



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E
COMPORTAMENTO**

**A RELAÇÃO ENTRE QUEIXAS DE MEMÓRIA E FATORES COGNITIVOS E
AFETIVOS EM IDOSOS SAUDÁVEIS**

MORGANA DO NASCIMENTO ANDRADE

JOÃO PESSOA – PB
ABRIL – 2015

MORGANA DO NASCIMENTO ANDRADE

**A RELAÇÃO ENTRE QUEIXAS DE MEMÓRIA E FATORES COGNITIVOS E
AFETIVOS EM IDOSOS SAUDÁVEIS**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade
Federal da Paraíba para obtenção do grau de Mestre em
Neurociência Cognitiva e Comportamento.**

Orientador: Prof. Dr. Nelson Torro Alves

JOÃO PESSOA – PB

2015

A553r

Andrade, Morgana do Nascimento.

A relação entre queixas de memória e fatores cognitivos e afetivos em idosos saudáveis/Morgana do Nascimento Andrade. - João Pessoa, 2015.

90f.

Orientador: Nelson Torro Alves

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA.

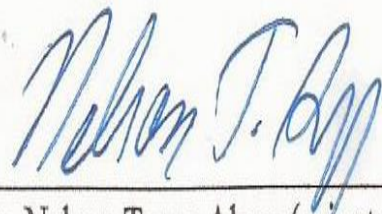
1. Psicologia. 2. Neurociência cognitiva e comportamento. 3. Idosos saudáveis – perfil neurocognitivo. 4. Idosos – memória – queixas. 5. Envelhecimento. 6. Neuropsicologia.

UFPB/BC

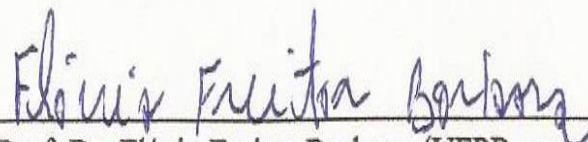
CDU:159.9(043)

**A RELAÇÃO ENTRE QUEIXAS DE MEMÓRIA E FATORES COGNITIVOS E
AFETIVOS EM IDOSOS SAUDÁVEIS**

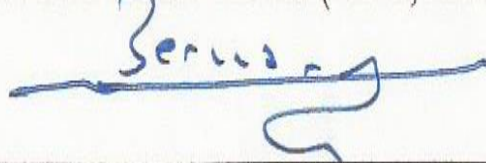
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Nelson Torro Alves (orientador)



Prof. Dr. Flávio Freitas Barbosa (UFPB, membro interno)



Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo (UFRN, membro externo)

A Deus que me possibilitou concluir esse mestrado diante de tantas provações.

Aos meus pais e irmão pelo incentivo de sempre.

Aos meus professores desde o maternal que contribuíram de alguma forma para que eu
chegasse aqui.

Oração Para O Bom Envelhecimento

“Obrigado, Jesus, por haver permitido que eu chegasse até o outono da vida quando tantos não passaram da primavera.

Obrigado, amado Jesus, por haver me consentido construir uma família e, nela, ter a oportunidade de manter uma convivência tolerante, pacífica e solidária com filhos, netos, bisnetos.

Concede-me, Senhor Jesus, o dom da paciência e da serenidade para conviver e suportar as doenças próprias da velhice.

Ameniza, Senhor, as minhas dores e dá-me força para, com resignação e sabedoria, enfrentar limitações e incapacidades que tanto dificultam na realização das tarefas da vida cotidiana.

Faze, Senhor, com que nunca perca a fé e a esperança e que saiba enfrentar o distanciamento de familiares, a perda de amigos mais próximos, as dificuldades para andar, comer, falar, ouvir, ver e memorizar.

Que eu não perca nunca pela vida e paixão e por Ti, Cristo, cresça cada vez mais o meu amor, pois só Contigo poderei fazer de meu envelhecimento uma fase saudável de meu viver. Amém”.

Inácio Andrade Torres

AGRADECIMENTOS

A Deus por me guiar em todos os momentos e me trazer a mais uma conclusão acadêmica, com sabedoria, paciência e discernimento. Por ter me ajudado em toda a trajetória e segurado minha mão nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, por me incentivarem, me acolherem, me protegerem de qualquer estresse que pudesse tirar meu foco, até mesmo quando estavam em outra cidade. A eles também, por suportarem todas as horas e dias de ausência junto a família e por acreditarem em mim desde pequena.

Aos meus irmãos, Sara, Ankilma, Bruno e Inácio Júnior, por me motivarem e mostrarem orgulho do meu trabalho, sem criticar ou julgar minha falta junto a eles.

Às minhas sobrinhas lindas, Maria Alice e Bruna, que mesmo tão pequenas, trouxeram tanta alegria e ânimo durante essa jornada, mesmo que através de simples vídeos.

Aos meus amigos de sempre e para sempre, pelo incentivo e apoio desde a época da seleção, até a sonhada defesa. Principalmente à Rafaela, Kadja, Tieme, Sabrina, Marina e Adjamir Júnior, que estiveram ao meu lado no momento que mais precisei.

Ao meu terapeuta, que me entendeu e acolheu em todos os sentidos, durante essa jornada, trazendo palavras adequadas e sábias em cada etapa.

