



Special Thematic Section on "Aging and Health in Different Sociocultural Contexts"

As Queixas Subjetivas de Memória num Cuidado de Saúde Primário: Um Estudo Follow up

The Subjective Memory Complaints in Primary Health Care: A Follow-up Study

Mónica Sousa*^a, Anabela Pereira^a, Rui Costa^a, Pedro Gomes^b

[a] Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. [b] USF Araceti, Arazede, Portugal.

Resumo

Objetivo: As queixas subjetivas de memória (QSM) são um fator clínico relevante e uma das principais queixas feitas aos médicos de família por adultos e adultos idosos. Este estudo, realizado numa Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, teve como objetivo caracterizar as QSM em função de variáveis sociodemográficas, clínicas, cognitivas, emocionais e de qualidade de vida.

Método: Este estudo, de coorte prospetivo em dois momentos, procurou explorar a evolução das QSM durante 18 meses e quais os fatores que se associam. Foi levado a cabo numa amostra de 19 adultos e de adultos idosos com idades compreendidas entre os 55 e os 81 anos (79.2% do sexo feminino). Os dados foram recolhidos por entrevistas semiestruturadas e sempre que possível foram consultados os processos clínicos. Foram utilizados como instrumentos de medida o Mini Mental State Examination (MMSE), o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), a Escala de Queixas de Memória (EQM), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), a Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) e por um questionário sociodemográfico e clínico construído para o efeito.

Resultados: No segundo momento avaliativo, todos os participantes evidenciam QSM, sendo estas influenciadas significativamente pela idade. Houve ainda um aumento da sintomatologia depressiva e ansiógena, dos valores da Hemoglobina glicosilada (HbA1c) e do número de medicamentos consumidos, com particular ênfase nos anti hipertensores.

Conclusão: As QSM deverão ser objeto de preocupação e vigilância do médico de família, uma vez que podem representar um sintoma relevante para a identificação precoce de um processo demencial.

Palavras-Chave: cuidados de saúde primários, pessoas adultas, pessoas idosas, queixas subjetivas de memória, depressão, ansiedade

Abstract

Objective: The subjective memory complaints (QSM) are an important clinical factor and a frequent problem in primary health care in adult and older people (Eichler et al., 2015). This study, carried out in a primary health care of the Central Region of Portugal, aimed to characterize the QSM according to sociodemographic, clinical, cognitive, emotional and quality of life variables.

Methods: This longitudinal study at two time points aims to explore the process of the QSM for 18 months and which factors are associated with. It was conducted with a sample of 19 adults and older adults aged between 55 to 81 years (79.2% female). The data was collected by semi-structured interviews and whenever possible the medical records were consulted. It was used as measuring instruments the Portuguese version of the Mini Mental State Examination (MMSE), the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the Memory Complaint Scale (EQM), the Geriatric Depression Scale (GDS), the Anxiety Inventory Geriatrics (GAI) or the World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-Bref) and a sociodemographic clinical questionnaire developed for this purpose.

Results: In the second assessment moment all participants had QSM, which are significantly more influenced by age. It was also observed an increase in depressive symptoms and anxiety, the amounts of glycosylated hemoglobin (HbA1c) and the number of medications, with particular emphasis on anti-hypertensives.

Conclusion: The QSM should be a matter of concern and vigilance from the family doctor, as this may be an important symptom for the early identification of individuals at higher risk for developing a dementing process.

Keywords: primary health care, adults, older adults, subjective memory complains, depression, anxiety

Psychology, Community & Health, 2017, Vol. 6(1), 63–76, doi:10.5964/pch.v6i1.204

Received: 2016-07-26. Accepted: 2016-11-18. Published (VoR): 2017-08-04.

Handling Editor: Sofia von Humboldt, William James Center for Research (WJCR), ISPA – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

*Corresponding author at: Departamento de Educação, Campus Universitário de Santiago, 383810-193 Aveiro, Portugal. E-mail: m.sousa@ua.pt



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

As queixas subjetivas de memória (QSM) são preocupações em torno da memória frequentemente relatadas nos cuidados de saúde primários por pessoas com ou sem défice mnésico, mas receosas face à possibilidade de desenvolver uma demência (Howieson et al., 2015). Essas queixas são expressas por pessoas adultas com 55 ou mais anos, embora sejam particularmente comuns em pessoas idosas (Açikgöz et al., 2014; Eichler et al., 2015; Galvin & Sadowsky, 2012; Ginó et al., 2010; Iliffe et al., 2002; Mendes et al., 2008; Mendonça, Alves, & Bugalho, 2016; Pais, 2008; Pires et al., 2012).

Na sua globalidade, a adultícia avançada caracteriza-se pela sua multidisciplinariedade, polimedicação e pluripatologia. A presença de comorbilidades médicas e o consumo de 10 ou mais medicamentos é relativamente comum (Anathhanam, Powis, Cracknell, & Robson, 2012; Marques, Rocha, Pinto, Sousa, & Figueiredo, 2015; Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015).

