

Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade

The relation between memory complaints in the elderly and education, cognitive performance, and symptoms of depression and anxiety

DÉBORA LEE VIANNA PAULO¹, MÔNICA SANCHES YASSUDA²

¹ Graduada em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo, SP.

² Professora doutora do curso de Gerontologia da EACH-USP, pesquisadora colaboradora no LIM-27, Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, São Paulo, SP.

Recebido: 17/12/2008 – Aceito: 1/4/2009

Resumo

Contexto: Idosos que apresentam prejuízo mnemônico, em tese, podem queixar-se da memória com mais frequência. A queixa pode ser mais comum entre idosos de baixa escolaridade em razão de maior vulnerabilidade para o declínio cognitivo. **Objetivos:** Investigar se as queixas mnemônicas do idoso variam de acordo com sua escolaridade e avaliar se essas queixas estão associadas a seu desempenho cognitivo e a sintomas de depressão e ansiedade. **Métodos:** Sessenta e sete idosos, com idades entre 60 e 75 anos, foram subdivididos em três grupos: 1-4 anos de escolaridade (n = 23), 4-8 anos (n = 20) e 9 anos ou mais (n = 24). O protocolo incluiu o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), a Bateria Cognitiva Breve (BCB) – memorização de 10 figuras, Fluência Verbal Categoria Animais (FV), Teste do Desenho do Relógio (TDR) –, um questionário de frequência de esquecimentos, o Questionário de Queixas de Memória (MAC-Q), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e a Escala Beck de Ansiedade (BAI). **Resultados:** Observou-se diferença significativa entre os três grupos para o MEEM, para o reconhecimento das 10 figuras, para FV e TDR, e não foram detectadas diferenças significativas para frequência de esquecimentos e MAC-Q. Também não houve associação entre queixas e desempenho cognitivo nem entre queixas e sintomas de depressão, mas a correlação entre frequência de esquecimentos e sintomas de ansiedade foi significativa. **Conclusão:** As queixas de memória não se associaram a escolaridade, desempenho cognitivo nem a sintomas depressivos, mas estiveram associadas a sintomas de ansiedade.

Paulo DLV, Yassuda MS / Rev Psiq Clín. 2010;37(1):23-6

Palavras-chave: Queixas de memória, envelhecimento, escolaridade, idosos, depressão, ansiedade.

Abstract

Background: Older adults with mnemonic deficits may complain about memory more frequently. Memory complaints may be more frequent among older adults with lower education, due to greater vulnerability to cognitive decline. **Objectives:** To investigate if memory complaints vary as a function of education, and to evaluate if memory complaints are associated with cognitive performance, and symptoms of depression and anxiety. **Methods:** Sixty seven older adults (between 60-75 years) were divided into three groups: 1-4 years of education (n = 23), 4-8 years (n = 20), and 9 or more (n = 24). The protocol included the Mini-Mental State Examination (MMSE), Brief Cognitive Battery (BCB) – memorization of 10 pictures, Verbal Fluency Animal Category (VF), Clock Drawing Test (CDT) –, a questionnaire about frequency of forgetting, the Memory Complaint Questionnaire (MAC-Q), the Geriatric Depression Scale (GDS), and the Beck Anxiety Inventory (BAI). **Results:** Significant differences were observed among the three groups for the MMSE, 10-picture recognition, VF, and CDT, and no significant differences were found for frequency of forgetting and MAC-Q. Also, there was no association between complaints and cognitive performance, or complaints and depressive symptoms, however, the correlation between frequency of forgetting and symptoms of anxiety was significant. **Discussion:** Memory complaints were not associated to education, cognitive performance, or depressive symptoms, yet, they were associated with anxiety symptoms.

Paulo DLV, Yassuda MS / Rev Psiq Clín. 2010;37(1):23-6

Key-words: Memory complaints, aging, education, elderly, depression, anxiety.

Introdução

O processo de envelhecimento é acompanhado de declínio em algumas habilidades cognitivas, como a memória episódica e as funções executivas. Entretanto, apenas em alguns casos o declínio cognitivo evolui para a demência^{1,2}. O idoso que apresenta algum prejuízo mnemônico, mesmo que não patológico, em tese, pode queixar-se da memória com maior frequência.

