encontrava subjacente nesta amostra (Barnes et al., 2006).

A fundamentação teórica do nosso estudo (Capítulo I) ensina-nos que a presença de queixas subjetivas de memória está associada a uma diminuição da satisfação com a vida (Hernández et al., 2009). No entanto, da mesma forma que não se consegue justificar com os nossos resultados a nossa hipótese de estudo (**H6**: as queixas subjetivas de memória encontram-se associadas a uma diminuição da satisfação que o sujeito tem com a sua própria vida), estes também não são coerentes com a literatura. Em primeiro plano não existe diferença significativa entre o grau de satisfação com a vida entre sujeitos saudáveis e doentes com DCL (tabela 3), este resultado poderá ser justificado pela presença de queixas subjetivas de memória em ambos os sujeitos, bem como a presença de sintomatologia depressiva. Tendo em conta que em ambos os grupos a pontuação da escala SWLS revela baixa satisfação com vida (tabela 3).

No que respeita às correlações existentes entre a satisfação que os sujeitos têm com a própria vida e as queixas de memória, apenas é encontrada associação negativa com o questionário PRMQ no que respeita ao grupo saudável (tabela 8); por outro lado, no que concerne ao grupo clínico a SWLS não se encontra associada estatisticamente significativa com instrumentos de avaliação de queixas de memória (SMC e PRMQ) o que nos permite concluir que a satisfação com a vida revelada por parte dos sujeitos não se encontra associada com as queixas de memória avaliadas por estas duas medidas. No entanto, a presença de associação negativa entre o PRMQ e SWLS poderá ser resultado de uma maior valorização de queixas subjetivas de memória reveladas pelos sujeitos do grupo saudável.

Ao contrário das conclusões retiradas dos resultados obtidos nesta dissertação, o estudo de Hernández et al (2009) concluiu que as queixas de memória estão associadas negativamente com a satisfação com a vida. Este estudo obteve uma amostra de 340 indivíduos (30 homens e 310 mulheres) com idades compreendidas entre os 60 e os 85 anos, com o objetivo de estudar as variáveis objetivas de funcionalidade e o grau de satisfação com a vida em sujeitos idosos com um estilo de vida ativo. A fim de alcançar resposta ao objetivo em estudo utilizaram a escala de satisfação com a vida de Diener et al. (1985), teste de memória comportamental de Rivermead (*Rivermead Behavior Memory Test*) desenvolvido

com o objetivo de detetar o declínio do funcionamento da memória quotidiana, e o questionário de falhas de memória de vida diária (*Memory Failures Everyday* - MFE) de Sunderland composto por 28 itens sobre situações e atividades de vida diária (Hernández et al., 2009). Utilizaram, ainda, a escala de depressão geriátrica (GDS) versão 30 itens e a escala de recursos sociais (OARS) para avaliar o suporte social (Hernández et al., 2009). Revelaram que o resultado obtido já era inicialmente esperado uma vez que os sujeitos que se encontravam mais satisfeitos apresentaram menos queixas de memória, no entanto indicaram que com o avanço da idade dos sujeitos esta associação inverte-se, ou seja com o aumento da idade os sujeitos tendem a revelar mais queixas e a sua satisfação com a vida diminui, referindo que tal facto pode revelar um sinal precoce de declínio cognitivo (Hernández et al., 2009).

4.1. Limitações

Apresentamos as limitações encontradas, algumas de cariz metodológico e como tal passíveis de ser contornadas numa futura replicação.

Não podemos deixar de considerar como uma limitação o número reduzido da nossa amostra. Contudo é relevante referir que o trabalho direto com os idosos é uma tarefa consideravelmente complexa, acrescentado a esta a especificidade da faixa etária.

Outra dificuldade encontrada foi a administração dos instrumentos aos sujeitos, principalmente no grupo clínico, uma vez que algumas destas provas são morosas e complexas. Resultado desta dificuldade é a presença de não-resposta ao teste CVLT no grupo clínico, o qual tinha por objetivo a avaliação da memória objetiva. Neste contexto, uma outra limitação foi a avaliação da memória objetiva em sujeitos com DCL a fim de conseguir estudar detalhadamente as diferenças significativas do perfil de queixas subjetivas de memória entre os dois grupos em estudo. No entanto, há que referir que a recolha de dados clínicos foi realizada através da consulta de processos clínicos recentes existentes na Clínica da Memória em Lisboa (sujeitos avaliados com os mesmos instrumentos utilizados no presente estudo).

Assume-se que sendo este um estudo transversal não permitiu obter informação detalhada acerca da evolução de queixas de memória e a respetiva progressão de declínio cognitivo ao longo do tempo.

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO

O nosso estudo parece revelar que as queixas subjetivas de memória tendem a associar-se à idade elevada, baixa escolaridade e sintomatologia depressiva. Neste âmbito de estudo comparativo de doentes com DCL e sujeitos saudáveis entende-se que a presença de queixas de memória é maior no grupo clínico, bem como a presença de sintomatologia depressiva, assim considera-se difícil verificar se as queixas subjetivas de memória podem ser resultado de um processo de envelhecimento normal, dificuldade cognitiva (DCL) ou de sintomatologia depressiva.

Verificou-se a presença de baixa satisfação com a vida em sujeitos saudáveis e sujeitos clínicos, não se obtendo diferença significativa entre estes, o que nos leva a entender que esta baixa satisfação com a vida se possa dever à presença de sintomatologia depressiva que revelou valores elevados em ambos os grupos de estudo.

Este estudo demonstra que existe associação entre queixas subjetivas de memória e sintomatologia depressiva, no entanto não foi estudado se os sujeitos com maior declínio da memória prospetiva ou retrospectiva revelam mais/menos sintomatologia depressiva, o que sugerimos de futuro uma área a investigar.