Aos meus orientadores Nelson Torro Alves e Bernardino Fernández Calvo, por me ajudarem a alcançar mais um passo rumo aos meus objetivos de vida profissional. E por aceitarem minhas sugestões e pela paciência para comigo.

À minha querida amiga Soninha, por toda a parceria desde a prova de seleção, dedicação e incentivo durante toda essa trajetória. E por ser exemplo de pessoa em todos os sentidos.

Às colegas do laboratório LACOP e do grupo de estudos, Izabela, Jessyca e Alice por toda contribuição oferecida nessa pesquisa.

Aos colegas do PPGNEC que sempre me incentivaram e me valorizaram, em todas as etapas e principalmente nos momentos de angústia e insegurança.

Aos idosos que se prontificaram a participar dessa pesquisa, sempre muito dispostos a ajudar e contribuir com a ciência.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	09
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
APRESENTAÇÃO.....	13
CAPÍTULO I: O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E SUAS ALTERAÇÕES.....	15
1.1. Envelhecimento.....	15
1.2. Envelhecimento Normal.....	16
1.3. Envelhecimento físico normal.....	17
1.4. Envelhecimento Cognitivo Normal.....	17
1.5. Envelhecimento Patológico.....	19
CAPÍTULO II: MEMÓRIA E ENVELHECIMENTO.....	21
2.1. Memória.....	21
2.2. Tipos de memória.....	21
2.2.1. Memória Sensorial.....	22
2.2.2. Memória de curta duração.....	22
2.2.3. Memória de Trabalho.....	22
2.2.4. Memória de longa duração.....	23
2.2.5. Memória Declarativa (Explícita).....	23
2.2.6. Memória Episódica.....	23
2.2.7. Memória Semântica.....	24
2.2.8. Memória Não Declarativa (Implícita).....	24
2.2.9. Memória Prospectiva.....	25
2.2.10. Memória Retrospectiva.....	26
2.3. Queixas de Memória e Envelhecimento Cognitivo.....	26
2.4. Preditores psicológicos das queixas de memória.....	28
2.5. Objetivos.....	30
2.5.1. Geral.....	30
2.5.2. Específicos.....	30
2.6. Hipóteses.....	30
III – MÉTODO.....	31
3.1. Amostra.....	31

3.2. Instrumentos.....	31
3.2.1. Questionário sociodemográfico.....	31
3.2.2. Entrevista clínica.....	31
3.2.3. Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva – QMPR.....	31
3.2.4. Mini Exame do Estado Mental – MMSE.....	31
3.2.5. Avaliação das Atividades de Vida Diária.....	32
3.2.6. Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS.....	32
3.2.7. Bateria de Avaliação Frontal – FAB.....	32
3.2.8. Avaliação neuropsicológica.....	32
3.3. Procedimento.....	34
3.4. Análise estatística dos dados.....	34
3.5. Aspectos éticos.....	35
IV – RESULTADOS.....	36
V – DISCUSSÃO.....	45
5.1. Dados demográficos.....	45
5.2. Memória.....	45
5.3. Depressão e ansiedade.....	47
5.4. Atividades da Vida Diária – AVD.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS.....	60
Anexo A. Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.....	61
Anexo B. Questionário de saúde	64
Anexo C. Artigo empírico para submissão na Revista Estudos de Psicologia Campinas...	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos dados demográficos.....	37
Tabela 2. Descrição das variáveis demográficas contínuas.....	38
Tabela 3. Modelo bivariado de fatores associados às queixas de memória.....	38
Tabela 4. Comparações entre relatos de piora de memória e variáveis demográficas.....	39
Tabela 5. Associação entre sexo e relato de piora da memória.....	39
Tabela 6. Associação entre estado civil e relato de piora de memória.....	40
Tabela 7. Associação entre atividade laboral e relatos de piora da memória.....	40
Tabela 8. Descrição das variáveis cognitivas.....	41
Tabela 9. Correlatos entre variáveis cognitivas e QS.....	42
Tabela10. Comparações entre relatos de piora na memória e variáveis cognitivas...	43
Tabela 11. Modelo bivariado de fatores associados às queixas de memória.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD - Avaliação de Atividades da Vida Diária

CCL - Comprometimento Cognitivo Leve

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DA - Doença de Alzheimer

DV – Demência Vascular

FAB - Bateria de Avaliação Frontal

FAQ – Functional Activities Questionnaire

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HADS D - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – Itens de Depressão

MAS - Memory Assessment Scales

MEM LOG - Memória Lógica

MEM LOG RLI – Memória Lógica Recordação Livre Imediata

MEM LOG RLT - Memória Lógica Recordação Livre Tardia

MEM LOG RPI - Memória Lógica Recordação com Pista Imediata

MEM LOG RLT - Memória Lógica Recordação com Pista Tardia

MMSE – Mini Exame do Estado Mental

QMPR - Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva

QS – Questionário de Saúde

RPA-ProMem - Royal Prince Alfred Prospective Memory Test

WAIS III - Escala de Inteligência Wechsler para adultos

RESUMO

Muitos estudos têm indicado que idosos saudáveis apresentam queixas subjetivas de memória, não sendo ainda bem compreendido o seu significado. A presente pesquisa teve por objetivo analisar o perfil neurocognitivo de idosos saudáveis com ou sem queixas de memória. Participaram 69 idosos saudáveis com idade média de 66 anos (DP = 5,86), divididos em dois grupos: os que relataram piora de suas memórias nos últimos cinco anos e os que não relataram. Os resultados indicaram maior comprometimento na memória prospectiva que retrospectiva. O estudo mostrou que as queixas subjetivas de memória estão fortemente relacionadas aos sintomas de depressão e ansiedade. Os idosos que relataram piora de memória possuem um grau de depressão maior do que os que não relataram problemas de memória e não possuem sintomas de ansiedade. Conclui-se que os componentes afetivos podem ser melhores preditores das queixas subjetivas de memória do que os componentes cognitivos.