As queixas de memória também podem ser consideradas parte do conceito de metamemória, visto que refletem percepções e autoavaliações da memória³. Têm sido utilizadas, por alguns autores, como um dos critérios para a identificação de prejuízos cognitivos em idosos^{4,5}. Estudos apontam que as queixas podem indicar uma real dificuldade cognitiva⁶⁻⁹, entretanto, outros sugerem que as queixas

estão mais associadas a fatores psicológicos, como ansiedade, depressão e alta exigência pessoal¹⁰⁻¹³.

Alguns pesquisadores⁶ ressaltam que essas queixas podem prever demência em idosos que apresentam alterações cognitivas quando acompanhados por, no mínimo, dois anos. Os autores destacam, ainda, a possibilidade de as queixas serem fator preditivo para a demência em indivíduos com alta escolaridade, mesmo quando não são identificados prejuízos cognitivos em avaliações breves. Estudo longitudinal recente¹⁴ destacou a importância da queixa de memória entre idosos altamente escolarizados para a detecção precoce do declínio cognitivo.

Pesquisas longitudinais^{15,16} sugerem que as queixas subjetivas de memória entre idosos sem demência não são apenas secundárias à depressão, mas refletem o *status* cognitivo e expressam, em parte,

uma percepção realística de declínio cognitivo. Além disso, existem sugestões de que as novas queixas, sobretudo em indivíduos mais velhos e entre os que apresentam *status* cognitivo inicial mais baixo, possam expressar a presença de prejuízo cognitivo significativo⁸ e maior risco de evolução para a demência⁹.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar se as queixas de memória variam entre indivíduos de diferentes faixas de escolaridade e se estas possuem relação com desempenho cognitivo, sintomas de depressão e de ansiedade. A pesquisa justifica-se pela necessidade de se ampliar a compreensão atual sobre as variáveis que podem modular as queixas de memória, visto que possuem relevância para decisões clínicas no contexto do envelhecimento.

Metodologia

Participantes

Participantes do presente estudo eram idosos que frequentavam o Centro de Referência da Cidadania do Idoso (Creci). Este é um serviço de referência e de qualificação institucional em atenção ao idoso que oferta atenção individual e encontros em pequenos e grandes grupos, com opções de atividades de leitura, entretenimento, apresentações culturais e educativas, realização de eventos, mostras, entre outros. Cerca de 1.500 idosos frequentam a instituição mensalmente. Eles foram convidados a participar durante a realização de atividades físicas. Os idosos interessados deixavam seu nome e telefone na secretaria da instituição.

Foram entrevistados 71 idosos com idades entre 60 e 75 anos. Destes, um idoso foi excluído da amostra por apresentar pontuação acima da nota de corte na Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – 6 pontos ou mais¹⁷ –, outro por apresentar pontuação abaixo da nota de corte no MEEM adequado à escolaridade¹⁸ e dois por apresentarem pontuação baixa no MEEM e elevada na GDS. A amostra final foi de 67 idosos.

Para se determinar a nota de corte do MEEM, foram utilizadas as médias propostas por Brucki *et al.*¹⁸ para as diversas faixas de escolaridade, menos um desvio-padrão. Para 1 a 4 anos de escolaridade foi utilizada a nota 22, para 5 a 8 anos, a nota 24, e para mais de 9 anos de escolaridade, a nota 26. Não foram recrutados idosos iletrados nem portadores de déficits sensoriais, pois impossibilitariam a aplicação dos instrumentos. O protocolo de pesquisa incluiu uma questão sobre a presença de doenças que revelou a presença de condições crônicas como diabetes e hipertensão em alguns participantes. Não foram realizadas avaliações clínicas.

De acordo com essas faixas de escolaridade, foram formados três grupos: o grupo 1, formado de indivíduos com 1 a 4 anos de escolaridade (n = 23), o grupo 2, com 4 a 8 anos de escolaridade (n = 20) e o grupo 3, acima de 9 anos de escolaridade (n = 24).

Instrumentos

O protocolo foi composto por questionário sociodemográfico, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)¹⁸, Bateria Cognitiva Breve (BCB)¹⁹, Questionário de Queixas de Memória (Memory Complaint Questionnaire – MAC-Q)²⁰, questionário sobre a frequência de esquecimentos²¹, Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS)²² e Escala Beck de Ansiedade (BAI)²³. O questionário sobre a frequência de esquecimentos adaptado para o português inclui 15 perguntas sobre diferentes situações que caracterizam falhas de memória, nas quais o participante indica em escala Likert (0-3) a frequência em que estas ocorrem. A pontuação varia entre 0 e 45 pontos, e a maior pontuação indica maior frequência de esquecimentos.