Consideramos, também, pertinente em estudos futuros, dar continuidade a estudos de comparação de doentes com DCL e sujeitos saudáveis, investigando se a presença de sintomatologia depressiva tem influência no aparecimento de queixas subjetivas de memória avaliadas pela SMC e quantificadas pelo questionário PRMQ, tendo em conta a idade elevada e a baixa escolaridade, uma vez que o PRMQ não revela estudos exaustivos que investiguem a sua relação com sujeitos de baixa escolaridade, tendo em atenção a possível presença de sintomatologia depressiva. Seria, também, relevante incluir a variável satisfação com a vida, uma vez que não ficou claro as razões dos resultados encontrados.

Assim, pensamos ter contribuído com o nosso estudo, quer para a comunidade científica quer para os profissionais do terreno, para um esclarecimento de algumas variáveis que possam explicar as queixas subjetivas de memória no âmbito do défice cognitivo ligeiro, e principalmente o papel que a sintomatologia depressiva pode ter no incremento destas queixas nos sujeitos.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, O. P. & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 858-865. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10%3C858::AID-GPS35%3E3.0.CO;2-8.
- Alzheimer Portugal (2009). *Plano nacional de intervenção alzheimer*. Retrieved from: [http://www.alzheimer-europe.org/DE/content/download/9836/88093/file/Proposed%20National%20Strategy%20by%20Alzheimer%20Portugal%20\(in%20Portuguese\).pdf](http://www.alzheimer-europe.org/DE/content/download/9836/88093/file/Proposed%20National%20Strategy%20by%20Alzheimer%20Portugal%20(in%20Portuguese).pdf)
- Arginon, I. I., Wendt, G. W. & Souza, S. G. (2008). Contribuições da avaliação neuropsicológica na investigação da doença de alzheimer. *RBCEH, Passo a Fundo*, 1(5): 70-79.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. (1995). *Introdução à psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barnes, D. E., Alexopoulos, G. S., Lopez, O. L., Williamson, J. D. & Yaffe, K. (2006). Depressive symptoms, vascular disease and mild cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 273-280. Doi: 10.1001/archpsyc.63.3.273
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In *Escalas e Testes na Demência* (2ª Ed.). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências - GEECD.
- Bassett, S. S. & Folstein, M. F. (1993). Memory complaint, memory performance, and psychiatric diagnosis: a community study. *Journal Geriatric Psychiatry Neurology*, 6 (2): 105-111. DOI: 10.1177/089198879300600207
- Benites, D., & Gomes, W. B. (2007). Tradução, adaptação e validação preliminar do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). *Psico-USF*, 12 (1), 45-54.
- Boyle, P. A., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J. L. & Bennett, D. A. (2006). Memory complaints are related to alzheimer disease. *Neurology*, 67: 1581-1585. Doi: 10.1212/01.wnl.0000242734.16663.09.
- Câmara, S. G. (2011). Relatório de estágio (Instituto de Medicina Molecular – Faculdade de Medicina de Lisboa). Universidade Lusófona: Lisboa.

- Carrasco, M. M. & Vilarrasa, A. B. (2007). Deterioro cognitivo ligeiro, una entidade necesaria. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 3 (XXXVI), 471-507.
- Catasús, C. C. S., Jiménez, E. M., Noa, C. J. A. S., Pérez, S. S., Ramos, et al. (2012). Miniexamen mental en sujetos com deterioro cognitivo leve. *Revista Cubana de Medicina militar*, 41 (2): 125-132.
- Chertkow, H., Massoud, F., Nasreddine, Z., Belleville, S., Joanette, Y., et al. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *CMAJ*, 178 (10): 1273-1285. Doi:10.1503/cmaj.070797.
- Corrêa, A. C. O. (2008). *Neuropsicologia da memória e sua avaliação*. In Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., Cosenza, R. M. & Colaboradores (Coord.), Neuropsicologia, teoria e prática (pp. 168-186). Porto Alegre: Artmed.
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Ward, A. L. & Blake, J. (2006). The prospective and retrospective memory questionnaire (PRMQ): latent structure, normative data and discrepancy analysis for proxy-ratings. *British Journal of Clinical Psychology*, 45: 83-104. Doi: 10.1348/014466505X28748
- Crawford, J. R., Smith, G., Maylor, E. A., Della Sala, S., & Logie, R. H. (2003). The prospective and retrospective memory questionnaire (PRMQ): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Memory*, 11, 261–275. Doi: 10.1080/09658210244000027
- Crook TH 3rd, Feher EP, Larrabee G. J. (1992) Assessment of memory complaint in age associated memory impairment: the MAC-Q. *Int Psychogeriatr.*, 4(2):165-76. Doi: 10.1017/S1041610292000991
- Dalgallarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Delis, D.C., Masserman, P.J., Butters, N., Salmon, D.P., Cermak, L.S., & Kramer, J.H. (1991). Profiles of demented and amnesic patients on the califórnia verbal learning test: implications for the assessment of memory disorders. *Psychological Assessment*, 3, pp.19–26. Doi: 10.1037/1040-3590.3.1.19.
- Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985) The Satisfaction With Life Scale. *J. Personality Assessment*, 49 (1), 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

