

Relações entre queixas de memória, sintomas depressivos e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade

Relations between memory complaints, depressive symptoms and cognitive performance among community dwelling elderly

LAIS DOS SANTOS VINHOLI E SILVA¹, THAIS BENTO LIMA DA SILVA², DEUSIVANIA VIEIRA DA SILVA FALCÃO¹, SAMILA SATLER TAVARES BATISTONI^{1,3}, ANDREA LOPES¹, MEIRE CACHIONI^{1,3}, ANITA LIBERALESSO NERI³, MÔNICA SANCHES YASSUDA^{1,2,3}

¹ Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gerontologia (NEPEG), Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), Brasil.

² Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento, Neurologia, Faculdade de Medicina da USP, Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil.

Recebido: 30/10/2014 – Aceito: 16/4/2014

DOI: 10.1590/0101-6083000000013

Resumo

Contexto: A queixa de memória é comum entre pessoas idosas, entretanto sua relevância clínica para o diagnóstico de alterações cognitivas é questionável, visto que diversos fatores podem se associar às queixas. **Objetivo:** O presente estudo avaliou a relação entre queixas de memória, sintomas depressivos e desempenho cognitivo em 301 idosos residentes em Ermelino Matarazzo que participaram da pesquisa de base populacional Perfis de Fragilidade em Idosos Brasileiros da Rede FIBRA. **Métodos:** O desempenho cognitivo foi avaliado por meio dos testes de memorização de 10 figuras comuns, Miniexame do Estado Mental (MEEM), Fluência Verbal (FV) e Teste do Desenho do Relógio, que compõem a Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo (BBRC). As queixas de memória foram avaliadas pelo Questionário de Queixas de Memória (MAC-Q) e os sintomas depressivos, pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Resultados:** Participantes do sexo feminino apresentaram maior índice de queixas de memória, comparado ao dos homens ($p = 0,013$). Idosos menos escolarizados apresentaram queixas de memória mais intensas e pior desempenho cognitivo, comparados aos de maior escolaridade ($p < 0,003$). A presença de sintomas depressivos associou-se à pior avaliação da memória ($r = 0,39$, $p < 0,001$). **Conclusão:** As queixas de memória se associaram a sexo, escolaridade e sintomas depressivos, entre idosos residentes na comunidade. Não houve associação entre queixas e desempenho cognitivo.

Silva LSV, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2014;41(3):67-71

Palavras-chave: Idoso, memória, sintomas depressivos, queixas de memória.

Abstract

Background: Memory complaints are quite common among the elderly; yet, the clinical relevance of these complaints to diagnose cognitive decline is debatable, since several different factors could be associated with them. **Objective:** The present paper examined the correlations between memory complaints, depressive symptoms and cognitive performance in a group of 301 elderly individuals who lived in the district of Ermelino Matarazzo, São Paulo, and who participated in the population-based survey entitled Profiles of Frailty in Elderly Brazilians by the FIBRA Network. **Methods:** Cognitive performance was assessed with the memorization test involving 10 common pictures, the Mini Mental State Examination (MMSE), the Verbal Fluency (VF) test, and the Clock Drawing Test, which comprise the Brief Cognitive Screening Battery (BCSB). Memory complaints were assessed with the Memory Complaint Questionnaire (MAC-Q), and depressive symptoms with the Geriatric Depression Scale (GDS). **Results:** Female participants had higher rates of memory complaints when compared to male participants ($p = 0.013$). Subjects with less years of schooling had more severe memory complaints and poorer cognitive performance than those with more years of schooling ($p < 0.003$). The presence of depressive symptoms was associated with poorer memory assessment scores ($r = 0.39$, $p < 0.001$). **Discussion:** Memory complaints were correlated with sex, schooling and depressive symptoms among elderly individuals residing in the community. No correlation was found between complaints and cognitive performance.

Silva LSV, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2014;41(3):67-71

Keywords: Older adults, elderly, memory, depressive symptoms, memory complaints.