Procedimentos

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, baseado na resolução 196/96 do Ministério da Saúde. As entrevistas foram

realizadas individualmente em sala isolada e duraram aproximadamente 40 minutos cada.

Análises estatísticas

Os dados coletados foram analisados pelo programa SPSS, versão 9.0. Foram feitas análises com o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar se as variáveis seguiam distribuição normal.

As variáveis Nomeação (BCB), Reconhecimento (BCB) e Teste do Desenho do Relógio (TDR) não apresentaram distribuição normal e foram analisadas por testes não paramétricos. Análises de Variância (Anovas) foram realizadas para se comparar as três faixas de educação em relação às variáveis sociodemográficas, cognitivas, de queixas, de depressão e de ansiedade. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para se comparar os três grupos quanto às variáveis que não seguiam distribuição normal. Foram realizadas análises de correlação de Pearson entre as variáveis de queixas e as variáveis de desempenho cognitivo e de sintomas de depressão e de ansiedade. Essas análises envolvendo as variáveis sem distribuição normal foram repetidas com a correlação de Spearman.

Resultados

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes nas três faixas de escolaridade. Observou-se diferença significativa quanto a idade, escolaridade e renda. O grupo mais escolarizado (3) apresentou renda superior à do grupo 1, que é significativamente mais idoso que o grupo 3.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes

	Grupos			Valor de p (n = 67)
	1 (n = 23)	2 (n = 20)	3 (n = 24)	
Idade	69,52 (3,94)	67,90 (4,25)	65,12 (5,39)	0,006 ^a
Escolaridade	3,39 (0,98)	6,95 (1,27)	12,62 (2,90)	0,000 ^b
Renda	1,91 (0,79)	2,55 (1,14)	3,33 (1,52)	0,001 ^c

Valor de p refere-se a Anovas. Comparações *post hoc* de Bonferroni:

a. grupo 1 > grupo 3; b. grupo 1 < grupo 2 < grupo 3; c. grupo 3 > grupo 1.

No grupo 1, a amostra incluiu 21 mulheres (91,30%), no grupo 2, 17 mulheres (85%) e, no grupo 3, 22 mulheres (91,66%).

A tabela 2 apresenta as médias e os desvios-padrão para as variáveis cognitivas, de queixas e de sintomas de depressão e de ansiedade. Observou-se diferença significativa entre os três grupos para o MEEM (p < 0,001), reconhecimento das figuras (p = 0,02), fluência verbal (p = 0,006) e TDR (p = 0,046). Os testes *post hoc* indicaram que o grupo 1 (menos escolarizado) teve pontuação significativamente inferior à dos grupos 2 e 3 no MEEM e apresentou reconhecimento das figuras e fluência verbal inferiores ao grupo 3 (mais escolarizado).

Para o TDR, o grupo 3 apresentou desempenho marginalmente melhor que o 2. Para a GDS, houve diferença marginalmente significativa (p = 0,049), tendo o grupo 2 apresentado pontuação ligeiramente acima dos outros grupos.

Para as variáveis de queixa de memória (frequência de esquecimentos e MAC-Q), não foram detectadas diferenças significativas entre os três níveis de escolaridade, assim como não foram encontradas diferenças para sintomas de ansiedade.

Para a nomeação e o reconhecimento das figuras da BCB e para o TDR, foi repetida a análise com o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, e os resultados se mantiveram inalterados.

Foram realizadas análises de correlação de Pearson entre as variáveis estudadas utilizando-se a amostra total. A relação entre as variáveis sociodemográficas, os sintomas depressivos e de ansiedade e as queixas não foi significativa. Porém, observou-se importante associação entre a frequência de episódios de esquecimento relatados e os sintomas de ansiedade (BAI) (r = 0,48, p < 0,001).

