

AS QUEIXAS SUBJETIVAS DE MEMÓRIA PROSPECTIVA E RETROSPECTIVA: UMA ANÁLISE DOS FATORES DE PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE EM IDOSOS SEM DEMÊNCIA.

Heloisa de Freitas Pacífico^{1*}, Alan Ehrich de Moura^{1*}, Bernardino Fernández-Calvo²

1. Estudantes de IC da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

2. Pesquisador da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Resumo:

As Queixas Subjetivas de Memória (QSM) são comuns em idosos. Dentre elas, destacam-se QSM prospectiva (dificuldade na evocação das intenções que devem ser realizadas no futuro) e QSM retrospectiva (dificuldades na evocação de eventos e situações prévias). Especial atenção deve ser dada a chamada Reserva Cognitiva (RC), que poderia dificultar a evolução de um processo neurodegenerativo. Este estudo teve como objetivo avaliar a relação da RC com a presença de QSM prospectivas e retrospectivas em uma amostra de idosos saudáveis. 144 participantes, sendo 113 mulheres, com idade média de 64,26 anos (DP=6,36), foram entrevistados individualmente com o Questionário de Reserva Cognitiva (QRC) e o Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (QMPR). Verificou-se que indivíduos sem demência e com alta RC possuíram menos queixas de memória prospectiva, em relação àqueles com baixa RC. Logo, a alta RC mostra-se como um protetor contra as QSM.

Autorização legal: A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/CCS-UFPB, de acordo com o que normatiza a Resolução 466/96 do Conselho Nacional de Saúde com número de processo CAAE: 03419212.4.0000.5188.

Palavras-chave: reserva cognitiva; avaliação neuropsicológica; envelhecimento.

Apoio financeiro: CNPq/UFPB.

Trabalho selecionado para a JNIC pela instituição: UFPB.

Introdução:

O estudo acerca do envelhecimento vem ganhando reconhecimento na literatura mundial, devido às mudanças de perfis populacionais, no qual se observa o aumento do número de idosos assim como uma maior expectativa de vida (MANSUR; RADANOVIC, 2004).

Sabe-se que o envelhecimento provoca mudanças não apenas físicas como também cognitivas (DUARTE, 1999). A memória é a função que os idosos mais se queixam (SINGH-MANOUX et al., 2014), e conseqüentemente esse tipo de queixa é alvo de maior investigação (SLAVIN et al., 2015). As Queixas Subjetivas de Memória (QSM) refletem o status cognitivo e expressam, em parte, uma percepção realística de declínio cognitivo. Estas podem ser subdivididas em QSM prospectiva e retrospectiva. A primeira refere-se às queixas sobre a capacidade de planejar eventos futuros e lembrar-se de realizá-los no tempo previamente determinado, já a última refere-se às queixas sobre a capacidade de recordar eventos passados.

A memória consiste basicamente na capacidade de codificar informações, armazená-las e evocá-las em momento oportuno (BADDELEY; EYSENCK; ANDERSON, 2011). Segundo Abrisqueta-Gomez (2011) vários tipos de memória são prejudicadas durante o envelhecimento cognitivo e cada uma com seu grau de evolução. As memórias mais comprometidas são as de longo prazo que compreendem as memórias explícitas ou declarativa e a operacional, dissociadas funcional e anatomicamente; seguidas das memórias semântica, de curto prazo e a implícita.

As QSM podem provocar impactos na qualidade de vida dos idosos, assim como são úteis na detecção de declínios cognitivos e processos demenciais (JESSEN et al., 2010). Entretanto não se pode afirmar que as pessoas com queixas subjetivas necessariamente vão desenvolver um quadro patológico. Assim, alguns pesquisadores sugerem que as QSM emanam de causas orgânicas (fatores vasculares, degenerativos), psicológicas (ansiedade e depressão) ou da interrelação de ambas (PARADISE et al., 2011).

Especial atenção deve ser dada ao nível de escolaridade e às atividades ocupacionais da pessoa idosa. Estudos sobre idosos brasileiros mostram que eles dispõem de menor educação formal (CARTHERY-GOULART et al., 2009), o que os torna mais vulneráveis a apresentar alterações cognitivas.

A qualificação escolar, as habilidades intelectuais treinadas, as atividades de maior exigência cognitiva realizadas ao longo da vida e o ambiente cognitivamente estimulante podem ocasionar a chamada Reserva Cognitiva (RC), que, segundo Stern (2003), poderia dificultar a evolução de um processo neurodegenerativo na fase do envelhecimento. Deve-se, ainda, supor que, em indivíduos com escolaridade alta, falsos negativos podem ser obtidos, e indivíduos com baixa escolaridade podem insinuar falsos positivos em testes padronizados. Fatores relacionados à frequência a escolas, acesso à informação, familiaridade no uso de lápis e, em alguns casos, com equipamentos eletrônicos, não devem ser desprezados.