Introdução

O conceito de metamemória refere-se a um conjunto de conhecimentos, crenças e afetos que um indivíduo pode ter sobre o funcionamento da memória. Inclui também o construto de autoeficácia para tarefas de memória que se refere à apreciação do indivíduo sobre sua capacidade de realizar uma determinada tarefa que envolve memorização. Espera-se que indivíduos com um conjunto de crenças mais positivo tenham desempenho mais elevado em tarefas de memória¹⁻⁴, pois essas variáveis podem influenciar o engajamento nessas tarefas.

Queixas e preocupações com a memória também são entendidas como parte do construto de metamemória ou, ainda, como parte do conceito de memória subjetiva. As queixas de memória estão presentes na população em geral, mas sua prevalência tende a aumentar

com o avançar da idade^{5,6} e pesquisas têm investigado o significado clínico dessas queixas em idosos^{7,8}.

Os critérios internacionais para a detecção de declínio cognitivo entre idosos incluem as queixas de memória como um importante parâmetro, como no diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)^{9,10}. Para a identificação do CCL, é necessário que o idoso ou seu acompanhante perceba o déficit e relate-o ao clínico. Entretanto, as queixas nem sempre são preditivas de declínio cognitivo ou de demência. Estudos anteriores sugeriram que as queixas cognitivas podem refletir a situação emocional do paciente¹¹, visto que sintomas depressivos e de ansiedade podem intensificar as queixas de memória¹². Mesmo assim, as queixas de memória justificam sempre a investigação clínica¹³.

Estudos realizados com idosos na comunidade não constataram associação significativa entre queixa de memória, idade e desempenho cognitivo^{14,15}. Em Xavier *et al.*¹⁵, as queixas estiveram mais relacionadas a sintomas depressivos do que a alterações objetivas de memória. Entretanto, dados de um estudo longitudinal¹⁶ com 2.802 idosos indicaram que as queixas predisseram com precisão o declínio observado no desempenho de memória ao longo de cinco anos.

É possível que a escolaridade dos participantes influencie o valor clínico das queixas cognitivas. Estudos anteriores mostraram que em pessoas com maior nível educacional as queixas podem ser um importante sinal da iminência da doença de Alzheimer (DA)¹⁷⁻²¹. Van Oijen *et al.*¹⁷, em estudo longitudinal de nove anos, mostraram que entre pessoas com maior nível educacional, mesmo com bons resultados em testes cognitivos, as queixas foram preditivas de DA. Estudos com amostras clínicas também destacaram a possibilidade das queixas terem maior valor preditivo para a demência em indivíduos com alta escolaridade, mesmo quando não são identificados prejuízos cognitivos em avaliações breves^{18,19}.

Outros estudos indicaram que o *status* cognitivo dos participantes pode modular o valor clínico das queixas. Schofield *et al.*²² documentaram que 31% dos idosos normais e 47% dos idosos com disfunção cognitiva apresentaram queixas de memória. Cook e Marsiske²³ compararam 57 idosos saudáveis a 16 idosos com CCL, com alta escolaridade, e encontraram que as queixas de memória estavam significativamente relacionadas ao desempenho em memória verbal em idosos com CCL, mas não entre idosos saudáveis.

Em resumo, os estudos convergem para a valorização clínica das queixas de memória no processo de envelhecimento, entretanto os estudos divergem quanto à possibilidade de as queixas se associarem a pior cognição ou predizerem síndromes demenciais. Estudos de base populacional podem trazer informações valiosas, por não sofrerem o viés de seleção das amostras clínicas. O objetivo do presente estudo foi avaliar a relação entre as queixas de memória, variáveis sociodemográficas, número de sintomas depressivos e desempenho cognitivo entre idosos residentes em Ermelino Matarazzo.

Métodos

Participantes

Este estudo foi realizado com os dados da pesquisa conduzida pela Rede FIBRA, polo Unicamp, "Perfis de Fragilidade em Idosos Brasileiros". O objetivo da pesquisa foi investigar diferentes perfis de fragilidade e fatores associados a essa síndrome. A Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo foi parceira da Unicamp no projeto Rede FIBRA, e entre julho de 2008 e junho de 2009 foram entrevistados 384 idosos residentes em Ermelino Matarazzo, município localizado na região leste da cidade de São Paulo. Maiores detalhes sobre os métodos empregados pela rede FIBRA polo Unicamp podem ser encontrados em Neri *et al.*²⁴.