Palavras-chave: Memória; Queixas; Envelhecimento; Neuropsicologia.

ABSTRACT

A number of studies have indicated that healthy elderly show subjective memory complaints, something whose meaning is not fully understood yet. The present research has aimed to analyze the neurocognitive profile of healthy elderly with or without memory complaints. The research was carried out with 69 healthy elderly aged around 66 years ($DP = 5.86$), divided into two groups: the ones who reported worsening of their memories over the last five years and the ones who did not. The results indicated higher impairment of prospective than retrospective memory. The study showed that the subjective memory complaints are strongly related to the symptoms of depression and anxiety. The elderly who reported worsening of memory have a higher degree of depression than the ones who did not report memory problems and do not have anxiety symptoms. It is concluded that the affective components may be better predictors of subjective memory complaints than the cognitive components.

Keywords: Memory; Complaint; Aging; Neuropsychology.

APRESENTAÇÃO

A memória consiste na capacidade de adquirir, armazenar e evocar conhecimentos e informações. Mediante suas diversas formas de classificação, existe a memória retrospectiva, referente a acontecimentos do passado, e a prospectiva, que se refere a lembrar do que deve ser feito (Wilson, 2011). As queixas de memória são comuns e estão fortemente associadas com a idade.

Atualmente, o significado das queixas de memória é bastante incerto. As queixas de memória podem representar: 1) um marcador precoce de declínio cognitivo, com uma base patológica subjacente; 2) um reflexo de transtornos psicológicos, como a ansiedade e a depressão; ou 3) uma característica do envelhecimento normal. Não pode ser excluída ainda a possibilidade de que as queixas de memória sejam decorrentes da interação entre esses fatores.

Por conseguinte, é de grande importância entender o significado das queixas de memória no processo de envelhecimento. Existem indícios de que novas queixas, sobretudo em indivíduos mais velhos e/ou de status cognitivo mais baixo, possam expressar prejuízos cognitivos significativos (Schofield et al., 1997) e maior risco de evolução para a demência (Treves, Verchovsky, Klimovitzky & Korczyn, 2005).

No presente estudo foi investigada a relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e queixas subjetivas de memória prospectiva e retrospectiva em idosos sem demência, residentes na comunidade. Através de diferentes instrumentos de avaliação neuropsicológica e cognitiva, foram avaliadas a memória semântica, autobiográfica, episódica, operacional, prospectiva, e ainda, a sintomatologia associada a ansiedade e a depressão.

Com o desenvolvimento técnico-científico e assistencial da saúde, houve o aumento da expectativa de vida da população e também da prevalência de doenças crônicas nas pessoas de idade mais avançada, motivando assim o aumento no número de estudos e pesquisas no campo.

Por esta razão, 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 nas decisões clínicas no contexto do envelhecimento. Optou-se por desenvolver um projeto que pudesse contribuir para a prevenção, diagnóstico, tratamento de alterações cognitivas e demência do idoso, assim como para a promoção de sua saúde.

Esse trabalho será exposto em cinco seções. A introdução é dividida em dois capítulos, os quais tratam do processo do envelhecimento e suas alterações, bem como da

memória no contexto do envelhecimento, respectivamente.

Na terceira seção trataremos dos aspectos metodológicos, que incluem informações sobre a amostra, instrumentos utilizados, procedimentos na coleta de dados e a sistemática de análise dos resultados.

A sessão seguinte tratará da explanação dos principais resultados encontrados, que serão descritos através de tabelas.

Na quinta seção resultados da pesquisa serão discutidos com base na revisão da literatura realizada, contextualizando os presentes achados com estudos relacionados.

Por fim, serão expostas as considerações finais, limitações da pesquisa e direcionamentos para estudos posteriores.

CAPÍTULO I: O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E SUAS ALTERAÇÕES

No Capítulo 1 é apresentada uma revisão de literatura, devidamente dividida em tópicos. Começamos falando sobre histórico e conceito de envelhecimento, seguido de tópicos que abordam o envelhecimento físico e cognitivo normais. Por fim, é apresentando o envelhecimento patológico com a caracterização do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e alguns tipos de demências.

1.1. Envelhecimento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como idoso aquela pessoa que tiver 65 anos de idade ou mais em países desenvolvidos e 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Essa diferenciação ocorre em função do contexto histórico e socioeconômico de cada local (Baldoni & Pereira, 2011). A velhice e o envelhecimento, tanto no aspecto normal, quanto patológico, englobam várias áreas de atuação e conhecimento.