- Einstein, G. O., & McDaniel, M. A. (1990). Normal aging and prospective memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 16 (4), 717-726. Doi: 10.1037/0278-7393.16.4.717
- Elwood, R. W. (1995). The california verbal learning test: psychometric characteristics and clinical application. *Neuropsychol Rev*, 5 (3), pp. 173-201. Doi: 10.1007/BF02214761
- Eschen, A., Martin, M., Gasser, U. S., & Kliegel, M. (2009). Prospective and retrospective memory complaints in mild cognitive impairment and mild alzheimer's disease. *Brain Injury*, 10 (1), 59-75.
- Eysenck, M. W. & Keane, M. T. (2007). *Manual de psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Ferrari, J. F. & Dalacorte R. R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17 (1) pp.3-8.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mc Hugh P. R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fries, J. F. (2012). The theory and practice of active aging. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-7. Doi: 10.1155/2012/420637
- Gallassi, R., Oppi, F., Poda, R., Scortichini, S., Maserati, M. S., et al. (2010). Are subjective cognitive complaints a risk factor for dementia? *Neurol Sci*, 31:327-336. Doi: 10.1007/s10072-010-0224-6
- Garcia, C. (1984). Doença de Alzheimer: problemas de diagnóstico clínico. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa para obtenção do grau de doutor, sem referência de orientador, Lisboa. Retrieved from: file:///C:/Users/Cl%C3%A1udia/Downloads/196279_Tese.pdf. Pesquisa realizada a 12/02/2013.
- Garcia, C. & De Mendonça, A. (2006). Demência. In Ferro, J. & Pimentel, J. (Coord.), *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento* (pp. 185-199). Lisboa: Lidel.

- Geda, Y., Knoman, D. S., Mrazek, D. A., Jicha, G. A., Smith, G. E., et al. (2006). Depression, apolipoprotein E genotype, and the incidence of mild cognitive impairment. *Arch Neurol*, 63: 435-440. Doi: 10.1001/archneur.63.3.435
- Geerlings, M. I., Jonker, C., Bouter, L. M., Adér, H. J. & Schmand, B. (1999). Association between memory complaints and incident alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition. *Am J Psychiatry*, 156 (4): 531-537
- Ginó S., Mendes T., Ribeiro F., De Mendonça, A., Guerreiro, M. & Garcia C. (2008). Escala de queixas subjectivas de memória. In *Escalas e Testes na Demência* (2ª Ed.) Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências - GEECD.
- Ginó, S., Mendes, T., Maroco, J., Ribeiro, F., Schmand, B. A., et al. (2010). Memory complaints are frequent but qualitatively different in young and elderly healthy people. *Gerontology*, 3 (56) 272-277. Doi: 10.1159/000240048
- Graf, P., Schacter, D. L. (1985). Implicit and explicit memory for new associations in normal and amnesic patients. *Journal of Experimental Psychology: Learning, memory, and cognition*, 11 (3), pp. 501-518.
- Grande, P. H. A. (2013). Avaliação neuropsicológicas das funções executivas em idosos com comprometimento cognitivo leve e demência do tipo alzheimer – um estudo comparativo. Dissertação apresentada ao Sector de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná para obtenção de Pós-Graduação, orientada por Amer Cavalheiro Hamdan, Curitiba. Retrieved from: <http://www.humanas.ufpr.br/portal/psicologiamestrado/files/2012/05/Paulo-Henrique-Grande-Dissetacao1.pdf>. Consultada a 18/11/2013.
- Grundman M., Petersen, R. C., Ferris, S. H., Thomas, R. G., Aisen, P. S., et al. (2004) Alzheimer's disease cooperative study: mild cognitive impairment can be distinguished from alzheimer disease and normal aging for clinical trials. *Arch Neurol*, 61 (1): 59– 66. Doi: 14732621
- Guerreiro, M. M. G. (1998) Contributo da Neuropsicologia para o estudo das demências. Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências Biomédicas da Faculdade de Medicina de Lisboa para obtenção do grau de doutor. Lisboa.
- Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., Garcia, C. (1994) Adaptação à população portuguesa da tradução do “mini mental state examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 3 (supl. 1): 9-10.
- Habib, M. (2000). Bases Neurológicas dos Comportamentos. Lisboa: Climepsi

- Henry, J. D., MacLeod, M. S., Phillips, L. H. & Crawford, J. R. (2004). A meta-analytic review of prospective memory and aging. *Psychol Aging*, 19 (1): 27-39. Doi: 10.1037/0882-7974.19.1.27
- Hernández, C. R., Fernández, V. L. & Alonso, T. O. (2009). Satisfacción com la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Esp Psiquiatr*, 37 (2), 61-67.
- John, P. & Montgomery, P. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25. 814-821. Doi: 10.1002/gps.2422/pdf.
- Jonker, C., Geerling, M. I. & Schmand, B. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (11): 983-991. Doi: 10.1002/1099-1166(200011)15:11<983::AID-GPS238>3.0.CO;2-5
- Kochhann, R., Cerveira, M. O., Godinho, C., Camozzato, A., & Chaves, M. L. F. (2009). Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(2), 88-93.
- Lautenschlager, N. T., Flicker, L., Vasikaran, S., Leedman, P. & Almeida, O. P. (2005). Subjective memory complaints with and without objective memory impairment, relationship with risk factors for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13 (8): 731-734. DOI: 10.1176/appi.ajgp.13.8.731
- Lawton, M. P., Broody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 9, 179-189. Doi: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Livner, Å. (2009). Prospective and retrospective memory in normal and pathological aging. *Karolinska Institutet*, Departamento de Neurologia. Estocolmo. Retrieved from: <http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/37802/thesis.pdf?sequence=1>. Consultado a 12/02/2013.
- Luo, L. & Craik, F. I. M. (2008). Aging and memory: a cognitive approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (6). 346:353.
- Madureira, S. & Verdelho, A. (2008). Istrumental Activities of Daily Living Scale (IADL). In De Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Eds). *Escala e Testes na Demência*. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (3rd edition), pp. 121-124. Lisboa