Procedimentos

A obtenção da amostra total da Rede FIBRA ocorreu segundo a seleção aleatória de setores censitários correspondentes à zona urbana de cada uma das localidades participantes da pesquisa. Para as localidades com menos de 1 milhão de habitantes, caso de Ermelino Matarazzo, a amostra estimada foi de 385 idosos, para um erro amostral de 5%. Os recrutadores foram treinados para verificar os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Os critérios de exclusão foram: 1. déficit cognitivo grave sugestivo de demência, observado pelos recrutadores; 2. estar em cadeira de rodas ou acamado; 3. sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; 4. doença de Parkinson em estágio grave ou instável; 5. déficits de audição ou de visão, que dificultassem fortemente a comunicação; e 6. doenças em estágio terminal. Os idosos que preencheram as condições de participação foram

convidados a realizar uma avaliação em um centro comunitário. Os critérios de inclusão e exclusão foram verificados por meio de uma breve entrevista estruturada com o idoso ou seu familiar e por meio da observação durante a visita. Os recrutadores eram agentes comunitários de saúde ou universitários que receberam treinamento para realizar os procedimentos de recrutamento.

Na sessão de coleta de dados, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os idosos completaram o Miniexame do Estado Mental (MEEM)²⁵. Os idosos que pontuaram abaixo da nota de corte para seu nível de escolaridade completaram medidas sociodemográficas, antropométricas, de pressão arterial e de fragilidade e, em seguida, foram dispensados. Os idosos que pontuaram acima da nota de corte no MEEM completaram medidas psicológicas, sociais e de saúde. Os pontos de corte para o MEEM foram ajustados de acordo com o nível de escolaridade dos participantes, a saber, 17 pontos para os analfabetos, 22 pontos para 1 a 4 anos de escolaridade, 24 pontos para 5 a 8 anos e 26 pontos para 9 ou mais anos de escolaridade. Esses pontos de corte representam as médias no MEEM apresentadas por Brucki *et al.*²⁵, para cada faixa de escolaridade menos um desvio-padrão. Nas análises do presente estudo foram incluídos 301 participantes, visto que a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi aplicada somente nos participantes com nota acima do ponto de corte no MEEM. Adicionalmente, a inclusão de participantes com preservação cognitiva objetivou garantir a confiabilidade das respostas aos questionários baseados em autorrelato. Estima-se que a redução no tamanho da amostra tenha gerado um discreto aumento no erro amostral, de 5% para 5,7%.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, parecer nº 208/2007.

Materiais

O protocolo incluiu questões sociodemográficas como idade, renda, anos de escolaridade e estado civil. Sintomas depressivos foram avaliados pela EDG com 15 questões²⁶.

Para avaliar queixas de memória, foi utilizado o Questionário de Queixas de Memória (*Memory Complaint Questionnaire* – MAC-Q)^{13,27}. Nele o entrevistado é questionado se o seu desempenho hoje é igual, melhor, muito melhor, pior ou muito pior ao de quando tinha 18 anos em seis domínios da memória. O escore máximo é de 35 pontos e quanto maior a pontuação, maior a presença de queixas de memória. Considera-se que pontuação acima de 25 nesse instrumento seria indicativa de presença de queixa de memória. No estudo FIBRA em Ermelino Matarazzo, a pessoa era convidada a comparar seu desempenho atual com o desempenho observado há 10 anos.

A Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo^{28,29} foi utilizada para avaliar o desempenho cognitivo. Ela consiste na nomeação de 10 figuras comuns (nomeação) e evocação imediata (memória incidental). A seguir, as figuras são reapresentadas e é solicitado ao sujeito que as memorize por 30 segundos e resgate a seguir (memória imediata). O procedimento é repetido mais uma vez (memória de aprendizagem). Antes da evocação após 5 minutos, o indivíduo completa o Teste de Fluência Verbal categoria animais (FV) e o Teste do Desenho do Relógio (TDR). Após esses dois testes, solicita-se ao sujeito que evoque as figuras apresentadas anteriormente (memória tardia). Finalmente, as 10 figuras são reapresentadas juntamente com outras 10 distratoras, e o participante deve reconhecer as figuras originalmente apresentadas (reconhecimento).