O envelhecimento é um processo natural e ocorre em virtude do declínio das funções de diversos órgãos com o avançar da idade, envolvendo aspectos psicológicos, emocionais e biológicos (Duarte, 1999). Sucodem diversas alterações no organismo, que vão desde o mau funcionamento de algumas estruturas corporais, até a incapacidade de realizar movimentos básicos. Na atualidade, admitem-se duas formas de envelhecimento: o bem-sucedido, também denominado de senescência, no qual verifica-se mínimas perdas das funções fisiológicas; e o normal, que está vinculado a fatores extrínsecos como hábitos e vícios de vida, fatores psicossociais, sedentarismo, dieta e outros (De Oliveira, Oliveira, Arantes, & Alencar, 2010; Ribeiro & Cosenza, 2013).

Antigamente, pensava-se mais na forma como os idosos iriam adoecer e morrer. Até a metade do século XX não havia muita preocupação na comunidade científica dirigida aos idosos e à velhice, tal como atestam documentos históricos e pesquisas relacionadas ao tema. Tinha mais destaque a infância e o início da idade adulta. Hoje, pensa-se em proporcionar mais qualidade e maior expectativa de vida, através de novos medicamentos e tratamentos especializados (Neri, 2013).

Após a segunda Guerra Mundial, surgiram mais pesquisas com idosos, as quais chamaram a atenção de psicólogos e sociólogos ao indicar que a família deveria ser investigada de maneira distinta da habitual. No final dos anos cinquenta, estudos sobre o envelhecimento ganharam notoriedade na pesquisa científica, obtendo relevância similar ao estudo da infância (Neri, 2013). Esse fenômeno deveu-se as mudanças ocorridas nas faixas

etárias da pirâmide mundial, que apontava um progressivo crescimento no número de idosos, mesmo em países em desenvolvimento (De Oliveira et al., 2010).

Nesse contexto, instigou-se a criação de movimentos sociais, programas de ocupação do tempo livre, aposentadoria, entrada de idosos em universidades e trabalhos voluntários; e a criação do termo Terceira Idade, que trouxe consigo um período de temporalidade para essa fase da vida. Esse termo refere-se a algo que não ocorre repentinamente, mas que é processual e pode variar conforme o indivíduo (Duarte, 1999; Neri, 2013).

Nos anos sessenta, a velhice e o envelhecimento ganharam destaque no âmbito das pesquisas tecnológicas, médicas, econômicas e globais. Para que isso acontecesse, fez-se necessária a presença de outros fatores, como a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida. Hoje, a velhice e o envelhecimento normal e patológico são temas de muita relevância nas áreas de psicologia, sociologia, medicina, dentre outras. É nesse cenário que se visualiza uma tendência ao aprofundamento de saberes voltados ao envelhecimento populacional (Baldoni & Pereira, 2011; De Oliveira et al., 2010; Neri, 2013; Rosset, Pedrazzi, Roriz-Cruz, Morais, & Rodrigues, 2011).

No Brasil, entre 1940 a 1960, houve um significativo declínio da mortalidade, seguido pela redução da natalidade e aumento no número de idosos. Tal fenômeno ocorreu inicialmente nos grupos populacionais mais favorecidos e nas regiões mais desenvolvidas do país. Gradativamente, tais transformações passaram também a ocorrer em outras regiões do país, em um processo de transição da estrutura etária (Veras et al., 2001). Nessa perspectiva, se o Brasil continuar envelhecendo e obedecendo a projeção de 2008, estima-se que em 2050 o país estará com 30% da população composta por pessoas idosas. Em 2008, a parcela de pessoas idosas brasileiras equivalia a 9,5% da população geral IBGE (2008). Com esse aumento abrupto no número de idosos, já é possível pensar em “quarta idade”, que remete aos idosos acima dos 80 anos (Caldas, 2007).

Para Neri (2013), as teorias psicológicas do envelhecimento dividem-se em três categorias: Teorias Clássicas, de Transição e Contemporânea. A Clássica refere-se à vida adulta e a velhice e corresponde ao modelo-culminância-contracção e ao paradigma de ciclos de vida; a de Transição enfoca a teoria psicossocial do desenvolvimento da personalidade ao longo da vida e a teoria sóciointeracionista; a Contemporânea abrange as teorias associadas ao paradigma de desenvolvimento ao longo da vida.

1.2. Envelhecimento Normal

O processo do envelhecimento normal acarreta o declínio progressivo da capacidade de se manter o equilíbrio homeostático, provoca alterações e desgastes em vários sistemas

funcionais e acontece de forma progressiva e irreversível. Apesar disso, o indivíduo pode atravessar essa fase com relativa saúde (Papaléo Netto, 2007). O surgimento, a percepção e a evolução dessas transformações são diferentes em cada indivíduo. Com o passar dos anos, o envelhecimento traz modificações motoras, emocionais, cognitivas e sensoriais que favorecem o aparecimento de dificuldades normais de visão, audição, olfato, tato, paladar; mudanças do ponto de vista fisiológico e mecânico, como perda de força, diminuição da coordenação e do domínio do corpo (De Oliveira et al., 2010; Duarte, 1999; Neri, 2013; Vermeulen, Aldenkamp, & Alpherts, 1993).