Apesar dos avanços alcançados, incertezas e dubiedades representam as características mais proeminentes da temática das QSM (Caselli et al., 2014; Jessen et al., 2014; Sousa, Pereira, Costa, & Rami, 2015b). Vários estudos sugerem que a doença de Alzheimer (DA), um dos diagnósticos mais frequentes em idades avançadas, inicia-se muitos anos antes do diagnóstico (Abdulrab & Heun, 2008; Jessen, 2010; Mendonça et al., 2016; Rönnlund, Sundström, Adolfsson, & Nilsson, 2015; Singh-Manoux et al., 2014).

No percurso evolutivo da DA, as QSM são, também, um fator clínico relevante, ocupando a fase pré-clínica ou assintomática dessa patologia e são fulcrais na elaboração do diagnóstico, especificamente do défice cognitivo ligeiro (DCL) (Blackburn et al., 2014; Howieson et al., 2015; Jessen et al., 2014; Mendonça et al., 2016; Mitchell, Beaumont, Ferguson, Yadegarfar, & Stubbs, 2014; Verdelho et al., 2011; Wolfsgruber et al., 2014). Todavia, outros estudos apontam no sentido contrário, sublinhado que as QSM não predizem a futura progressão para demência (Silva et al., 2014), mas relacionam-se com a idade, a depressão, a ansiedade, o género feminino, a baixa escolaridade e a personalidade (Açikgöz et al., 2014; Blackburn et al., 2014; Chen et al., 2014; Mendes et al., 2008; Sousa, Pereira, & Costa, 2015a). Outros fatores de risco estão também associados ao desenvolvimento da demência, nomeadamente, a hipertensão, a diabetes (como a Hemoglobina glicosilada (HbA1c)), o colesterol e a obesidade (Claassen, 2015; Gao, Matthews, Sargeant, Brayne, & MRC FAS, 2008; Roriz-Filho et al., 2009). Todavia, pessoas adultas com QSM e elevados valores da HbA1c podem não ter nenhuma lesão cerebral associada (Exalto, van der Flier, Scheltens, Vrenken, & Biessels, 2014).

As estimativas da incidência e prevalência em Portugal da DA variam entre 50 a 70% dos casos e o seu impacto em termos, pessoais, familiares, sociais, económicos, bem como nos sistemas de saúde são elevados

(Santana et al., 2015). Estes custos, diretos e indiretos, bem como a ausência de uma cura, enaltecem a prevenção, o diagnóstico atempado e a intervenção precoce. O contexto considerado como ideal para este reconhecimento precoce são os cuidados de saúde primários (Eichler et al., 2015; Galvin & Sadowsky, 2012; Iliffe et al., 2002). Porém, nesses cuidados primários há um reduzido conhecimento em torno das escalas concebidas para a avaliação das funções cognitivas e os clínicos gerais portugueses não dispõem de ferramentas que os auxiliem no reconhecimento precoce da síndrome demencial (Guerreiro, 2010). Por isso, o DCL é “frequentemente subdiagnóstico no sistema de cuidados de saúde” (Cruz, Pais, Teixeira, & Nunes, 2004, p. 436), dado ser atribuído de forma linear à idade, ao envelhecimento tido como normal, à baixa confiança dos médicos relativamente à sua capacidade diagnóstica ou a crença de que o diagnóstico deve ser da responsabilidade de um especialista (Galvin & Sadowsky, 2012; Iliffe et al., 2002). Por essas razões, existe a Norma 053/2011 de 27/12/2011 da Direção-Geral de Saúde (DGS, 2011) para a Abordagem Diagnóstica e Terapêutica das Alterações Cognitivas.

Regra geral, verifica-se que a inexistência, até ao momento, de qualquer cura reforça a importância do diagnóstico precoce através do rastreio com pessoas adultas sintomáticas de QSM, de modo: a diminuir a presença de falsos positivos e a promover o envelhecimento ativo (Albuquerque, Esteves, & Cerejeira, 2016; Guerreiro, 2010; Lima, 2016).

Da revisão da literatura evidenciam-se os reduzidos estudos portugueses que procuram avaliar as QSM numa população idosa (Ginó et al., 2010; Mendes et al., 2008; Pires et al., 2012) e desconhecem-se estudos desta temática nos cuidados de saúde primários. O presente estudo procurou colmatar essa lacuna e avaliar longitudinalmente adultos e adultos idosos com 55 ou mais anos, referenciados nos cuidados de saúde primários por relatarem queixas de memória. Procura-se, assim, contribuir para o contínuo avanço científico desta temática através da identificação das variáveis sociodemográficas, clínicas, cognitivas, emocionais e de qualidade de vida que possam contribuir para a presença, ou ausência, das QSM referenciadas nos cuidados de saúde primários.

Método

Instrumentos

Foi criado um questionário sociodemográfico e clínico para recolher informações sociodemográficas (idade, género, estado civil e habilitações literárias) e clínicas (história psiquiátrica e clínica, e medicação). Os dados clínicos obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram posteriormente cruzados com os disponíveis nos processos clínicos de cada participante. Nesse processo foram ainda consultados os valores referentes ao Índice de Massa Corporal (IMC), à Hemoglobina glicosilada (HbA1c), à Tensão arterial sistólica (TAS) e à Tensão arterial diastólica (TAD).