Análise de dados

Por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, identificou-se a ausência de distribuição normal para a maioria das variáveis contínuas. Assim, foram usados testes não paramétricos. Para comparação das variáveis contínuas entre dois ou três grupos, utilizaram-se os testes

U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, respectivamente. No teste de Kruskal-Wallis, em que se obteve p-valor < 0,05, seguiu-se com o teste de comparações múltiplas (*Multiple Comparisons z values*). Foram realizadas análises de correlação de Spearman.

Para analisar a relação das variáveis sociodemográficas e psicológicas (EDG, MAC-Q) com as variáveis dependentes (escores dos testes cognitivos), utilizou-se a análise de regressão linear, modelo univariado e multivariado, com critério *Stepwise Forward* de seleção de variáveis, ou seja, do modelo mais simples para o mais complexo. As variáveis que obtiveram $p < 0,10$ na análise de regressão simples foram incluídas nos modelos múltiplos finais³⁰. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, p-valor < 0,05.

Resultados

A amostra (N = 301) continha maior presença de mulheres (66,57%), indivíduos na faixa etária entre 65 e 74 anos (38,44%), casados ou em união estável (49,58%), que possuíam, em sua maioria, o primário completo (62,67%); 17,27% dos idosos investigados se declararam analfabetos. Com relação à renda, 40,11% informaram que recebiam até um salário-mínimo e 42,63%, de um a três salários-mínimos por mês.

Observou-se média no MEEM de 23,9 pontos (DP ± 3,51), no FV de 11,90 (DP ± 3,51), no MAC-Q de 25,26 (DP ± 4,63) e na EDG de 3,42 (DP ± 2,60) (Tabela 1).

Observou-se que os homens apresentaram maior pontuação nos testes de memória incidental e imediata. Os homens apresentaram menor índice de queixas de memória e menor número de sintomas depressivos (Tabela 2). Os participantes entre 65-69 anos apresentaram melhores escores em todas as variáveis cognitivas. No MAC-Q e na EDG não houve diferença estatística entre os grupos etários, como mostra a tabela 3.

Quando divididos em faixas de escolaridade, idosos analfabetos apresentaram pior desempenho cognitivo, maior índice de queixas de memória e sintomas depressivos, quando comparados a idosos mais escolarizados (Tabela 4).

Quando a amostra foi dividida entre os participantes com seis ou mais sintomas depressivos e menos de seis sintomas, pôde-se observar que os idosos com mais sintomas depressivos apresentam maior índice de queixas de memória [menos de seis sintomas, média no MAC-Q de 24,71 (DP ± 4,18); seis ou mais sintomas, média no MAC-Q de 27,45 (DP ± 4,97); p-valor < 0,001]. A correlação entre o MAC-Q e a EDG foi de 0,39 (p-valor < 0,001). Os idosos com seis ou mais sintomas depressivos apresentaram pior desempenho em memória incidental e tardia e em fluência verbal (dados não apresentados em tabelas).

Com a amostra dividida em tercís de acordo com a distribuição do MAC-Q, observou-se que idosos com pontuação acima de 28 pontos no MAC-Q apresentaram pior desempenho em fluência verbal (M = 11,34, DP ± 3,39) do que aqueles com pontuação entre

8 e 23 (M = 12,36, DP ± 3,44) e 24 a 27 (M = 12,09, DP ± 3,61) (p-valor = 0,030).

Observou-se, por meio da análise de regressão multivariada (Tabela 5), que as variáveis cognitivas foram influenciadas pela escolaridade, idade, renda e sintomatologia depressiva. O desempenho em memória imediata e incidental também foi influenciado por sexo. As variáveis cognitivas não foram influenciadas pela presença de queixas de memória aferidas pelo MAC-Q.