A relação entre QSM e a RC tem sido escassamente estudada na literatura (JOÃO et al., 2016), entretanto, nem todos os tipos de QSM foram avaliados em pesquisas, o que levanta a questão de comparar a

influência da reserva sobre os diferentes tipos de QSM, incluindo a QSM prospectiva e QSM retrospectiva.

Assim, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade em ampliar a compreensão atual sobre as variáveis que podem influenciar e modular as QSM, visto que o autorrelato do paciente idoso pode possuir alta relevância clínica, mesmo que não se mensure as queixas por testes objetivos. Logo, os resultados deste estudo poderão contribuir para uma maior clareza de como se avaliar as QSM e a sua relação com a RC, contribuindo principalmente para o âmbito da Neuropsicologia Geriátrica e os profissionais de saúde. Tendo em vista formas de prevenção e promoção de qualidade de vida do idoso.

O objetivo deste capítulo foi investigar a relação entre a RC e QSM em idosos. Especificamente, investigar se a RC e seus diferentes fatores (atividades intelectuais, físicas e sociais) reduz a frequência e tipo de QSM em idosos saudáveis, residentes na comunidade.

Metodologia:

A presente pesquisa foi desenvolvida na Clínica Escola de Psicologia da UFPB. Os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente do estudo, ademais foram esclarecidos que a sua decisão de não participar da pesquisa não acarretaria em prejuízos ou sanções.

Alguns critérios de elegibilidade foram elaborados para compor a amostra, entre eles: (1) possuir idade maior ou igual a 60 anos; (2) não possuir diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior, de acordo aos critérios DSM-V, ou enfermidades psiquiátricas graves (esquizofrenia, por exemplo); (3) não possuir comprometimento cognitivo moderado ou grave, evidenciado pela pontuação igual ou inferior a 23 no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou por um escore maior ou igual a 4 na escala FAQ (Atividades da Vida Diária de Pfeffer); (4) não possuir um Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), de acordo aos critérios estabelecidos por Petersen et al. (1999); (5) não apresentar dificuldades de comunicação ou compreensão (afasias) no momento da entrevista; (6) não possuir deficiências sensoriais que interfiram na realização dos instrumentos de pesquisa; e (7) não ser institucionalizado.

Foi organizado um protocolo contendo os seguintes testes e suas especificidades: (1) Questionário sociodemográfico com dados de sexo, idade, escolaridade, profissão, entre outros; (2) Questionário de saúde com entrevista clínica que recolheu informações objetivas (hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, por exemplo) e subjetivas (percepção da saúde, memória e qualidade de vida); (3) Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva – QMPR (SMITH, 2000, adaptado por BENITES; GOMES, 2007), composto por 16 perguntas que avaliam as QSM total, retrospectiva e prospectiva; (4) Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLTEIN et al., 1975, adaptado por BERTOLUCCI et al., 1994), com fins de rastreio do funcionamento cognitivo geral do participante; (5) Escala de Atividades da Vida Diária (FAQ) de Pfeffer et al. (1982), com o objetivo de avaliar o nível de autonomia para o participante executar diferentes atividades; (6) Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983, adaptado por BOTEGA, 1995), para avaliar sintomas depressivos e ansiosos; e (7) Questionário de reserva cognitiva – QRC (RAMI et al., 2011), composto por 15 itens relacionados às atividades intelectuais, sociais e físicas. Todos estes instrumentos e questionários foram aplicados aos participantes no mesmo dia.

Os dados coletados foram analisados pelo *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 22). Realizaram-se análises de estatística descritiva para obtenção de média, desvio padrão e frequências dos dados. Além disso, utilizou-se o método de correlação de Pearson para testar a associação entre os escores obtidos no QMPR e no QRC. Finalmente, uma análise de variância com um fator – *one-way* (ANOVA) permitiu verificar as diferenças entre os grupos de baixa, média e alta reserva cognitiva.

Resultados e Discussão:

Participaram 114 idosos da cidade de João Pessoa, sendo 113 do sexo feminino (78,5%) e 31 do sexo masculino (21,5%). A amostra caracterizou-se por ser a maioria sendo mulher, com idade média 64,26 anos (DP=6,36) e escolaridade média de 13,74 anos (DP=4,70). No que se refere à percepção subjetiva da saúde, a maioria (46,5%) dos participantes descreveu como regular.

Com relação ao QMPR, os indivíduos apresentaram uma média de 17,10 (DP=5,67) para QSM prospectiva e 15,01 (DP=5,01) para QSM retrospectiva. No QRC, os participantes apresentaram uma média de 20,03 (DP=6,01). Quanto aos escores de atividades intelectuais, os mesmos pontuaram uma média de 13,08 (DP=4,25), atividades físicas pontuaram 1,87 (DP=1,60), e em atividades sociais 5,06 (DP=2,18).

Em função do nível de RC, os participantes foram divididos em três grupos: baixa (n=35), média (n=75) e alta (n=34), a partir dos percentis 25, 50 e 75 sob a pontuação total do questionário de queixas de memória. Uma vez estratificada a amostra pelo nível de RC, foi realizada uma comparação entre os três grupos em função da QMPR prospectiva, retrospectiva e total, para saber se havia relação com as QSM, e com qual tipo de queixa de memória.