1.3. Envelhecimento físico normal

Diante das modificações relatadas, a visão tem perdas significativas, caracterizadas pela presbiopia, perda da capacidade de luminosidade, visão ofuscada, diminuição do número de receptores sensoriais na retina, perda da acuidade visual, dificuldade para se adaptar em locais escuros, dentre outras. Além disso, déficits na região visual podem alterar funções nas áreas cognitivas, sensoriais e motoras, por tratar-se de uma região cerebral comum (Ribeiro & Cosenza, 2013).

Alterações na audição também são bastante representativas para a diminuição da qualidade de vida, podendo levar ao isolamento social e queixas emocionais. Assim como a visão, a audição também pode interagir com outras funções cognitivas (Ribeiro & Cosenza, 2013). Com o avanço da idade, o olfato também possui transformações (anosmia), que se relaciona a perda na capacidade de identificar odores. Intimamente associada a anosmia, podem ocorrer perdas relacionadas aos sabores (ageusia) (Boyce & Shone, 2006).

1.4. Envelhecimento Cognitivo Normal

Além das alterações nos processos sensoriais, ocorrem dificuldades no processamento motor e sistema autonômico (Ribeiro & Cosenza, 2013). Como exemplo, Paulo e Yassuda (2009) citam a memória episódica e funções executivas. Abrisqueta-Gomes (2013) sustenta que o idoso saudável adquire mudanças do ponto de vista cognitivo, relacionado à memória, funções executivas, atenção, percepção e linguagem. Embora existam bons estudos analisando o assunto, o termo saudável não possui conclusões confiáveis e traz limitações metodológicas, bem como variações nos resultados.

Além dessa nomenclatura inconclusiva, Smith, Del Sala, Logie e Maylor (2000) argumentam que, no envelhecimento normal, prejuízos de memória são causados por uma diminuição dos recursos cognitivos. (Reid & MacLulich, 2006) acreditam existir quatro enfoques teóricos que justificam a dificuldade de memória no idoso saudável: declínio na

velocidade de processamento; redução nos recursos do processamento; déficits inibitórios relacionados à idade; e diminuição no controle cognitivo (Abrisqueta-Gomez, 2013). Conforme esses autores, a memória pode ser afetada tanto na etapa inicial – de codificação –, quanto na de recuperação da informação. Smith et al. (2000) afirmam que, nos idosos com envelhecimento normal, a recordação de informações é mais prejudicada do que o reconhecimento.

Abrisqueta-Gomez (2011) argumenta que vários tipos de memória são afetados durante o envelhecimento cognitivo e cada um com seu grau de evolução. As memórias mais comprometidas são as de longo prazo que compreendem as memórias explícita ou declarativa e a operacional, dissociadas funcional e anatomicamente; seguidas das memórias de longo prazo semântica, de curto prazo e a implícita. Além dessas, existe a memória prospectiva que faz parte da temática dessa dissertação.

No processo de envelhecimento, ao referir-se à linguagem, observa-se tratar-se de um ente muito amplo e cujos achados podem ser perfeitamente vinculados com algumas funções cognitivas, como memória de trabalho, da atenção e da velocidade de processamento. Essa função cognitiva tem sido muito estudada, pois a comunicação é essencial no cotidiano de qualquer ser humano, embora apresente resultados controversos. Confirma-se que existe uma assimetria entre a produção e a compreensão da linguagem, na qual a produção sofre mais alterações ao longo do envelhecimento cognitivo. Os níveis micro e macrolinguísticos também passam por modificações neste período (Ribeiro & Cosenza, 2013; Salles & Brandão, 2013).

Outra função cognitiva afetada na cognição dos idosos saudáveis é o processamento espacial, que envolve a percepção, consciência, orientação espacial e habilidades visioespaciais. O processamento visioespacial capta, armazena e utiliza informações visuais percebidas e úteis em atividades diárias, como dirigir, deslocar-se de um lugar para outro, escrever, raciocinar ou orientar-se no tempo e no espaço. É um componente da cognição que requer cuidado minucioso ao ser avaliado em idosos saudáveis, pois a mesma dificuldade pode se referir à alteração perceptiva, mas também a um déficit de memória ou linguagem (De Paula, Moreira, Coutinho, & Mograbi, 2013; Ribeiro & Cosenza, 2013).

As funções executivas/FE referem-se às habilidades que envolvem planejamento, monitoramento, controle da própria atividade, iniciação e regulação do comportamento. Assim como os aspectos neurocognitivos, as funções executivas talvez representem os maiores declínios cognitivos no envelhecimento normal, estando relacionadas ao funcionamento dos lobos frontais (Corso, Sperb, Jou, & Salles, 2013). Consideradas como funções cognitivas complexas, as Funções Executivas, estão relacionadas ao comportamento

dirigido a metas e que possibilitam ao indivíduo a solução de problemas novos, o planejamento em escala temporal, a análise de custo e benefício no processo de tomada de decisões e a autorregulação comportamental (Ribeiro & Cosenza, 2013).