Tabela 1. Caracterização da amostra, variáveis cognitivas e sociodemográficas (n = 301)

Variável	Média	DP±	Mediana
Idade	72,16	5,65	71,00
Escolaridade	3,42	2,82	4,00
Renda familiar (SM)	3,40	3,09	2,48
MEEM	23,90	3,56	24,00
Nomeação	9,70	1,21	10,00
Memória incidental	5,66	1,47	6,00
Memória imediata	7,57	1,59	8,00
Aprendizado	8,25	1,61	8,00
Fluência verbal	11,90	3,51	12,00
Desenho do relógio	2,52	1,69	3,00
Memória tardia	7,49	1,97	8,00
Reconhecimento	9,39	1,08	10,00
MAC-Q	25,26	4,63	25,00
EDG	3,42	2,60	3,00

SM: salários-mínimos; MAC-Q: *Memory Complaint Questionnaire*; EDG: Escala de Depressão Geriátrica.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão para as variáveis estudadas entre homens e mulheres (n = 301)

	Masculino		Feminino		p-valor
	Média	DP±	Média	DP±	
Nomeação	9,56	1,57	9,77	0,98	0,275
Memória incidental	5,37	1,41	5,80	1,48	0,017
Memória imediata	7,21	1,70	7,75	1,50	0,003
Aprendizado	8,12	1,58	8,32	1,62	0,177
Fluência verbal	11,76	3,40	11,97	3,56	0,717
Teste do Desenho do Relógio	2,71	1,75	2,42	1,66	0,114
Memória tardia	7,38	1,83	7,54	2,04	0,183
Reconhecimento	9,40	1,05	9,38	1,10	0,801
MAC-Q	24,38	4,38	25,71	4,70	0,013
EDG	2,82	2,30	3,68	2,70	0,006

MAC-Q: *Memory Complaint Questionnaire*; EDG: Escala de Depressão Geriátrica.

Tabela 3. Médias e desvios-padrão para as variáveis estudadas entre idosos de diferentes grupos etários (n = 301)

Variável	Grupos etários								p-valor
	65-69		70-74		75-79		80 ou +		
	Média	DP±	Média	DP±	Média	DP±	Média	DP±	
Nomeação	9,94	0,34	9,56	1,46	9,65	1,36	9,36	1,83	0,002 ^a
Memória incidental	6,07	1,30	5,58	1,46	5,44	1,32	4,81	1,81	< 0,001 ^{b,c}
Memória imediata	8,10	1,19	7,43	1,56	7,40	1,70	6,45	1,93	< 0,001 ^{b,c,d,e}
Aprendizado	8,72	1,07	8,17	1,71	8,08	1,56	7,17	2,21	< 0,001 ^{c,e}
Fluência verbal	12,71	3,41	11,70	3,42	11,43	3,29	10,48	3,81	0,003 ^c
Teste do Desenho do Relógio	2,82	1,62	2,55	1,71	2,22	1,67	1,90	1,72	0,007 ^c
Memória tardia	8,12	1,43	7,52	1,87	7,11	1,88	5,88	2,79	< 0,001 ^{b,c,e}
Reconhecimento	9,67	0,67	9,32	1,28	9,30	0,87	8,76	1,49	< 0,001 ^{b,c}
MAC-Q	25,07	4,11	25,19	5,03	26,06	4,84	24,90	4,84	0,618
EDG	3,19	2,54	3,43	2,75	3,40	2,28	3,93	2,84	0,560

a: não há diferenças estatisticamente significantes ao aplicar-se o teste de múltiplas comparações; b: 65-69 = 75-79; c: 65-69 = 80 ou +; d: 65-69 = 70-74; e: 70-74 = 80 ou +. MEEM: Miniexame do Estado Mental; MAC-Q: *Memory Complaint Questionnaire*; EDG: Escala de Depressão Geriátrica.