- Mol, M. E. M., Martin, P. J. B., Willems, D. & Jolles, J. (2006). Subjective memory complaints predict cognitive dysfunction over time? A six-year follow-up of the maastricht aging study. *Int Journal Geriatric Psychiatry*, 21, 432-441. Doi: 10.1002/GPS.1487
- Moraes, E. N., Moraes, F. L. & Lima, S. P. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20 (1): 67-73
- Neto, F., Barros, J., e Barros, A. (1990). *Satisfação com a vida*. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano, e J. Marques (Eds.), *A acção educativa: Análise psico-social*, 91-100. Leiria: ESEL/APPORT.
- Nunam, B., Sweet, J. J. & Ranganath, C. (2000). Use of the california verbal learning test to detect proactive Interference in the traumatically brain injured. *Journal of clinical Psychology*, 56 (4), pp. 553-562. Doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<553::AID-JCLP8>3.0.CO;2-Q.
- Oliveira, A. R. R. (2010). O Envelhecimento, a doença de alzheimer e as contribuições do programa de enriquecimento instrumental (PEI). *Cuadernos de Neuropsicología*, 4 (1): 31-41.
- Oliverio, A. (2001). *A memória e os seus segredos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Pantoni, L., Basile, A. M., Pracucci, G., Asplund, K., Bogousslavsky, J., et al. (2005). Impact of Age-Related Cerebral White Matter Changes on the Transition to Disability – The LADIS Study: Rationale, Design and Methodology. *Neuroepidemiology*, 24:51–62. Doi: 10.1159/000081050
- Pedrosa, H. M. D. (2007). Avaliação funcional em doentes com defeito cognitivo ligeiro: A escala ADCS MCI ADL. Dissertação de mestrado em Neurociências. Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa. Retrived from: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1050/1/16437_tm.pdf
- Pereira, N., Kochhann, R., Zimmermann, N. & Fonseca, R. P. (2012). Mini exame do estado mental na avaliação neuropsicológicas pós-TCE: aplicabilidades. *Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 12 (2), pp. 58-63.
- Petersen, R. C. & Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectr.*, 13 (1): 45-53.
- Petersen, R. C. (2004a). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of International Medicine*, 256: 183-194. Doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x

- Petersen, R. C. (2004b). *Características Clínicas*. In R. C. Petersen & J. C. Morris (Eds.). Défice cognitivo ligeiro – o envelhecimento e a doença de alzheimer (pp. 15-39). Lisboa: Climepsi.
- Petersen, R. C. (2004c). *Optimizar as normas dos testes cognitivos para detecção*. In M. Sliwinski, R. Lipton, H. Buschke & C. Wasylshyn (Eds.). Défice cognitivo ligeiro – o envelhecimento e a doença de Alzheimer (pp. 89-104). Lisboa: Climepsi.
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., et al. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment, *Arch Neurol*, 52 (12): 1985-1992. Doi: 10.1001/archneur.58.12.1895.
- Petersen, R. C., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Geda, Y. E., Ivnik, R. J., et al. (2009). Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol*, 66 (12):1447-1455. Doi: 10.1001/archneurol.2009.266
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Kokmen, E. & Tangelos, E. G. (1997). Aging, memory and mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 9, pp. 65–69. Doi: 10.1017/S1041610297004717
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurological*, 56, pp. 303-308. Doi: 10.1001/archneur.56.3.303
- Pinto Coelho, J., cunha, L. & Martins, I. L. (2008). Inferência estatística. Edições Sílabo: Lisboa.
- Ribeiro, F., De Mendonça A. & Guerreiro, M. (2006). Mild cognitive impairment: deficits in cognitive domains other than memory. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21: 284-290.
- Reisberg, B., Pritchep, L., Mosconi, L., John, E. R., Glodzik-Sobanska, et al. (2008). The pre-mild cognitive impairment, subjective cognitive impairment stage of alzheimer's disease. *Dementia 1* (4): 98-108. DOI: 10.1016/j.jalz.2007.11.017
- Rinaldi, J., Silveira, M., Kochhann, R. & Parente, M. A. M. P. (2008). A compreensão de leitura textual como um instrumento de diagnóstico de pacientes com demência de alzheimer leve e moderada. *Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento*, 1 (13):117-132.
- Ritchie, K. & Ritchie, C. W. (2012). Mild cognitive impairment (MCI) twenty years on. *International Psychogeriatrics*, 24 (1), 1-5. Doi: 10.1017/S1041610211002067

- Roberts, J. L., Clare, L. & Woods, R. T. (2009). Subjective memory complaints and awareness of memory functioning in mild cognitive impairment: A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 28, pp: 95-109. Doi: 10.1159/000234911
- Rosenberg, P. B., Johnston, D. & Lyketsos, C. (2006). A clinical approach to mild cognitive impairment. *Am J Psychiatry*, 163 (11): 1884-1890. Doi: 10.1176/appi.ajp.163.11.1884
- Schmand B., Jonker C., Hooijer C., Lindeboom, J. (1996). Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*, 46, 121-125. Doi: 10.1212/WNL.46.1.121
- Seco, G. M. S. B., Casimiro, M. C. S. M., Pereira, M. I. A. R., Dias, M. I. P. & Custódio, S. M. R. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: pontes e alçapões*. Instituto Politécnico de Leiria: Artes Gráficas, Lda.
- Selaimen, C., Brilhante, D. P., Grossi, M. L. & Grossi, P. K. (2007). Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. *Ciências & Saúde Colectiva*, 12 (6), 1629-1639.
- Siksou, M. (2008). *Introdução à neuropsicologia*. Lisboa: Climepsi
- Singh-Manoux, A., Kivimaki, M., Glymour, M. M., Elbaz, A., Berr, C., et al. (2012). Timing of onset of cognitive decline: results from whitehall II prospective cohort study. *BMJ*, 344:d7622. Doi: 10.1136/bmj.d7622
- Smith, G., Della-Sala, S. D., Logie, R. H., & Maylor, E. A. (2000). Prospective and retrospective memory in normal ageing and dementia: a questionnaire study. *Memory*, 8 (5), 311-321. Doi: 10.1080/09658210050117735
- Souza, J. N. & Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Rev Esc Enferm. USP*, 39 (1): 13-19
- Stephan, B. C., Brayne, C., McKeith I. G., Bonde, J. & Matthews, F. E. (2008). Mild cognitive impairment in the older population: who is missed and does it matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (8): 863-871. Doi: 10.1002/gps.2013.
- Strub, R. L., Black, F. W. (1977). *The mental status examination in neurology*. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Taylor, J. L., Miller, T. P., & Tinklenberg, J. R. (1992). Correlates of memory decline: A 4-year longitudinal study of older adults with memory complaints. *Psychology and Aging*, 7 (2): 185-193. Doi: 10.1037/0882-7974.7.2.185