Para a avaliação do funcionamento cognitivo global recorreu-se a um instrumento de rastreio cognitivo breve mais utilizado globalmente, o Mini Mental State Examination (MMSE) (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009). Um outro instrumento de rastreio cognitivo foi igualmente aplicado com o objetivo de determinar a presença ou ausência de défice cognitivo, nomeadamente a versão portuguesa do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011)

Na avaliação das queixas de memória aplicámos a versão portuguesa da Escala de Queixas de Memória (EQM) (Ginó et al., 2007). A avaliação da sintomatologia depressiva foi conduzida com recurso à Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2007), ao passo que na avaliação da ansiedade recorreu-se ao Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) (Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011). Por fim, para avaliar a qualidade de vida foi utilizada a Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref) (Canavaro et al., 2007).

Participantes

Trata-se de um estudo prospetivo constituído por uma amostra de conveniência proveniente da Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal.

Como critérios de inclusão definiram-se a idade igual ou superior aos 55 anos e um nível de literacia que permitisse compreender e responder a todas as questões colocadas. Foram excluídos todos os participantes que apresentassem afasias, antecedentes psiquiátricos e neurológicos, história de consumo de substâncias e défice motor, auditivo e/ou visual não corrigido. A avaliação destes critérios foi realizada considerando os dados clínicos disponíveis e as entrevistas semiestruturadas realizadas.

Dos 24 participantes avaliados no primeiro momento avaliativo, apenas 19 aceitaram participaram num segundo momento avaliativo. Estes últimos foram reavaliados com um intervalo de tempo superior a um ano ($M = 18$ meses) (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra.

Características	Momento I		Momento II	
	<i>n</i> (%)	<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>n</i> (%)	<i>M</i> ± <i>DP</i>
Idade		68.92 ± 7.17		69.89 ± 7.30
Sexo				
Mulheres	19 (79.2)		16 (84.2)	
Homens	5 (20.8)		3 (15.8)	
Estado civil				
Casado	14 (58.3)		12 (63.2)	
Divorciado	3 (12.5)		2 (10.5)	
Viúvo	7 (29.2)		5 (26.3)	
Escolaridade		2.08 ± 0.41		2.1 ± 0.46
Analfabetos	1 (5.3)		1 (5.3)	
1-4 anos	20 (83.3)		15 (78.9)	
5-6 anos	3 (12.5)		3 (15.8)	
Número de medicamentos		4.95 ± 2.04		6.21 ± 2.30
2-5	12 (63.2)		7 (37.0)	
6-9	6 (31.6)		10 (53.0)	
≥10	1 (5.3)		2 (11.0)	

As idades estão compreendidas entre os 55 e os 81 anos, com uma amplitude de intervalo de variação de 25 anos.

Em ambos os momentos de avaliação há a supremacia do género feminino (79.2%), a maioria dos participantes são casados (58.3%) e o seu nível de escolaridade é reduzido (83.3%) (Tabela 1).

No género há diferenças estatisticamente significativas no Momento I ($\chi^2(1) = 8.167, p < .001$) como no Momento II ($\chi^2(1) = 8.895, p < .001$).

No que toca ao número de medicamentos, estes variam entre dois e onze, com uma amplitude de variação de nove. No primeiro momento avaliativo a maioria dos participantes tinha a seu cargo entre dois a cinco medicamentos (63.2%), verificando-se um aumento no segundo momento avaliativo, dado 53% terem um consumo entre seis a nove medicamentos.

Procedimentos

Anteriormente ao início do protocolo foi explicitado e assinado o consentimento informado. De forma prévia foi explicado a natureza e finalidade do estudo, a participação de carácter voluntário, as garantias de confidencialidade dos dados e, inclusivamente, a possibilidade de poder desistir a qualquer momento sem que para tal necessitem de justificação. Todos os procedimentos éticos foram aprovados pela Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal e pela Universidade de Aveiro, estando estas em concordância com a Declaração de Helsínquia.

O protocolo foi aplicado através de entrevistas semiestruturadas de modo a permitir uma aplicação *standard* a todos os participantes, independentemente das limitações motoras que estes pudessem, ou não, apresentar.

Para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.

As estatísticas descritivas como as frequências, médias e desvios-padrão, são utilizadas para caracterizar a amostra e os instrumentos. Para a comparação de médias das amostras emparelhadas foi feita pelo Teste de Wilcoxon. Foram, ainda, efetuadas análises de correlação de Spearman para explorar as associações. Para as variáveis qualitativas nominais utilizou-se o Teste de Qui-Quadrado. Por fim, realizou-se com ANCOVAS não paramétricas a análise da covariância entre as variáveis e as QSM.