Tabela 2. Médias e desvios-padrão (entre parênteses) para as variáveis cognitivas, de queixas de memória e de sintomas depressivos e de ansiedade

	Grupos			Valor de p
	1 (n = 23)	2 (n = 20)	3 (n = 24)	
MEEM	23,30 (2,72)	25,55 (1,31)	26,41 (1,10)	0,000 ^a
GDS	3,43 (1,75)	3,55 (1,63)	2,37 (1,81)	0,049 ^b
BAI	9,13 (8,53)	9,10 (9,53)	5,29 (4,80)	0,163
Esquecimentos	10,17 (5,55)	11,95 (9,12)	11,00 (7,17)	0,732
MAQ-Q	24,60 (5,48)	23,40 (5,00)	24,08 (3,74)	0,711
Nomeação	9,95 (0,20)	9,90 (0,44)	9,95 (0,20)	0,772
Incidental	5,47 (1,23)	5,35 (1,30)	5,45 (1,35)	0,943
Imediata	7,52 (1,27)	7,80 (1,36)	7,58 (1,17)	0,757
Aprendizado	8,21 (1,12)	8,50 (1,39)	8,70 (1,16)	0,392
Tardia	7,82 (1,49)	8,00 (1,77)	8,33 (1,65)	0,563
Reconhecimento	9,21 (0,85)	9,60 (0,75)	9,79 (0,41)	0,020 ^c
Fluência verbal	13,73 (3,41)	15,80 (4,36)	17,66 (4,25)	0,006 ^c
TDR	7,86 (1,05)	7,70 (1,71)	8,58 (0,88)	0,046 ^d

Valor de p refere-se a Anovas. Comparações *post hoc* de Bonferroni:

a. grupo 1 < grupo 2, grupo 3; b. grupo 2 > grupo 1, grupo 3; c. grupo 1 < grupo 3; d. grupo 3 > grupo 2.

Não foi detectada correlação entre as variáveis cognitivas e de queixas. Houve associação modesta e positiva (não antecipada) entre o desempenho no MEEM e a frequência de esquecimento ($r = 0,25$, $p = 0,41$) e associação significativa entre sintomas de depressão e de ansiedade ($r = 0,54$, $p < 0,001$).

Na matriz de correlações, houve associações significativas entre a frequência de esquecimentos e o MAC-Q ($r = 0,58$, $p < 0,001$), fato que era esperado em razão de estes instrumentos avaliarem percepções sobre a memória.

Houve correlação significativa entre as diversas variáveis cognitivas, como entre as medidas de memória episódica (r entre 0,81 e 0,54, $p < 0,001$). A fluência verbal associou-se com memória imediata ($r = 0,30$, $p = 0,014$) e aprendizado ($r = 0,31$, $p = 0,01$). Verificou-se relação significativa, porém modesta, entre o desempenho em fluência verbal e o TDR ($r = 0,32$, $p = 0,008$). O MEEM associou-se positivamente a diversas variáveis cognitivas e à escolaridade e à renda.

Discussão

Esta pesquisa teve por objetivo investigar a relação entre as queixas de memória de idosos, faixa de escolaridade e desempenho cognitivo. Adicionalmente, investigou-se se existe relação entre queixa de memória e presença de sintomas de depressão e de ansiedade.

Os resultados atuais sugerem que as queixas não variam de acordo com as faixas de escolaridade e não apontam associação significativa entre queixas e desempenho cognitivo. Entretanto, a frequência de esquecimentos relatados esteve associada a sintomas de ansiedade e, modestamente, ao desempenho no MEEM, com um desempenho cognitivo melhor associado a uma frequência de esquecimentos maior, contrariamente à hipótese inicial do estudo. Nessa amostra, também não houve relação entre a queixa de memória e as variáveis cognitivas.

Os resultados do presente estudo reafirmam a tese de pesquisadores de que a percepção subjetiva de perda de memória estaria mais associada à depressão^{7,10,11,24} e a traços da personalidade¹² que ao desempenho objetivo nos testes neuropsicológicos. Entretanto, nessa amostra, as queixas não se associaram a sintomas depressivos, mas a sintomas de ansiedade. Os resultados sugerem que quanto maior a frequência de esquecimentos relatados mais frequentes são os sintomas de ansiedade.

O desenho experimental não permite conclusões sobre a direção de causalidade dessa relação, que poderia ser investigada em estudos

longitudinais. É possível que as pessoas mais ansiosas intensifiquem os relatos sobre os esquecimentos ou que se esqueçam com maior frequência. Também é plausível que pessoas com maior frequência de esquecimentos desenvolvam sintomas de ansiedade associados ao temor de desenvolver demência.