- Thompson, C. (2010). Prospective memory function in mild cognitive impairment and early dementia.: Dissertação apresentada à Escola de Psicologia, Universidade de Nova Gales do Sul, para obtenção do grau de doutor, sem referência de orientador, Sidney. Retrieved from: <http://www.researchgate.net/publication/41403909>
- Vale, F. A. C., Balieiro-Jr, A. P. & Silva-Filho, J. H. (2012). Memory complaint scale (MCS): Proposed tool for active systematic search. *Dement Neuropsychol*, 6 (4): 212-218.
- Vaz Serra, A. (2006). Que significa envelhecer? In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (pp. 343-356). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Verdelho, A. (2010). Projecto de Investigação no Âmbito do Estudo LADIS – LeukoAraiosis and DISability. *News*. 18.
- Visser, P. J., Verhey, F. R. J., Ponds, R.W. & Jolles, J. (2001). Diagnosis of preclinical alzheimer's disease in a clinical setting. *International Psychogeriatrics*, 13 (4): 411-423.
- Wong, C. H. Y., Lam, L. C. W., Lui, V. W. C., Chiu, H. F. K., Chan, S. S. M. & Tam, C. W. C. (2006). Subjective complaints and self-evaluation of memory test performance in questionable dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21: 937-944. Doi: 10.1002/gps.1586
- Yassuda, M. S., Lasca, V. B. & Neri, A. L. (2005). Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 18 (1): 78-90
- Zanini, A. M., Wagner, G. P., Salles, J. F., Bandeira, D. R. & Trentini, C. M. (2012). Teste de Retenção Visual de Benton (BVRT): Evidências de Validade para Idosos. *Avaliação Psicológica*, 11 (2), pp. 287-296.
- Zanini, R. S. (2010). Dementia in the elderly: neuropsychological aspects. *Revista Neurocienc*, 18 (2): 220-226

APÊNDICES

APÊNDICE I



Estudo de Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no âmbito da Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona.

Défice Cognitivo Ligeiro: Como Diagnosticar?

Está a ser-lhe pedido para participar num estudo preenchendo alguns inquéritos, respondendo a algumas questões e realizar alguns testes neuropsicológicos. A sua participação é inteiramente voluntária. Coloque todas as suas dúvidas se houver algo que não compreenda. Todos os dados fornecidos, são tomados como confidenciais e anónimos.

Porque este estudo está a ser realizado?

O objetivo deste estudo pretende aprofundar a temática Défice Cognitivo Ligeiro através da investigação das características de queixas subjetivas de memória em sujeitos saudáveis e em doentes com diagnóstico de Défice Cognitivo Ligeiro.

O que é que o estudo envolve?

O presente estudo envolve o preenchimento de duas escalas, de nível autónomo, por parte de cada participante, com tempo aproximadamente de 5 a 10 minutos cada. Resposta a uma bateria de testes breves, administrados pelo técnico, com um tempo aproximado de 10 a 15 minutos. Por fim, a realização de um teste e uma escala, cujo objetivo é a avaliação da memória e quantificação de possíveis queixas de memória. A participação nestes três testes depende de aproximadamente 15 minutos para cada um.

Quais os riscos associados à participação neste estudo:

O único risco associado à participação neste estudo é poder sentir que algumas questões são demasiado pessoais para responder. Por favor sinta-se livre para responder a qualquer questão, uma vez que todas as informações fornecidas para o desenvolvimento deste estudo são consideradas anónimas. Sinta-se à vontade para terminar a sua participação no estudo a qualquer momento.

Confidencialidade:

A sua participação é completamente anónima. Não pedimos qualquer identificação. Não existe qualquer forma de saber qual dos questionários completou e a que testes respondeu. Assim que a informação anónima de todos os questionários tiver sido introduzida num computador, todos os questionários e testes serão guardados durante 5 anos e, nessa altura, serão destruídos.

APÊNDICE II

Défice Cognitivo Ligeiro: Como Diagnosticar?

Dissertação de Mestrado em Psicologia Aconselhamento e Psicoterapias

Faculdade de Psicologia – ULHT

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado(a), aceito participar no estudo que tem por objetivo fornecer dados para o trabalho de investigação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias. Foi-me explicado que a minha participação consistirá em responder e realizar algumas tarefas de papel e lápis, que são testes neuropsicológicos utilizados para avaliar as capacidades de memória, atenção, linguagem, entre outras. O meu consentimento implica, ainda, que a aluna possa recolher dados clínicos para uso na investigação.

Foi-me garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e autorizo a examinadora a utilizar os meus resultados para trabalhos ou comunicações científicas, mantendo sempre anónima a minha identidade e toda e qualquer informação que me identifique.

A minha participação é voluntária. Se recusar participar ou se decidir desistir da avaliação posteriormente, a relação que mantenho com a examinadora não será afetada.

A minha assinatura abaixo indica que li, compreendi e concordei com a informação contida neste documento. Todas e quaisquer dúvidas serão esclarecidas pela examinadora.