Resultados

Verifica-se, na Tabela 2, que a medicação anti hipertensora representou 40.43% dos medicamentos no primeiro momento avaliativo. O mesmo se sucede no segundo momento avaliativo (42.12%). Em ambos os momentos avaliativos a maioria dos participantes não apresentaram indicação para défice cognitivo (MMSE e MoCA). O oposto verificou-se na sintomatologia depressiva (GDS) e ansiógena (GAI), constando-se o seu aumento do Momento I para o Momento II (Tabela 2). Dos 19 participantes estudados, 16 (84.2%) apresentavam QSM significativas no Momento I. No Momento II, o EQM sugere que todos os participantes possuíam essas queixas (Tabela 2).

Tabela 2

Dados Clínicos, Cognitivos e Emocionais da Amostra.

Fonte de variação	Momento I	Momento II
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Medicação		
Anti hipertensor	19 (40.4)	24 (42.1)
Antidepressivos	6 (12.8)	12 (21.1)
Estatinas	9 (19.2)	13 (22.8)
Medicamentos antidiabéticos	6 (12.8)	1 (1.8)
MMSE		
Ausência de déficit cognitivo	16 (84.2)	15 (78.9)
Presença de déficit cognitivo	3 (15.8)	4 (21.1)
MoCA		
Ausência de déficit cognitivo	19 (73.7)	13 (68.4)
Presença de déficit cognitivo	5 (26.3)	6 (31.6)
EQM		
Ausência de QSM significativas	3 (15.8)	0 (0.0)
Presença de QSM significativas	16 (84.2)	19 (100.0)
GDS		
Ausência de depressão	9 (47.4)	6 (31.6)
Presença de depressão	10 (52.6)	13 (68.4)
GAI		
Ausência de ansiedade	11 (57.9)	7 (36.8)
Presença de ansiedade	8 (42.1)	12 (63.2)

Nota. MMSE = Mini Mental State Examination; MoCA = Montreal Cognitive Assessment; EQM = Escala de Queixas de Memória; EGD = Escala de Depressão Geriátrica; GAI = Inventário de Ansiedade Geriátrica; QSM = Queixas subjetivas de memória.

Pela [Tabela 3](#) consta-se que as mudanças nessa escala não atingiram um nível de significância para rejeitar a hipótese nula ($Z = -1.513$, $p > .05$), embora se tenha verificado um valor médio superior no Momento II ($M = 9.26$; $DP = 4.03$), em comparação com o Momento I ($M = 8.95$; $DP = 4.23$). Neste âmbito, para o IMC, o HbA1c, a TADe o MMSE, observa-se que as médias nos dois momentos avaliativos se aproximam. Essa semelhança é corroborada pela ausência de diferenças estatisticamente significativas, embora haja uma diminuição da média no segundo momento ([Tabela 3](#)). A exploração das diferenças entre as médias no Momento I e no Momento II na [Tabela 3](#) evidencia, a presença de diferenças estatisticamente significativas na TAS ($Z = -1.992$, $p < .05$) e no MoCA ($Z = -2.248$, $p < .05$), sendo o valor médio inferior no Momento II, nestas escalas. O mesmo se verifica no Número de Medicamentos ($Z = -2.510$, $p = .012$), GDS ($Z = -2.825$, $p = .005$) e no GAI ($Z = -2.371$, $p < .05$), embora se verifique um aumento do valor médio no segundo momento avaliativo.

Tabela 3

Comparação das Médias com os Dados Clínicos e os Instrumentos de Avaliação Cognitiva e Emocional em Ambos os Momentos Avaliativos.

Fonte de variação	Momento I			Momento II			Z	p
	n	M	DP	N	M	DP		
Nº de med	24	4.95	2.04	24	6.21	2.30	-2.510	0.01
IMC	9	28.66	5.19	9	27.98	5.35	-0.632	0.23
HbA1c	5	5.90	0.40	5	5.86	0.37	-0.680	0.50
TAS	17	137.47	10.47	17	132.82	7.90	-1.992	0.05
TAD	17	77.35	8.05	17	73.29	7.03	-1.887	0.06
MMSE	24	27.32	2.98	19	26.89	2.92	-1.469	0.14
MoCA	24	21.53	5.10	19	20.26	6.02	-2.248	0.03
EQM	24	8.95	4.23	19	9.26	4.03	-1.513	0.13
GDS	24	9.79	5.04	19	12.11	4.80	-2.825	0.00
GAI	24	8.32	7.16	19	10.26	6.86	-2.371	0.02
WHOQOL-Bref								
Faceta Geral	24	50.66	21.84	19	44.08	20.98	-1.123	0.26
Físico	24	57.33	12.28	19	52.63	13.77	-0.970	0.33
Psicológico	24	52.41	13.05	19	50.65	12.13	-0.542	0.59
Relações sociais	24	55.26	15.52	19	52.63	16.45	-0.821	0.41
Ambiente	24	58.88	11.75	19	57.89	11.62	-0.354	0.72

Nota. Nº de med = Número de medicamentos; IMC = Índice de Massa Corporal; HbA1c = Hemoglobina glicosilada; TAS = Tensão arterial sistólica; TAD = Tensão arterial diastólica; MMSE = Mini Mental State Examination; MoCA = Montreal Cognitive Assessment; EQM = Escala de Queixas de Memória; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; GAI = Inventário de Ansiedade Geriátrica; WHOQOL-Bref = Avaliação de Qualidade de Vida da OMS; Z = teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