Tabela 4. Médias e desvios-padrão para as variáveis estudadas entre faixas de escolaridade (n = 301)

	Analfabetos		De 1 a 4 anos		5 anos ou +		p-valor
	Média	DP±	Média	DP±	Média	DP±	
Nomeação	9,20	2,00	9,80	0,98	9,81	0,85	< 0,001 ^a
Memória incidental	5,38	1,85	5,71	1,37	5,74	1,41	0,460
Memória imediata	7,15	1,85	7,61	1,59	7,81	1,23	0,137
Aprendizado	7,70	1,99	8,28	1,55	8,60	1,31	0,020 ^b
Fluência verbal	10,26	3,70	12,01	3,35	12,94	3,38	< 0,001 ^{b,c}
Desenho do relógio	1,34	1,55	2,69	1,61	2,97	1,64	< 0,001 ^{b,c}
Memória tardia	6,89	2,67	7,58	1,78	7,71	1,77	0,323
Reconhecimento	9,08	1,16	9,43	1,07	9,51	1,01	0,015 ^a
MAC-Q	26,58	5,65	25,20	4,35	24,38	4,35	0,003 ^c
EDG	4,43	2,71	3,23	2,44	2,79	2,77	0,001 ^b

a: não há diferenças estatisticamente significantes, ao aplicar-se o teste de múltiplas comparações; b: Analfabetos=5 anos ou mais; c: Analfabetos=1 a 4 anos. MAC-Q: *Memory Complaint Questionnaire*; EDG: Escala de Depressão Geriátrica.

Tabela 5. Análises de regressão linear múltipla com sexo, idade, escolaridade, renda, MAC-Q e GDS como variáveis independentes e variáveis cognitivas como variáveis dependentes (n = 298)

Desempenho	Variáveis independentes	B	Erro-padrão	p-valor
Nomeação	Escolaridade	0,034	0,016	0,039
Memória incidental	Idade	-0,050	0,015	0,001
	Sexo	0,512	0,168	0,002
	EDG	-0,057	0,031	0,066
Memória imediata	Idade	-0,063	0,015	< 0,001
	Sexo	0,616	0,162	< 0,001
	EDG	-0,056	0,030	0,064
Aprendizado	Idade	-0,078	0,015	< 0,001
Fluência verbal	Escolaridade	0,284	0,077	< 0,001
	Idade	-0,126	0,037	0,001
	EDG	-0,205	0,075	0,007
TDR	Escolaridade	0,220	0,036	< 0,001
	Idade	-0,029	0,018	0,098
Memória tardia	Idade	-0,111	0,019	< 0,001
Reconhecimento	Idade	-0,028	0,009	0,003
	Escolaridade	0,045	0,019	0,017

Critério de seleção de variáveis: Modelagem *Stepwise Forward* (p < 0,10); variável sexo é dicotômica (0 = masculino e 1 = feminino). MEEM: Miniexame do Estado Mental; TDR: Teste do Desenho do Relógio; MAC-Q: *Memory Complaint Questionnaire*; EDG: Escala de Depressão Geriátrica.

Discussão

As queixas de memória fazem parte da memória subjetiva e associam-se a crenças, sentimentos e percepções sobre o próprio desempenho cognitivo, fazendo parte de um construto maior denominado metamemória³¹. O presente estudo buscou avaliar a relação entre queixas de memória avaliadas pelo MAC-Q, variáveis sociodemográficas, sintomas depressivos e desempenho cognitivo em idosos residentes em Ermelino Matarazzo. Os resultados indicaram que houve maior percepção de declínio de memória entre as mulheres, entre os idosos de baixa escolaridade e com maior presença de sintomatologia depressiva. Entretanto, nas análises de regressão os escores no MAC-Q não foram preditivos do desempenho cognitivo nos testes empregados.

Em relação ao sexo, a literatura tem documentado que há predominância de mulheres com queixas de memória. Almeida²⁹ mostrou que, entre os pacientes com queixas, 71,5% eram mulheres. Guerreiro *et al.*³¹ encontraram 90,2% de mulheres entre os idosos queixosos, no entanto eles ressaltam que o valor elevado já era esperado pela maior presença de mulheres na população estudada. No presente estudo, as mulheres também relataram maior percepção de

declínio de memória do que os homens. Entretanto, esse achado pode estar associado à menor escolaridade das mulheres nesta amostra.