1.5. Envelhecimento Patológico

O envelhecimento patológico ou senil apresenta alterações diferentes das que ocorrem no processo normal do idoso e constitui um fator fundamental para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas. Trata-se de patologias que ocorrem com o aumento da idade, caracterizando-se como doenças próprias da velhice (Paulo & Yassuda, 2009; Souza & Teixeira, 2013).

O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é atualmente definido como um estado intermediário entre o envelhecimento normal e a demência, sendo caracterizado por uma diminuição da memória e queixas de esquecimento (Buckley et al., 2013; DeCarli, 2003; Sachdev et al., 2012). O CCL classifica-se nos subtipos: leve amnésico e leve não amnésico, podendo ambos assumirem os domínios único e múltiplo (Sachdev et al., 2012; Souza & Teixeira, 2013). O CCL amnésico refere-se ao aparecimento de dificuldade de memória objetiva e subjetiva, independente de ter déficits em outras funções cognitivas (Sachdev et al., 2012). Contudo, pode ter início com complicações na linguagem, nas habilidades visuais e até deficiência nas funções executivas (Chapman et al., 2011). O tipo não amnésico distingue-se pela não ocorrência de problemas de memória (Sachdev et al., 2012).

Muitas doenças e alterações neurológicas relacionadas ao envelhecimento tem em comum a dificuldade de memória, com destaque para as demências (Souza & Teixeira, 2013; Wang et al., 2004) acreditam que um alto nível de dificuldade de autopercepção da memória está associado com uma demência futura. A demência consiste em uma síndrome clínica caracterizada por declínio cognitivo, com caráter permanente e progressivo ou transitório, causada por múltiplas etiologias, acarretando repercussões sociais e ocupacionais ao portador. Se manifesta geralmente por déficit de memória e de outras funções cognitivas, como linguagem, orientação espacial ou temporal, julgamento e pensamento abstrato (Papaléo Netto & Klein, 2007).

A Doença de Alzheimer/DA é a mais comum das demências, tendo implicações nos âmbitos familiar, social e ocupacional, e compreendendo entre 50% e 60% dos casos de demência. Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o documento “*Dementia: a public health priority*” demonstrando a gravidade desse problema e as projeções de incidência e prevalência, em que se verificava o crescimento continuado do número de

portadores, especialmente entre os mais velhos. Estimou-se que, em 2010, havia no mundo em torno de 35,6 milhões de indivíduos com demência, com a projeção de 65,7 milhões, em 2030, e 115,4 milhões, em 2050. O total de casos novos de demência a cada ano no mundo é de quase 7,7 milhões, o que significa um diagnóstico a cada 4 segundos (Burlá, 2013).

Diferentemente do diabetes ou do câncer, diagnosticados respectivamente através de algumas dosagens de glicose no sangue e de biópsia; para a DA ainda não existe um exame complementar que confirme a doença. Na demência vascular, fatores de risco cardiovascular podem fazer com que a doença se instale, no entanto, na DA, ainda não se sabe exatamente quais as causas específicas, por isso não há como preveni-la. Entretanto, conhecendo-se o curso evolutivo da doença, fundamentando-se em alguns sinais e na história clínica do paciente, o especialista consegue precocemente fazer o diagnóstico.

A DA é uma doença degenerativa primária do cérebro. Equivocadamente, durante muito tempo, fora denominada de caduquice ou esclerose. É incurável, sendo ainda considerada terminal e de longa evolução. O processo degenerativo, irreversível, progressivo, evolutivo ou involutivo do cérebro é acompanhado por uma deteriorização generalizada da saúde. O tempo médio de sobrevivência do paciente com (DA) é de 8 anos (com variação de 1 a 20 anos), daí requerer um cuidador seja familiar ou profissional. Apesar do desenvolvimento tecnológico e científico, ainda faltam tratamentos eficazes para a Doença de Alzheimer.

A segunda maior causa de demência é a Vascular. Trata-se de uma síndrome do tipo córtico/subcortical, na qual os sintomas primários são de déficits nas funções executivas ou focais múltiplos. Como queixas cognitivas, podem ocorrer alterações frontais, disfunção executiva, comprometimento de memória, prejuízo atencional, alterações depressivas, lentificação motora, sintomas parkinsonianos e distúrbios urinários (Román, 2002).

Na demência frontotemporal os prejuízos cognitivos começam tipicamente nas funções executivas, mas podem também envolver a linguagem (Perry & Hodges, 2000). Ela tem início seletivo nos lobos frontais e temporais e os pacientes nos estágios iniciais da doença mostram discreto comprometimento da memória episódica, mas exibem importantes alterações comportamentais (Rosen et al., 2002).

Outra doença comum, do envelhecimento patológico, é a demência mista. A apresentação mais comum dela é da Doença de Alzheimer, com a Demência Vascular (DV). As características clínicas típicas de doença de Alzheimer incluem piora abrupta acompanhada pela presença de sinais clínicos de Acidente Vascular Encefálico. Já os pacientes com DV, mostram taxas mais elevadas de depressão e comprometimento funcional, além de menor comprometimento cognitivo quando comparados a pacientes com DA (Groves et al., 2000; Tierney et al., 2001)

CAPÍTULO II: MEMÓRIA E ENVELHECIMENTO

O presente capítulo aborda a memória como temática, expondo seus diversos tipos: memória sensorial, memória de curta duração (operacional/ de trabalho), memória de longa duração (declarativa – episódica e semântica) e não-declarativa ou implícita, memória prospectiva e retrospectiva. Em seguida são discutidas queixas subjetivas e objetivas de memória e sua relação com o envelhecimento cognitivo, bem como são discutidos os preditores psicológicos queixas de memória. Por fim são indicados os objetivos (geral e específicos) do atual estudo.