De acordo com a Tabela 4, as correlações elevadas e significativas estão presentes no HbA1c. Assim, verifica-se correlações negativas e elevadas entre o HbA1c com aEGD ($r_s = -.719, p < .05$). Entre o HbA1c e o GDS ($r_s = .765, p < .001$), o MoCA ($r_s = .788, p < .001$), os Fatores Psicológico ($r_s = .752, p < .001$) e o Ambiente ($r_s = .859, p < .001$) as correlações são igualmente elevadas e significativas, mas positivas. Na exploração da influência do desempenho cognitivo, da ansiedade e da depressão (medidas respetivamente avaliadas pelas seguintes escalas: MMSE, MoCA, GDS e GAI) e das variáveis de controlo (número de medicamento, género, estado civil e idade) na variabilidade das queixas de memória (medidas pela EQM) verifica-se que a idade [FANCOVA não paramétrica (1,36) = 0.448, $p < .001, \eta^2 = .07$] tem uma influência estatisticamente significativa no total da EQM (Tabela 5). Assim, quanto maior a idade, maior será a pontuação na EQM.

Tabela 4

Correlação entre os Dados Clínicos e os Instrumentos.

Fonte de variação	Idade	IMC	TAS	TAD	HbA1c	MMSE	EQM	GDS	GAI	MoCA
N °de med			-.486**	-.517**						
TAD			.478**							
MMSE					.692*					
MoCA	-.370*				.788**	.668**				
EQM				.372*						
GDS					-.765**		.730**			
GAI							.553**	.695**		
WHOQOL-Bref										
Faceta Geral		-.584**						-.347*		
Físico						.365*		-.557**	-.558**	
Psicológico					.752*	.367*		-.573**		.497**
Relações sociais										
Ambiente					.859**	.533**		-.412*		.654**

Nota. N° de med = Número de medicamentos; IMC = Índice de Massa Corporal; HbA1c = Hemoglobina glicosilada; TAS = Tensão arterial sistólica; TAD = Tensão arterial diastólica; MMSE = Mini Mental State Examination; MoCA = Montreal Cognitive Assessment; EQM = Escala de Queixas de Memória; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; GAI = Inventário de Ansiedade Geriátrica; WHOQOL-Bref = Avaliação de Qualidade de Vida da OMS.

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

Tabela 5

Análise da Covariância entre as Variáveis e o EQM

Fonte de variação	F	p	η^2	Potência observada
Número de medicamentos	0.523	.783	.647	.08
Gênero	0.004	.953	.002	.05
Estado Civil	0.465	.683	.317	.07
Idade*	0.448	.050	.810	.07
MMSE	0.016	.911	.008	.05
MoCA	0.011	.517	.005	.05
GDS	0.608	.635	.233	.08
GAI	0.308	.927	.133	.06

Nota. MMSE = Mini Mental State Examination; MoCA = Montreal Cognitive Assessment; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; GAI = Inventário de Ansiedade Geriátrica; EQM = Escala de Queixas de Memória.

* $p < .05$.

Discussão

O presente estudo, com dois momentos avaliativos, realizou-se numa Unidade de Saúde Familiar (integrada num agrupamento de centros de saúde) e procurou compreender o processo das QSM em pessoas adultas com idade superior ou igual a 55 anos, dado ser a partir dessa idade que essas QSM surgem (Açikgöz et al., 2014).

O conhecimento produzido em torno da temática das QSM permanece questionável e dúbio, embora nos últimos anos se tenham observado pertinentes e fulcrais avanços empíricos e científicos (Caselli et al., 2014; Sousa et al., 2015a).

Da análise dos resultados é interessante observar que no segundo momento avaliativo todos os participantes apresentaram QSM significativas, embora a maioria não apresente indicação de DCL. Sobre esses factos, na meta análise de estudos longitudinais prospetivos (Mitchell et al., 2014), verificou-se que as pessoas adultas com QSM, sem défices objetivos mnésicos, apresentam um maior risco de desenvolver DCL e demência. Todavia, num estudo longitudinal português, as QSM não predizem a conversão para DA (Silva et al., 2014). Possivelmente, por apresentarem défices de *insight*, os pacientes que converteram para DA, nesse estudo, tiveram piores desempenhos mnésicos e menos QSM.