A idade tem sido identificada como uma variável preditiva de queixas de memória^{32,33}. Porém, os trabalhos anteriores não utilizaram o MAC-Q para captação de queixas de memória. O presente estudo não encontrou maior pontuação no MAC-Q entre idosos mais velhos, em congruência com Lima-Silva e Yassuda¹⁴.

Na presente análise, as queixas de memória estiveram associadas com o nível de escolaridade dos participantes. Os idosos menos escolarizados apresentavam maior percepção de declínio em tarefas de memória. Minett *et al.*³⁴ encontraram a mesma associação, em desacordo com Vianna-Paulo e Yassuda³⁵. Observa-se que essa associação tende a ser detectada em estudos com maior amostra, com delineamento longitudinal ou de base populacional.

Em estudo epidemiológico sobre queixas cognitivas, realizado em Madrid, com 1.637 indivíduos com idade superior a 64 anos, 524 entrevistados (32,4%) relataram queixas. Houve maior associação entre as queixas e idade, qualidade de vida, depressão e ansiedade do que com declínio cognitivo objetivo³¹. Esses dados estão alinhados com os achados do presente estudo, que também sugeriram que há maior presença de queixas entre os idosos com maior número de sintomas depressivos e ausência de associação com o desempenho em tarefas cognitivas.

Ávila e Bottino³⁶ 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. É possível que sintomas depressivos estejam associados a pior desempenho cognitivo e que o desempenho alterado seja acompanhado de queixas cognitivas. É plausível ainda que os sintomas depressivos se associem a uma percepção exacerbada dos prejuízos cognitivos. Os resultados do presente estudo são congruentes com essas hipóteses, visto que os escores na EDG estiveram associados a pior cognição e a maior percepção de declínio em memória.

Limitações do presente estudo incluem a utilização de um questionário de rastreio de queixas de memória com foco na percepção de declínio em tarefas de memória e a ausência da investigação sobre a percepção das consequências desse declínio na vida prática. Outra limitação importante refere-se ao fato de a amostra conter somente idosos com preservação cognitiva, segundo o MEEM. A redução na amostra elevou discretamente o erro amostral e restringiu a variabilidade dos escores cognitivos. Dentre os méritos do estudo, destaca-se seu caráter populacional, o que o torna menos sujeito a vies característico de amostras clínicas e ambulatoriais.

Para estudos futuros, sugere-se a continuação das investigações sobre as queixas de memória em adultos jovens e idosos, relacionando-as a outras variáveis, como morbidades, estilo de vida ativo, entre outras, que contribuam para a compreensão da relação entre as queixas e o desempenho cognitivo na população idosa e adulta em geral.

Agradecimentos

Agradecemos, pelo apoio financeiro, à Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo (USP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), aos idosos participantes do estudo e à parceria com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Referências