(O Utente/Informante)

(A Examinadora)

APÊNDICE III

E-mail enviado para ligaamigoshpv@sapo.pt, dia 20/11/2012.

Exma. Sr.^a Coordenadora do Voluntariado da Liga dos Amigos do Hospital Pulido Valente,

Contacto-a via e-mail para solicitar a colaboração da Liga dos Amigos do Hospital Pulido Valente, através da participação na minha amostra de estudo de Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias.

Caso seja possível, gostaria que entrasse em contacto comigo para que possamos agendar um dia e hora, com o objetivo de lhe explicar todo o procedimento da presente Dissertação de Mestrado.

Desde já agradeço a sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos, subscrevo-me

Atenciosamente,

Dr. Cláudia Grilo

APÊNDICE IV

E-mail de resposta por parte da Liga dos Amigos do Hospital Pulido Valente,
21/11/2012

Exma. Sra.

Dra. Cláudia Grilo,

Acuso a receção do seu e-mail, o qual mereceu a nossa melhor atenção.

Agradecendo, antes de mais, o seu interesse na nossa instituição para concretização do seu estudo, vimos pelo presente meio confirmar a colaboração da Liga dos Amigos do Hospital, de muito bom grado, na realização do mesmo.

Sendo o meu horário entre as 9h00 e as 18h00. Estarei à sua disponibilidade para agendamento de reunião dentro do mesmo.

Com os melhores cumprimentos

Patrícia Ferreira

Assistente Social

(Coordenadora do Voluntariado)

Liga dos Amigos do Hospital de Pulido Valente

Alameda das Linhas de Torres n.1171769-001 Lisboa

Contacto:217577275/961411581

APÊNDICE V

E-mail enviado para ligaamigoshpv@sapo.pt, dia 21/11/2012.

Exma. Sr.^a Patrícia Ferreira,

Agradeço desde já a sua resposta ao meu e-mail e a colaboração da liga dos amigos da instituição.

Entrarei em contacto consigo pessoalmente, amanhã no período da tarde, para nos reunirmos e abordarmos os objetivos e procedimentos da presente Dissertação de Mestrado.

Com os melhores Cumprimentos,

Atenciosamente,

Dr.^a Cláudia Grilo

APÊNDICE VI

A pedido da Coordenadora da Liga dos Amigos do Hospital Pulido Valente, tive de enviar um e-mail à presidente a oficializar o pedido, ao qual já tinha recebido resposta positiva.

E-mail enviado para ligaamigoshpv@sapo.pt, dia 21/11/2012.

Exma Sr.^a Dr.^a Maria Jorge Nogueira da Rocha,
Presidente da Direção da Liga dos Amigos do Hospital de Pulido Valente,

No âmbito da realização do estudo da minha Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias venho pelo presente meio solicitar a colaboração da Liga dos Amigos do Hospital Pulido Valente, através da participação na minha amostra de estudo.

O presente estudo, tem como objetivo investigar as características das queixas subjetivas de memória entre indivíduos saudáveis e doentes com diagnóstico de DCL, deste modo necessitamos da colaboração da liga dos amigos do Hospital Pulido Valente, para que alguns dos voluntários, com idade superior a 55 anos e saudáveis, possam participar na amostra do estudo através da resposta aos testes.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me

Com os melhores cumprimentos,

Atenciosamente

Dr.^a Cláudia Grilo

ANEXOS

ANEXO I

(Recolha de dados sociodemográficos no contexto de entrevista semiestruturada)

Data Nascimento _____

Data atual _____

Idade _____

Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

Estado Civil: 1 Solteiro (a) 2 Casado (a) ou união de facto 3 Separado (a)

4 Divorciado (a) 5 Viúvo (a)

Agregado Familiar: 1 Vive sozinho (a) 2 Vive acompanhado (a)

Habilitações literárias:

Escolaridade que completou _____

Escolaridade por grupo:

1 Analfabeto (a) 2 Ensino Básico 3 Ensino Medio

4 Ensino Secundário 5 Ensino Superior 6 Licenciatura 7 Mestrado

8 Doutoramento

Profissão: _____

Situação Profissional: 1 Ativo 2 Trabalha a tempo inteiro 3 Part-time

4 Desempregada 5 De baixa médica 6 Reformado (a) 7 Estudante

8 Outra Situação. Qual _____

Doenças:

Já alguma vez consultou o psiquiatra? Sim Não

Sofre de depressão? Sim Não

Sofre de alguma doença psiquiátrica? Sim não

Se sim, qual? _____

Alguma vez teve algum traumatismo craniano com perda de conhecimento? Sim Não

Se sim

Quando? _____

Quanto tempo esteve com perda de conhecimento? _____

Sofre de epilepsia? Sim Não

Alguma vez teve algum AVC (vulgo: trombose)? Sim Não

Sofre de hipertensão arterial? Sim Não

Se sim, tem a tensão controlada (medicação, dieta...)? Sim Não

Tem outra doença neurológica? Sim Não

Se sim, qual? _____

Outras doenças?

Medicação que toma (registar o nome dos medicamentos ou se, o sujeito não souber o nome, diga para doenças toma a medicação)

ANEXO II

Adaptado por Carlos Garcia em 1984, a partir do *Mental Status Questionnaire* (MSQ) (Kahn, et al., 1960; Strub & Black, 1977)

Atribuir 1 ponto para cada resposta certa.	O.P.
1. Diga-me o seu nome todo_____	_____
2. Quantos anos tem?_____	_____
3. Em que ano nasceu?_____	_____
4. E em que mês?_____	_____
5. E em que dia do mês?_____	_____
6. Qual é a sua morada (em que terra vive)? _____	_____
Total	_____

**Retirado na íntegra da Tese de Doutoramento: Garcia, C. (1984). Doença de Alzheimer: problemas de diagnóstico clínico. Tese de doutoramento (Faculdade de Medicina), Universidade de Lisboa.