Como demonstrado na literatura, as QSM são frequentes no contexto de saúde primário (Eichler et al., 2015; Galvin & Sadowsky, 2012; Iliffe et al., 2002) e poderão corresponder a uma fase pré-demencial (Blackburn et al., 2014; Howieson et al., 2015; Jessen et al., 2014; Mendonça et al., 2016; Mitchell et al., 2014; Verdelho et al., 2011; Wolfsgruber et al., 2014), mas também podem estar associadas à redução da saúde mental e da qualidade de vida, como à idade, à depressão, à ansiedade e ao género feminino (Açikgöz et al., 2014; Blackburn et al., 2014; Chen et al., 2014; Mendes et al., 2008; Sousa et al., 2015a). Na mesma linha das QSM anteriormente descrita, observou-se o incremento estatisticamente significativo da depressão e da ansiedade, bem como associações entre as QSM e a depressão. Estes resultados são também consonantes com outras pesquisas (Açikgöz et al., 2014; Caselli et al., 2014; Lehrner et al., 2014), que referem que as QSM se associam a um quadro depressivo e não a um prejuízo real da memória. A interpretação da relação entre as QSM e os fatores emocionais, a baixa escolaridade e o género feminino descrita na literatura é ainda basta inconclusiva (Açikgöz et al., 2014; Blackburn et al., 2014; Chen et al., 2014; Mendes et al., 2008; Sousa et al., 2015a). Essa inconsistência está bem presente na diabetes, que em alguns estudos, parece estar associada com as QSM e o declínio cognitivo, e até mesmo com o aumento da probabilidade de desenvolver uma demência (Chen et al., 2014; Gao et al., 2008). Neste estudo, a influência das diabetes foi verificada através da HbA1c, que se encontrou associada com a depressão, o desempenho cognitivo (medido pelo MoCA) e a qualidade de vida (apenas nos fatores psicológicos e ambiente), tendo-se verificado o mesmo noutro estudo (Gao et al., 2008).

O estudo relativo à influência na variância da QSM colocou em destaque apenas a idade, sendo esse o único fator relevante para a variância dos resultados no EQM. Os resultados estão de acordo com outros estudos (Açikgöz et al., 2014; Caselli et al., 2014; Chen et al., 2014), embora. Um estudo realizado em Portugal sugire serem as pessoas idosas, comparativamente às pessoas adultas, quem apresenta mais QSM (Ginó et al., 2010).

Um outro ponto a evidenciar é o aumento no número de medicamentos consumidos, do primeiro para o segundo momento avaliativo, estando os anti hipertensores em claro destaque. Estes resultados vão no mesmo sentido aos obtidos em outro estudo (Anathhanam et al., 2012), que sugerem uma média entre os cinco e os seis medicamentos. Por outro lado, num noutro estudo português (Marques et al., 2015), a medicação em maior primazia destinava-se igualmente ao sistema cardiovascular, mas a média de consumo de um ou mais medicamentos era superior. As diferenças dos resultados podem explicarem-se pelo fato dos

participantes nesse estudo estarem institucionalizados e apresentarem demência, sendo que 138 estavam diagnosticados com DA.

Os dados reforçam que a delimitação entre as QSM e a depressão, como fator precipitante do declínio da função cognitiva, traduz-se numa linha ténue, podendo ambos surgir, meses ou mesmo anos, antes do défice cognitivo estar instalado. Deste modo, as QSM e a sintomatologia depressiva e ansiógena deverão ser clinicamente valorizadas pelo médico de família, podendo constituir-se num referencial de reflexão em torno de medidas que deverão ser tidas em consideração para as minimizar. A sua elevada frequência no presente estudo reforça a sua importância, quer a nível clínico, quer no contexto de investigação.

Eventualmente no futuro as QSM poderão ser a chave para prolongar a esperança média de vida com qualidade, visando assim, a orientação para potenciais áreas de intervenção, de forma a promover a saúde e o bem-estar. Neste cenário, a promoção de um envelhecimento saudável, ativo e de sucesso, deverá estar enquadrado numa perspetiva de ciclo de vida e refletir a heterogeneidade e idiosincrasia do adulto idoso (Lima, 2016).

Como limitação deste estudo salienta-se a dimensão reduzida da amostra e o facto de esta ser constituída maioritariamente por mulheres com baixa escolaridade, o que poderá ter possibilitado o enviesamento estatístico, devendo os dados serem lidos com precaução. Outra limitação prende-se com facto deste estudo se cingir a uma Unidade de Saúde Familiar e de não contemplar a recolha em contexto domiciliar nem institucional. Sugere-se, em estudos futuros, o aumento do leque de recolha de dados. Nesta linha, seria igualmente interessante a comparação entre as QSM facultadas pelo participante, mas também pelos profissionais de saúde, pelo seu familiar e até cuidador informal, não tendo sido analisadas por falta de informação. Outra sugestão para aprofundar o significado das QSM seria o recurso a uma abordagem de análise qualitativa.

Os dados permitem considerar que as QSM são muito frequentes, mas o seu significado clínico não é ainda claro. Possivelmente, é por esta razão que são ainda pouco valorizadas pelos médicos de famílias portuguesas. Em face a estes resultados, considera-se que no âmbito de uma consulta de cuidados primários, como as que ocorrem nas Unidades de Saúde Familiar, cresce a clara necessidade de identificar e sinalizar, oportuna e corretamente, os possíveis quadros pré-demenciais, de modo a identificar casos mascarados ou os diagnósticos insatisfatórios de depressão e de pseudodepressão e, assim, possibilitar a implementação de uma intervenção mais atempada e adequada.

Independente da evolução, ou não, para DCL, e até DA, as QSM, por si, refletem o descontentamento nas habilidades cognitivas, o que poderá repercutir-se no sentimento de bem-estar e na própria qualidade de vida.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

Financiamento

Os autores não obtiveram qualquer fonte de financiamento, subsidio ou bolsa para este trabalho.