Pesquisadores²⁵ documentaram que pacientes diagnosticados com depressão maior podem apresentar comprometimento em várias habilidades cognitivas, entre elas, a psicomotricidade, a memória, a compreensão da leitura, a fluência verbal e as funções executivas. Assim, é possível que, na presença de depressão, o desempenho cognitivo inferior seja acompanhado de queixas cognitivas.

Outros estudos sugerem que o desempenho de memória e a metamemória não estão fortemente relacionados^{26,27}. Alinhadas a essa proposição, pesquisas documentam que a melhora objetiva no desempenho mnemônico não leva a um menor número de queixas e não se traduz em autoavaliações mais positivas²⁸⁻³⁰. Em contrapartida, pesquisas indicam que intervenções que focam a metamemória e as estratégias mnemônicas podem melhorar simultaneamente a memória objetiva (desempenho) e subjetiva (crenças e atitudes)³¹⁻³⁴.

Apesar de os resultados atuais não sugerirem relação entre escolaridade e queixas cognitivas, é possível que ela exista de forma modesta, sendo detectável apenas por meio de estudos longitudinais, com amostras maiores. Em análise realizada no estudo de Rotterdam¹⁴, por exemplo, concluiu-se que o risco para desenvolvimento da doença de Alzheimer era maior em pessoas com queixas subjetivas de memória quando elas apresentavam escolaridade elevada, e, entre estas, nas que obtêm bom desempenho em testes cognitivos formais, a queixa de memória pode ser o primeiro sinal da doença de Alzheimer. A queixa de memória era menos preditiva de doença de Alzheimer entre pessoas de baixa escolaridade.

É interessante ressaltar que não houve diferença significativa entre as três faixas de escolaridade nos testes de memória da BCB. Esse resultado confirma que essa bateria é menos influenciada pela escolaridade do que outras provas de memória, como apontou estudo anterior¹⁹. Neste estudo, iletrados e letrados diferiram significativamente no MEEM, FV, nomeação de Boston, TDR e no teste de memória de palavras da bateria (CERAD), entretanto, não diferiram nas tarefas de memória da BCB (memória imediata e tardia). Nessa amostra, também foram encontradas diferenças entre os três grupos analisados no MEEM, no reconhecimento das figuras, na fluência verbal e no TDR, mas não na memorização de figuras da BCB.

Conclusão

Concluiu-se, com base nesta amostra, que não houve relação entre a queixa de memória e o grau de escolaridade do idoso. As queixas mnemônicas não refletiram possíveis déficits cognitivos associadas ao envelhecimento. Adicionalmente, não se encontrou relação significativa entre queixas e sintomas depressivos, mas associação positiva com os sintomas de ansiedade.

Este estudo apresentou algumas limitações a serem superadas por pesquisas posteriores. A amostra estudada foi relativamente pequena, com potencial viés de seleção a favor de idosos saudáveis, visto que se constituiu de idosos ativos que podem não ser representativos da população idosa brasileira e, adicionalmente, a pesquisa foi realizada em um corte transversal. Assim, sugere-se que pesquisas futuras sobre o tema incluam idosos de variadas situações socioeconômicas, levando-se em conta a heterogeneidade dos idosos no Brasil.

Agradecimento

Agradecemos o apoio financeiro do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade de São Paulo (USP).