ANEXO III

Mini-Mental State Examination, (MMSE)

Folstein et al., 1975

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

M. Guerreiro et al., 1994 – Adaptação à população portuguesa do Mini Mental Stat Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1: 9-10.

Nome: _____ Idade: _____ anos Data: __/__/____.

I. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.

(Dar 1 ponto por casa resposta correta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? _____
6. Em que País estamos? _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

NOTA _____

II. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.”

As palavras são:

PERA

GATO

BOLA

“Repita as três palavras”

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA _____

GATO _____

BOLA _____

NOTA _____

III. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair-lhe 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) _____ (27) _____ (24) _____ (21) _____ (18) _____ (15) NOTA _____

Se o sujeito não conseguir executar esta tarefa, faz-se em alternativa: “Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra, mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio”. A palavra é PORTA

(Dar 1 ponto por cada letra corretamente repetida)

A _____ T _____ R _____ O _____ P _____

NOTA _____

IV. EVOCAÇÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção).

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi à pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ NOTA _____

V. Linguagem

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” _____ NOTA _____

b) Mostrar um lápis.

“Como se chama isto?” _____ NOTA _____

c) Repetir a frase:

“O rato roi a rolha?” _____ NOTA _____

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.”

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos)

Pega no papel com a mão direita. _____

Dobra o papel ao meio. _____

Coloca o papel no chão. _____

NOTA _____

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão.”

(Mostrar o cartão com a frase)

FECHE OS OLHOS

f) “Escreva uma frase.”

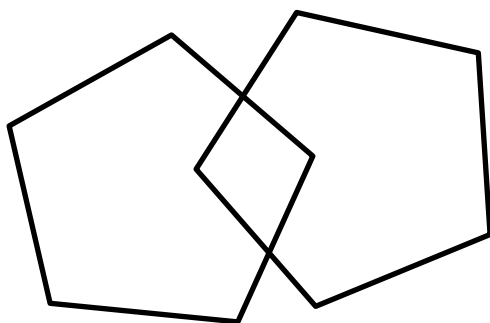
(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de trocas de letras não são contados como erros).

NOTA _____

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”

(Mostrar o desenho num cartão)

(Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).



NOTA _____

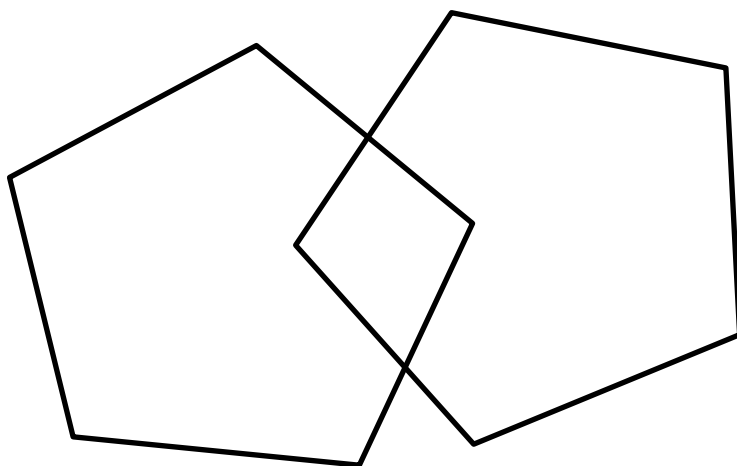
NOTA TOTAL _____

Pontos de Corte (População Portuguesa)

Idade Superior a 40 anos, considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos: ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22
- Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27

FECHE OS OLHOS



M. Guerreiro et al. Adaptação à população portuguesa do “Mini Mental State Examination” (MMSE).
Revista Portuguesa de Neurologia, 1994, Supl. Nº 1, 9-10.

ANEXO IV

Instrumental Activities of Daily Living Scale

Lawton M. P., Brody, E. M.(1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9: 179-186

Escala de Atividade Instrumentais de Vida Diária

(IADL)

Tradução em Português e Organização: Sofia Madureira & Ana Verdelho, no âmbito do Projeto LADIS. (smaureira@hotmail.com; averdelho@fm.ul.pt)

Não Aplicável: cotar 9 (não aplicável) quando a tarefa nunca foi feita na vida. Nos casos em que a tarefa não é feita no presente por motivos aparentemente independentes da vontade ou capacidade do sujeito (ex.: o sujeito não tem telefone em casa ou nunca usa os transportes públicos porque não precisa), o examinador deve formular a questão da seguinte maneira: suponha que o doente tinha que fazer um telefonema, usar um transporte público, etc..., acha que seria capaz de o fazer? e cotar de acordo com a resposta.

A. Capacidade para usar o telefone

Usa o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc...	1
Marca alguns números mais conhecidos.	2
Atende o telefone, mas não marca.	3
Não usa o telefone de todo.	4
Não aplicável.	9

B. Compras

Faz todas as compras independentemente.	1
Só faz, independentemente, pequenas compras.	2
Necessita ser apoiado para fazer compras.	3
Completamente incapaz para fazer pequenas compras.	4
Não Aplicável.	9

C. Cozinhar

Planeia, prepara e serve adequadamente as refeições, de modo independente	1
Prepara as refeições adequadamente, se lhe forem dados ingredientes	2
Aquece e serve refeições já preparadas ou prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada.	3

Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.	4
Não Aplicável.	9

D. Lida da Casa

Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional (ex.: ajuda para trabalhos domésticos mais pesados)	1
Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas.	2
Faz tarefas diárias leves, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável.	3
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas.	4
Não participa em qualquer atividade doméstica.	5
Não Aplicável.	9

E. Tratamento da Roupa

Cuida completamente da lavagem da sua roupa.	1
Lava pequenas peças (meias, cuecas, etc.).	2
Toda a lavagem de roupa é feita por outros.	3
Não aplicável.	9

F. Deslocações

Viaja independentemente em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro.	1
Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos.	2
Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outras pessoas.	3
Viaja, limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros.	4
Não viaja de todo.	5
Não Aplicável.	9

G. Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos

É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempo corretos.	1
Assume a responsabilidade, se medicação estiver separada previamente.	2
Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos.	3
Não Aplicável.	9

H. Capacidade para tratar das finanças

Lida com assuntos financeiros independentemente (orçamentos, cheques, faz pagamentos, vai ao banco).	1
Maneja o dinheiro no dia-a-dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas.	2
Incapaz de lidar com dinheiro.	3
Não Aplicável.	9

Nota: esta pontuação, na versão do projeto LADIS, é distinta da utilizada no instrumento original.