Agradecimentos

Um agradecimento muito especial é dirigido à Dra. Ana Mateus, coordenadora da USF Araceti, e à restante equipa dessa unidade, por todo o apoio prestado no decurso da investigação.

Referências

- Abdulrab, K., & Heun, R. (2008). Subjective memory impairment: A review of its definitions indicates the need for a comprehensive set of standardised and validated criteria. *European Psychiatry*, 23(5), 321-330. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.02.004
- Açikgöz, M., Barut, B. Ö., Emre, U., Taşçılar, N., Atalay, A., & Köktürk, F. (2014). Assessment of relation between subjective memory complaints and objective cognitive performance of elderly over 55 years old age. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 51(1), 57-62. doi:10.4274/npa.y6719
- Albuquerque, E., Esteves, P., & Cerejeira, J. (2016). Doença de Alzheimer. In H. Firmino, M. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde Mental das pessoas mais velhas*. Lisbon, Portugal: Lidel.
- Anathhanam, S., Powis, R., Cracknell, A., & Robson, J. (2012). Impact of prescribed medications on patient safety in older people. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 3(4), 165-174. doi:10.1177/2042098612443848
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2007). Escala de Depressão Geriátrica. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Eds.), *Escala e testes na demência* (pp. 69-72). Lisbon, Portugal: GEECD.
- Blackburn, D. J., Wakefield, S., Shanks, M. F., Harkness, K., Reuber, M., & Venneri, A. (2014). Memory difficulties are not always a sign of incipient dementia: A review of the possible causes of loss of memory efficiency. *British Medical Bulletin*, 112(1), 71-81. doi:10.1093/bmb/ldu029
- Canavarro, M., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Caselli, R. J., Chen, K., Locke, D. E. C., Lee, W., Roontiva, A., Bandy, D., . . . Reiman, E. M. (2014). Subjective cognitive decline: Self and informant comparisons. *Alzheimer's & Dementia*, 10(1), 93-98. doi:10.1016/j.jalz.2013.01.003
- Chen, S. T., Siddarth, P., Ercoli, L. M., Merrill, D. A., Torres-Gil, F., & Small, G. W. (2014). Modifiable risk factors for Alzheimer disease and subjective memory impairment across age groups. *PLoS ONE*, 9(6), Article e98630. doi:10.1371/journal.pone.0098630
- Claassen, J. A. H. R. (2015). Cognitive decline and dementia: Are we getting to the vascular heart of the matter? *Hypertension*, 65(3), 505-506. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.04706
- Cruz, V. T., Pais, J., Teixeira, A., & Nunes, B. (2004). Sintomas iniciais de demência de Alzheimer: A percepção dos familiares. *Acta Medica Portuguesa*, 17, 435-444.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma 053/2011*. Lisbon, Portugal: Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos.

- Eichler, T., Thyrian, J. R., Hertel, J., Wucherer, D., Michalowsky, B., Reiner, K., . . . Hoffmann, W. (2015). Subjective memory impairment: No suitable criteria for case-finding of dementia in primary care. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 1(2), 179-186. doi:10.1016/j.dadm.2015.02.004
- Exalto, L. G., van der Flier, W. M., Scheltens, P., Vrenken, H., & Biessels, G. J. (2014). Dysglycemia, brain volume and vascular lesions on MRI in a memory clinic population. *Journal of Diabetes and its Complications*, 28(1), 85-90. doi:10.1016/j.jdiacomp.2012.12.003
- Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. doi:10.1080/13803395.2011.589374
- Galvin, J. E., & Sadowsky, C. H. (2012). Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(3), 367-382. doi:10.3122/jabfm.2012.03.100181
- Gao, L., Matthews, F. E., Sargeant, L. A., Brayne, C., & MRC FAS. (2008). An investigation of the population impact of variation in HbA1c levels in older people in England and Wales: From a population based multi-centre longitudinal study. *BMC Public Health*, 8(1), Article 54. doi:10.1186/1471-2458-8-54
- Ginó, S., Mendes, T., Maroco, J., Ribeiro, F., Schmand, B., De Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2010). Memory complaints are frequent but qualitatively different in young and elderly healthy people. *Gerontology*, 56(3), 272-277. doi:10.1159/000240048
- Ginó, S., Mendes, T., Ribeiro, F., Mendonça, A., Guerreiro, M., & Garcia, C. (2007). Escala de Queixas de Memória. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Eds.), *Escala e testes na demência* (pp. 117-120). Lisbon, Portugal: GEECD.
- Guerreiro, M. (2010). Teste de rastreio de defeito cognitivo e demência: Uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.
- Howieson, D. B., Mattek, N., Dodge, H. H., Erten-Lyons, D., Zitzelberger, T., & Kaye, J. A. (2015). Memory complaints in older adults: Prognostic value and stability in reporting over time. *SAGE Open Medicine*, 3, Article 05031211557479. doi:10.1177/2050312115574796
- Iliffe, S., Wilcock, J., Austin, T., Walters, K., Rait, G., Turner, S., . . . Downs, M. (2002). Dementia diagnosis and management in primary care: Developing and testing educational models. *Dementia*, 1(1), 11-23. doi:10.1177/147130120200100111
- Jessen, F. (2010). Prediction of dementia by subjective memory impairment: Effects of severity and temporal association with cognitive impairment. *Archives of General Psychiatry*, 67(4), 414-422. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.30
- Jessen, F., Amariglio, R., Van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., . . . Wagner, M. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 10(6), 844-852. doi:10.1016/j.jalz.2014.01.001
- Lehrner, J., Moser, D., Klug, S., Gleiß, A., Auff, E., Dal-Bianco, P., & Pusswald, G. (2014). Subjective memory complaints, depressive symptoms and cognition in patients attending a memory outpatient clinic. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 463-473. doi:10.1017/S1041610213002263