Referências

1. Erven TV, Janczura GA. A memória dos idosos em tarefas complexas. *Psic Teor Pesq*. 2004;20(1):59-68.

2. Bottino CM, Azevedo DJR, Tatsh M, Hototian SR, et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. *Dement Geriatr Disord*. 2008;26(4):291-9.
3. Yassuda MS, Lasca VB, Neri AL. Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18(1):78-90.
4. Crook TH 3rd, Feher EP, Larrabee GJ. Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *Int Psychogeriatr*. 1992 Fall;4(2):165-76.
5. Petersen RC, et al. Memory impairment study. The 9th International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders; 2004 July 17-20; Philadelphia, PA, USA.
6. Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(11):983-91.
7. Xavier F, Ferraz MPT, Argimon I, Moriguchi EH. A relevância clínica da percepção subjetiva de perda de memória por pessoas de idade. *Rev Bras Neurol*. 2001;37(1).
8. Schofield PW, Jacobs D, Marder K, Sano M, Stern Y. The validity of new memory complaints in the elderly. *Arch Neurol*. 1997;54(6):756-9.
9. Treves TA, Verchovsky R, Klimovitzky S, Korczyn AD. Incidence of dementia in patients with subjective memory complaints. *Int Psychogeriatr*. 2005;17(2):265-73.
10. Bolla KI, Lindgren KN, Bonaccorsy C, Bleecker ML. Memory complaints in older adults. *Arch Neurol*. 1991;48:61-4.
11. Grut M, Jorm AF, Fratiglioni L, Forsell Y, Viitanen M, Winblad B. Memory complaints of elderly people in a population survey: variation according to dementia stage and depression. *J Am Geriatr Soc*. 1993;41(12):1295-300.
12. Hanninen T, Reinikainen KJ, Helkala EL, Koivisto K, Mykkanen L, Laakso M, et al. Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42:1-4.
13. Stella F. Ansiedade no idoso. In: Forlenza OV (ed.). *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 97-106.
14. Oijen MV, Jong FJ, Hofman AH, Koudstaal PT, Breteler AAB. Subjective memory complaints, education, and risk of Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dementia*. 2007;3:92-7.
15. Wang PN, Wang SJ, Fuh JL, Teng EL, Liu CY, Lin CH, et al. Subjective memory complaint in relation to cognitive performance and depression: a longitudinal study of a rural Chinese population. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(3):295-9.
16. Wang L, van Belle G, Crane PK, Kukull WA, Bowen JD, McCormick WC. Subjective memory deterioration and future dementia in people aged 65 and older. *J Am Geriatric Soc*. 2004;52(12):2045-51.
17. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):918-23.
18. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
19. Nitrini R, Caramelli P, Herrera EJR, Porto CS, Charchant-Fichman H, Carthey MT, et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *J Int Neuropsychol Soc*. 2004;10:634-38.
20. Mattos P, Lino V, Rizo L, Alfano A, Araújo C, Raggio R. Memory complaints and test performance in healthy elderly persons. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(4):920-4.
21. McNair M, Kahn R. Self-assessment of cognitive deficits. In: Crook T, Ferris S, Bartus R (orgs.). *Assessment in geriatric psychopharmacology*. New Canaan: Powey; 1983. p. 137-44.
22. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
23. Cunha JA. Manual de versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora; 2001.
24. Guerreiro TC, Veras SR, Motta LB, Veronesi A, Schmidt S. Queixa de memória e disfunção objetiva em idosos que ingressam na oficina da memória UnaTI/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006;9(1).
25. Avila R, Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(4).
26. Zarit SH, Cole KD, Guider RL. Memory training strategies and subjective complaints of memory in the aged. *Gerontologist*. 1981;21:158-64.
27. Scogin F, Storandt M, Lott L. Memory-skills training, memory complaints, and depression in older adults. *J Gerontology*. 1985;40(5):562-8.
28. Best DL, Hamlett KW, Davis SW. Memory complaint and memory performance in the elderly: the effects of memory-skills training and expectancy change. *Appl Cognit Psychol*. 1992;6:405-16.
29. Hill RD, Sheik JI, Yesavage J. The effect of mnemonic training on perceived recall confidence. *Exp Aging Res*. 1987;13(4):185-8.
30. Rebok GW, Balcerak LJ. Memory self-efficacy and performance differences in young and old adults: the effect of mnemonic training. *Dev Psychol*. 1989;25:714-21.
31. Caprio-Prevette MD, Fry PS. Memory enhancement program for community-based older adults: development and evaluation. *Exp Aging Res*. 1996;22:281-304.
32. Dittmann-Kohli F, Lachman ME, Kliegl R, Baltes PB. Effects of cognitive training and testing on intellectual efficacy beliefs in elderly adults. *J Gerontology*. 1991;46(4):162-4.
33. Troyer AK. Improving memory knowledge, satisfaction, and functioning via an education and intervention program for older adults. *Aging Neuropsychol Cognit*. 2001;8(4):256-68.
34. West RL, Bramblett JP, Welch DC, Bellott B. Memory training for the elderly: an intervention designed to improve memory skills and memory evaluation. Abril, 1992; Paper presented at the Cognitive Aging Conference, Atlanta, GA.