2.1. Memória

Diante de vários conceitos e termos existentes sobre memória, alguns trazem definições simples e diretas. Wilson (2013) afirma que a memória é nada mais que a habilidade de adquirir, armazenar e evocar informações, ou seja, as três fases para que o processo de memória aconteça. A primeira delas ocorre quando a pessoa adquire a informação, a segunda, quando ocorre a retenção da mesma e a última, a evocação, acontece quando se faz necessário acessar aquela informação.

Gazzaniga, Ivry e Mangun, (2006) acrescentam o termo codificar e o divide em duas fases: aquisição e consolidação. Para eles, à aquisição compete guardar as informações sensoriais, sendo o estágio de análise sensorial. Já à consolidação cabe criar a representação da informação através do tempo. Alguns autores definem memória como “a capacidade de armazenamento de todas as formas de conhecimento adquirido por nós em nossas relações com o meio ambiente” (Alvarez, 2006 citado por Wilson, 2011). Paulo e Yassuda (2009) colocam que a memória “é a base para o desenvolvimento da linguagem, do reconhecimento das pessoas e dos objetos que encontramos todos os dias, para sabermos quem somos e para termos a consciência da continuidade de nossas vidas”. Apesar da utilização de alguns termos diferentes, os autores tendem a sustentar concepções similares sobre o conceito de memória.

2.2. Tipos de memória

A memória, segundo Wilson (2011), pode ser medida em relação ao tempo, ao tipo de informação, a modalidade dessa informação, a etapa do processo de evocação, se é explícita ou implícita, dentre outros. Ela também pode ser classificada como verbal, visual, tátil, olfativa e gustativa, quando nos referimos aos órgãos do sentido. A seguir são apresentados os tipos dos tipos de memória.

2.2.1. Memória Sensorial

É baseada em sensações e dura milésimo de segundo ou segundos, até a sua aquisição. A memória sensorial tem uma grande capacidade, mas decai rapidamente. Esse processo envolve processamento de informações muito rápidas e abrange a memória sensorial icônica ou visual. Há ainda a memória sensorial ecoica, auditiva, ou memória de eco, que refere-se a interpretação dos sons da fala (Gazzaniga et al., 2006; Wilson, 2011).

2.2.2. Memória de curta duração

Conforme Wilson (2011) e Gazzaniga et al. (2006), esse tipo de memória chega à consciência, mas é bem limitada em relação a quantidade de informações possíveis de lembrar e dura de segundos a minutos. Com base em alguns estudos, Gazzaniga et al. (2006) chegaram à conclusão que a memória de curto prazo é esquecida à medida que aparece alguma interrupção subsequente. Entretanto, quando isso não ocorre, a mesma entra em processo de armazenamento, podendo se transformar em memória de longa duração.

2.2.3. Memória de Trabalho

É uma memória de curto prazo, que também apresenta capacidade limitada de reter informações, mas difere da memória de curto prazo, por permitir que o sujeito manipule informações mentais com o conteúdo que está armazenado, mesmo que por um tempo restrito. O conteúdo existente neste tipo de memória pode originar da memória sensorial ou da memória de longa duração (Gazzaniga et al. 2006; Wilson, 2011).

Baddeley, Anderson e Eysenck (2009) estabeleceram um conceito de memória de trabalho (*working memory*) ou memória operacional, que possui três partes: o executivo central, a alça fonológica ou fonoarticulatória e o esboço visuoespacial. O executivo central é responsável por controlar a atenção e supostamente processa as tarefas cognitivas (Baddeley, 2009). A alça fonológica organiza as informações fonéticas temporais e sequenciais, as mantém por um período curto de tempo e recicla esse conteúdo através da alça articulatória. O esboço visuoespacial codifica informações por dois componentes, um visual e um espacial.

Abrisqueta-Gomez (2013) afirma que existe um leve déficit no envelhecimento em atividades que necessitam de repetição e manutenção de uma sequência. Ou seja, a alça fonológica e o esboço visuoespacial possivelmente sofrem alterações em tarefas realizadas por idosos. Entretanto, a capacidade de reter sete dígitos – média esperada por meio do teste do *Digit Span* -, por um curto período de tempo, é mantida pelos idosos.

2.2.4. Memória de longa duração

A memória de longa duração tem capacidade ilimitada e refere-se ao tempo em que aquele conteúdo consegue ficar armazenado, podendo variar em minutos, dias ou décadas (Gazzaniga et al., 2006; Wilson, 2011). Para dividir esse tipo de memória mediante o tempo de armazenamento, são utilizados os seguintes termos: memória tardia refere-se a informações que ocorreram há alguns minutos; memória recente aplica-se aos fatos que aconteceram dias ou semanas anteriores, e a memória remota que traz lembranças de acontecimentos ocorridos há anos. Essa memória pode ser dividida em memória declarativa ou explícita e memória não declarativa ou implícita, distinguindo-se pela informação armazenada (Gazzaniga et al., 2006).