- Lima, M. (2016). Envelhecimento ativo e com sentido. In H. Frimino, M. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde Mental das pessoas mais velhas*. Lisbon, Portugal: Lidel.
- Marques, A., Rocha, V., Pinto, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2015). Comorbidities and medication intake among people with dementia living in long-term care facilities. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 33(1), 42-48. doi:10.1016/j.rpsp.2014.07.005
- Mendes, T., Ginó, S., Ribeiro, F., Guerreiro, M., de Sousa, G., Ritchie, K., & de Mendonça, A. (2008). Memory complaints in healthy young and elderly adults: Reliability of memory reporting. *Aging & Mental Health*, 12(2), 177-182. doi:10.1080/13607860701797281
- Mendonça, M. D., Alves, L., & Bugalho, P. (2016). From subjective cognitive complaints to dementia: Who is at risk? A systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(2), 105-114. doi:10.1177/1533317515592331
- Mitchell, A. J., Beaumont, H., Ferguson, D., Yadegarfar, M., & Stubbs, B. (2014). Risk of dementia and mild cognitive impairment in older people with subjective memory complaints: Meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(6), 439-451. doi:10.1111/acps.12336
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 2(9), 10-16.
- Pais, J. (2008). As dificuldades de memória do idoso. In B. Nunes (Ed.), *Memória - Funcionamento, perturbações e treino* (pp. 153-169). Lisbon, Portugal: Lidel.
- Pires, C., Silva, D., Maroco, J., Ginó, S., Mendes, T., Schmand, B. A., . . . de Mendonça, A. (2012). Memory complaints associated with seeking clinical care. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012, Article 725329. doi:10.1155/2012/725329
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748. doi:10.1080/13607863.2011.562177
- Rönnlund, M., Sundström, A., Adolfsson, R., & Nilsson, L.-G. (2015). Subjective memory impairment in older adults predicts future dementia independent of baseline memory performance: Evidence from the Betula prospective cohort study. *Alzheimer's & Dementia*, 11, 1385-1392. doi:10.1016/j.jalz.2014.11.006
- Roriz-Filho, J. S., Sá-Roriz, T. M., Rosset, I., Camozzato, A. L., Santos, A. C., Chaves, M. L. F., . . . Roriz-Cruz, M. (2009). (Pre)diabetes, brain aging, and cognition. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease*, 1792(5), 432-443. doi:10.1016/j.bbadis.2008.12.003
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com medicação. *Acta Medica Portuguesa*, 28(2), 182-188. doi:10.20344/amp.6025
- Silva, D., Guerreiro, M., Faria, C., Maroco, J., Schmand, B., & Mendonça, A. (2014). Significance of subjective memory complaints in the clinical setting. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 27(4), 259-265. doi:10.1177/0891988714532018

- Singh-Manoux, A., Dugravot, A., Ankri, J., Nabi, H., Berr, C., Goldberg, M., . . . Elbaz, A. (2014). Subjective cognitive complaints and mortality: Does the type of complaint matter? *Journal of Psychiatric Research*, *48*(1), 73-78. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.10.005
- Sousa, M., Pereira, A., & Costa, R. (2015a). Subjective memory complaint and depressive symptoms among older adults in Portugal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, *2015*, Article 296581. doi:10.1155/2015/296581
- Sousa, M., Pereira, A., Costa, R., & Rami, L. (2015b). Initial phase of adaptation of Memory Alteration Test (M@T) in a Portuguese sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *61*(1), 103-108. doi:10.1016/j.archger.2015.03.008
- Verdelho, A., Madureira, S., Moleiro, C., Santos, C., Ferro, J. M., Erkinjuntti, T., . . . Inzitari, D. (2011). Self-perceived memory complaints predict progression to Alzheimer disease: The LADIS study. *Journal of Alzheimer's Disease*, *27*(3), 491-498. doi:10.3233/JAD-2011-110494
- Wolfsgruber, S., Wagner, M., Schmidtke, K., Frölich, L., Kurz, A., Schulz, S., . . . Jessen, F. (2014). Memory concerns, memory performance and risk of dementia in patients with mild cognitive impairment. *PLoS ONE*, *9*(7), Article e100812. doi:10.1371/journal.pone.0100812