ANEXO V

Subjective Memory Complaints Scale – SMC

B. Schmand, C. Jonker, C. Hooijer, and J. Lindeboom*

Escala de Queixas Subjetivas de Memória

Tradução em Português, Organização e Aferição:

S. Ginó, T. Mendes, F. Ribeiro, A. Mendonça, M. Guerreiro and C. Garcia. (2008). Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência – Escalas e Testes na Demência, 2ª Ed.

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

1. Tem queixas acerca da sua memória?

- 0. Não
- 1. Sim, mas sem importância
- 2. Sim, com alguma importância
- 3. Sim, com problemas.

2. Já lhe disseram que o(a) acham esquecido(a)?

- 0. Não
- 1. Sim, por vezes
- 2. Sim, frequentemente

3. Esquece com frequência nomes de pessoas da família ou de amigos?

- 0. Não
- 1. Sim, mas sem importância
- 2. Sim, com alguma importância
- 3. Sim, com problemas.

4. Esquece-se frequentemente onde põe as coisas?

- 0. Não
- 1. Sim, por vezes
- 2. Sim, frequentemente

5. Costuma tomar apontamentos para não se esquecer das coisas?

- 0. Não
- 1. Sim, por vezes
- 2. Sim, frequentemente

6. A conversar costuma ter dificuldade em encontrar as palavras?

- 0. Não
- 1. Sim

7. Já alguma vez se perdeu perto de sua casa?

- 0. Não
- 1. Sim

8. Acha que anda a pensar mais devagar do que antes?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Sim, com problemas

9. Sente que as suas ideias por vezes ficam confusas (baralhadas)?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Sim, com problemas

10. Tem tido dificuldades em concentrar-se?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Sim, com problemas

Total:

**** 15ª Reunião do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência

ANEXO VI

Hospital de Magalhães Lemos

Unidade de Psicogeriatria

Geriatric Depression Scale (GDS)

Yesavage, 1986

Escala de Depressão Geriátrica

(EDG)

Tradução em Português e Organização:

J. Barreto, A. Leuschner , F. Santos and M. Sobral. Grupo de estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (Psyche@esoterica.pt)

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

1. Está satisfeito coma sua vida?	Sim/Não
2. Desistiu de muitas atividades ou interesses?	Sim/Não
3. Sente que a sua vida é vazia?	Sim/Não
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	Sim/Não
5. Está geralmente de bom humor?	Sim/Não
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	Sim/Não
7. Normalmente sente-se feliz?	Sim/Não
8. Sente-se muitas vezes desamparado?	Sim/Não
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim/Não

10. Sente que tem mais problemas com a sua memória do que a memória das outras pessoas?

Sim/Não

11. Pensa que é bom estar vivo?

Sim/Não

12. Sente-se inútil?

Sim/Não

13. Sente-se com muita energia?

Sim/Não

14. Sente que a sua situação é desesperada?

Sim/Não

15. Sente que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?

Sim/Não

Total:

ANEXO VII

Satisfaction With Life Scale (SWLS)

Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985)

Escala de Satisfação com a Vida

Traduzida e aferida à população Portuguesa por F. Neto, J. H. Barros & A. Barros (1990).

Em baixo seguem-se 5 afirmações com as quais pode discordar ou não. Usando a escala de 1 a 7, que segue cada afirmação, indique a sua concordância com cada afirmação, colocando um círculo em volta do número apropriado.

1. Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal.
 1. Não concordo totalmente
 2. Não concordo
 3. Não concordo ligeiramente
 4. Neutro, não concordo nem discordo
 5. Concordo Ligeiramente
 6. Concordo
 7. Concordo Totalmente
2. As minhas condições de vida são excelentes.
 1. Não concordo totalmente
 2. Não concordo
 3. Não concordo ligeiramente
 4. Neutro, não concordo nem discordo
 5. Concordo Ligeiramente
 6. Concordo
 7. Concordo Totalmente
3. Estou satisfeito com a minha vida.
 1. Não concordo totalmente
 2. Não concordo
 3. Não concordo ligeiramente
 4. Neutro, não concordo nem discordo
 5. Concordo Ligeiramente
 6. Concordo
 7. Concordo Totalmente
4. Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida.
 1. Não concordo totalmente
 2. Não concordo

3. Não concordo ligeiramente
 4. Neutro, não concordo nem discordo
 5. Concordo Ligeiramente
 6. Concordo
 7. Concordo Totalmente
-
5. Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada.
 1. Não concordo totalmente
 2. Não concordo
 3. Não concordo ligeiramente
 4. Neutro, não concordo nem discordo
 5. Concordo Ligeiramente
 6. Concordo
 7. Concordo Totalmente

População Portuguesa (Sónia Pérola, 2002)

Média Total: 23,9 + 5,5 (Percentil 50: nota 24)

** Neto, F., Barros, J., e Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano, e J. Marques (Eds.), *A acção educativa: Análise psico-social*, 91-100. Leiria: ESEL/APPORT.