- Berry JM, West RL, Dennehey DM. Reliability and validity of the memory self-efficacy questionnaire. *Develop Psychol.* 1998;25:701-13.
- Cavanaugh JC, Poon LW. Metamemorial predictors of memory performance in young and older adults. *Psychol Aging.* 1989;4(3):215-27.
- Cavanaugh JC, Green EE. I believe, therefore I can: self-efficacy beliefs in memory aging. In: Lovelace EA, editor. *Aging and cognition: mental processes, self-awareness, and interventions.* Amsterdam: Elsevier; 1990. p. 189-230.
- Yassuda MS, Lasca VB, Neri AL. Metamemória e autoeficácia em instrumentos de pesquisa. *Psicol Reflex Crít.* 2005;18(1):78-90.
- Comissaris CJ, Ponds RW, Jolles J. Subjective forgetfulness in a normal Dutch population: possibilities for health education and other interventions. *Patient Educ Couns.* 1998;34(1):25-32.
- Izquierdo I. Memória. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Bolla KI, Lindgren KN, Bonaccorsy C, Blecker ML. Memory complaints in older adults. Fact or fiction? *Arch Neurol.* 1991;48(1):61-4.
- Allegri FR, Harris P, Serrano C, Delavald N. Perfis diferenciais de perda de memória entre demência frontotemporal e do tipo Alzheimer. *Psicol Reflex Crít.* 2001;14(2):317-24.
- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimers Dement.* 2011;7(3):1-10.
- Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza OV, Dias-Tosta E, Silva AB, et al. Group Recommendations in Alzheimer's Disease and Vascular Dementia of the Brazilian Academy of Neurology. Criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol.* 2011;5(3):146-52.
- Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(12):79-82.
- Brucki SMD. Envelhecimento e memória. In: Andrade VM, Bueno OFA, Santos FH, editores. *Neuropsicologia hoje.* São Paulo: Artes Médicas; 2004.
- Mattos P, Lino V, Rizo L, Alfano A, Araújo C, Raggio R. Memory complaints and test performance in healthy elderly persons. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2003;61(4):920-4.
- Lima-Silva TB, Yassuda MS. The relationship between memory complaints and age in normal aging. *Dement Neuropsychol.* 2009;3(2):94-100.
- Xavier F, Ferraz MPT, Gil OF, Moriguchi EH. Queixa subjetiva de perda de memória no idoso: uma comparação da percepção dos sujeitos com a percepção dos familiares em um estudo na comunidade. *Rev Bras Neurol.* 1999;35(5):137-41.
- Parisi JM, Gross AL, Rebok GW, Saczynski JS, Crowe M, Cook SE, et al. Modeling change in memory performance and memory perceptions: findings from the ACTIVE study. *Psychol Aging.* 2011;26(3):518-24.
- Van Oijen M, Jong FJ, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM. Subjective memory complaints, education, and risk of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2007;3(2):92-7.
- Waldorff FB, Siersma V, Vogel A, Waldemar G. Subjective memory complaints in general practice predicts future dementia: a 4-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(11):1180-8.
- 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.
- Nitrini R, Caramelli P, Herrera E, Porto CS, Charchat-Fichman H, Carthery MT, et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *J Int Neuropsychol Soc.* 2004;10(4):634-8.
- Vitiello APP, Ciriaco JGM, Takahashi DY, Nitrini R, Caramelli P. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatório de neurologia geral. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2007;65(2-A):299-303.
- Schofield PW, Marder K, Dooneref G, Jacobs MS, Sano M, Stein Y. Association of subjective memory complaints with subsequent cognitive decline in community-dwelling elderly individuals with baseline cognitive impairment. *Am J Psychiatry.* 1997;54(5):609-15.
- Cook S, Marsiske M. Subjective memory beliefs and cognitive performance in normal and mildly impaired older adults. *Aging Ment Health.* 2006;10(4):413-23.
- Neri AL, Yassuda MS, de Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, de Siqueira ME, et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study. *Cad. Saude Publica.* 2013;29(4):778-92.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHE, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(2-B):777-81.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão resumida. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1999;57(2-B):421-6.
- Croock TH, Feher EP, Larrabee GJ. Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *Int Psychogeriatr.* 1992;4(2):165-76.
- Montejo P, Montenegro M, Fernandez MA, Maestu F. Subjective memory complaints in the elderly: prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the city of Madrid. *Aging Ment Health.* 2011;15(1):85-96.
- Almeida OP. Queixas de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1998;56(3):412-8.
- Hair JF, Tatham RL, Anderson RE, Black W. *Multivariate data analysis.* 5th ed. Pearson Education; Upper Saddle River, NJ: 2005.
- Guerreiro TC, Veras R, Motta LB, Veronesi AS, Schmidt S. Queixa de memória e disfunção objetiva de memória em idosos que ingressam na Oficina de Memória da UNATI/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2006;9(1):7-20.
- Riedel-Heller SG, Schork A, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective memory loss-a sign of cognitive impairment in the elderly? An overview of the status of research. *Z Gerontol Geriatr.* 2000;33(1):9-16.
- Wang PN, Wang SJ, Fuh JL, Teng EL, Liu CY, Lin CH. 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.
- Minett TSC, Silva RV, Ortiz KZ, Bertolucci PHE. Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(1):49-54.
- Vianna-Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín.* 2010;37(1):23-6.
- Ávila R, Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(4):316-20.