A análise de variância (ANOVA) com um fator revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para o QMPR com pontuação total ($F[2, 141] = 4,21, p = 0,017$) e para as QSM prospectivas ($F[2, 141] = 5,23, p = 0,006$). Ademais, evidenciou-se uma correlação negativa entre o nível de RC e as QSM prospectiva ($r = -0,273, p = 0,001$) e retrospectiva ($r = -0,190, p = 0,022$), de modo que os participantes com uma RC mais baixa apresentaram maiores QSM. Ademais, as queixas de tipo retrospectivo não apresentaram diferenças significativas (diferença média = 2,33, $p = 0,162$).

As comparações ajustadas por Bonferroni indicaram que os participantes com alta RC apresentaram menores QSM (diferença média = 6,59, $p = 0,015$), sendo estas queixas de tipo prospectivo (diferença média = 4,26, $p = 0,005$) que os participantes com baixa RC. Portanto, o grupo de participantes com baixa RC relatou

mais queixas de memória frente aos participantes com alta RC, e o tipo de queixa é de memória prospectiva.

Conclusões:

A RC tem um grande impacto sobre o desempenho cognitivo global em idosos saudáveis e tem sido reconhecida como um fator de envelhecimento cognitivo bem-sucedido. Os resultados desta pesquisa demonstraram que a alta reserva cognitiva é um protetor contra as queixas de memória prospectiva. Ou seja, pessoas que tem alta RC se queixam menos da memória prospectiva.

Dessa forma, pode-se dizer que as QSM em idosos carecem de escuta e cuidado clínico no sentido preventivo, visto que os fatores que constituem a RC (ex.: anos de escolaridade, atividades físicas, etc.) podem ocasionar índice distintos de QSM.

Referências bibliográficas

ABRISQUETA-GOMEZ, J. Memória e Envelhecimento Cognitivo Saudável. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Conseza, R. M. (Eds). **Neuropsicologia do Envelhecimento: uma Abordagem Multidimensional**. Porto Alegre: Artmed. p. 171-196, 2013.

BADDELEY, A.; ANDERSON, M. C.; EYSENCK, M. W. **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 472p.

BENITES, D.; GOMES, W. B. Tradução, adaptação e validação preliminar do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 45-54, 2007.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA JÚNIOR, C.; PEREIRA, W. A. Transtornos do humor em enfermaria de clínica média e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, p. 355-363, 1995. doi:10.1590/S0034-89101995000500004

CARTHERY-GOULART, M. T. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 631-638, 2009. doi: 10.1590/S0034-89102009005000031

DUARTE, L. R. S. Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**, v. 2, p. 35-47, 1999.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-98, 1975.

JESSEN, F. et al. AD dementia risk in late MCI, in early MCI, and in subjective memory impairment. **Alzheimer's & Dementia**, v. 10, n.1, p. 76-83, 2014.

JOÃO, A.; MAROCO, J.; GINÓ, S.; MENDES, T.; DE MENDONÇA, A.; MARTINS, I. P. Education modifies the type of subjective memory complaints in older people: Memory complaints. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 153-160, 2016.

MANSUR, L. L.; RADANOVIC, M. **Neurolinguística: princípios para a prática clínica**. São Paulo: Edições Inteligentes, 2004.

PARADISE, M. et al. Subjective memory complaints, vascular risk factors and psychological distress in the middle-aged: A cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, 11, 108, 2011.

PETERSEN, R. C. et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. **Archives of neurology**, 56, 303-8. 1999.

PFEFFER, R.I.; et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology**, Washington, v. 37, n. 3, p. 323-329, 1982.

RAMI, L.; VALLS-PEDRET, C.; BARTRES-FAZ, D.; CAPRILE, C.; SOLE-PADULLES, C.; CASTELLVI, M.; OLIVES, J.; BOSCH, B.; MOLINUEVO, J. L. Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. **Revista de Neurología**, v. 52, n. 4, 2011.

SLAVIN, M. J.; SACHDEV, P. S.; KOCHAN, N. A.; WOOLF, C.; CRAWFORD, J. D.; GISKES, K.; BRODATY, H. Predicting cognitive, functional, and diagnostic change over 4 years using baseline subjective cognitive complaints in the sydney memory and ageing study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 9, p. 906-14, 2015. doi:10.1016/j.jagp.2014.09.001.

SINGH-MANOUX, A.; DUGRAVOT, A.; ANKRI, J.; NABI, H.; BERR, C.; GOLDBERG, M.; ELBAZ, A. Subjective cognitive complaints and mortality: Does the type of complaint matter? **Journal of psychiatric research**, v. 48, n. 1, p. 73-78, 2014. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.10.005

SMITH, G. et al. Prospective and retrospective memory in normal ageing and dementia: A questionnaire study. **Memory**, 8 (5), 311-32, 2000.

STERN, Y. What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. **Journal of International Neuropsychological Society**, 8, 448-460, 2003.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x