2.2.5. Memória Declarativa (Explícita)

Refere-se a informações do passado que conscientemente conseguimos lembrar. Associam-se a fatos da vida pessoal, episódios ou acontecimentos do mundo, que tenham ocorrido anteriormente (Gazzaniga et al., 2006; Wilson, 2011). Compreende os seguintes tipos: memória episódica e memória semântica (Baddeley et al., 2009; Gazzaniga et al., 2006; Wilson, 2011).

2.2.6. Memória Episódica

A memória episódica é orientada para o passado, sendo o único sistema de memória que permite que as pessoas reexperienciem as experiências passadas de maneira consciente (Tulving, 2002).

Equivale a lembranças pontuais das nossas vidas, envolvendo a consciência de eventos passados específicos. Relaciona-se a própria vida do sujeito, sendo uma memória pessoal e autobiográfica. A comemoração dos quinze anos de uma garota, o primeiro beijo de um garoto, o dia do seu casamento, o nascimento do primeiro filho ou aonde se encontrava no dia em que seus pais se separaram, por exemplo (Tulving, 1972).

Tulving (1972) assegura que um único acontecimento pode ser registrado tanto pela memória episódica quanto pela semântica. E assim, limita a episódica apenas a acontecimentos muito originais, por permitir ao indivíduo lembrar aquela informação e usá-la futuramente, ele a considera como uma “viagem mental no tempo”.

Brickman e Stern (2009) afirmam que esse tipo de memória possui alterações significativas durante o processo de envelhecimento. Através de testagens, observou-se que os idosos têm déficits na fase de codificação, acarretando assim maior dificuldade no momento

de adquirir a informação. Entretanto, utilizando pistas, os idosos se beneficiam e garantem o processo de recuperação.

2.2.7. Memória Semântica

Tulving (1972) afirma que esse tipo de memória refere-se a conhecimentos e acontecimentos do mundo externo, conceitos aprendidos e propriedades sensoriais, adquiridas ao longo da vida. Correlacionando os dois tipos de memória, percebemos que eles podem se complementar, porém os conhecimentos adquiridos no mundo externo sempre serão diferentes das lembranças dos eventos da nossa própria vida (Gazzaniga et al., 2006). Baddeley, Eysenck e Anderson (2009) declaram que, se você apreender uma informação semântica e relembra-la posteriormente com detalhes de onde e quando ocorreu, ela torna-se uma recordação episódica.

Durante o processo de envelhecimento, os idosos se queixam muito de dificuldade de memória semântica subjetiva. Todavia, deve ser ressaltado que o fato de esquecer informações bem aprendidas - uma das tipificações desse tipo de memória - é considerado o aspecto menos prejudicado no envelhecimento normal (Abrisqueta-Gomez, 2013).

Abrisqueta-Gomez (2013) mostra que, apesar da memória semântica ser pouco prejudicada no envelhecimento, essas alterações são expressas através de queixas subjetivas. Outros autores acrescentam que quanto mais idade o indivíduo tiver, maiores serão as queixas pela dificuldade no acesso léxico-semântico das informações adquiridas (James e Burke, 2000).

2.2.8. Memória Não Declarativa (Implícita)

Ao contrário da declarativa, a memória implícita não precisa chegar a consciência para ser lembrada e executada. Ela está relacionada à memória de procedimentos (habilidades motoras e cognitivas), sistema de representação perceptivo (priming perceptivo), ao condicionamento clássico (respostas condicionadas entre dois estímulos) e ao aprendizado não-associativo (habituação e sensitização).

A memória implícita é considerada significativamente preservada durante o processo de envelhecimento. A comprovação de tal assertiva coube a Krampe e Ericsson (1996, Abrisqueta-Gomez, 2013) os quais através de pesquisa mostraram que o ponto chave dessa questão estava na descoberta de se a dificuldade que o idoso estava relacionado a lentificação ao realizar a tarefa ou a lentidão perceptual para executá-la.

2.2.9. Memória Prospectiva

Memória prospectiva refere-se à capacidade de lembrar-se de realizar uma ação intencional em determinado momento futuro (Blanco-Campal, Coen, Lawlor, Walsh, & Burke, 2009; Delprado, Kinsella, & Pike, 2013; Foley, 2007; Ling, Campbell, Heffernan, & Greenough, 2007; Radford, Lah, Say & Miller, 2011) ou em resposta a uma sugestão de um acontecimento externo (quando surge uma pista que favoreça o lembrar) e é um item essencial da função da memória do cotidiano (Blanco-Campal et al., 2009; Radford et al., 2011). Em síntese, é a capacidade de fazer um planejamento de algo, retê-lo na memória, e trazer à consciência no momento oportuno (Heffernan & O’neill, 2012; Uttl & Kibreab, 2011).

O tempo entre a intenção de realizar determinada atividade e a sua execução é uma dimensão da memória prospectiva. Essa dimensão pode variar consideravelmente. Alude-se tanto a uma atividade em curto espaço de tempo – atividades realizadas e testadas minutos ou algumas horas depois - quanto a um tempo mais longo – muitas horas ou dias (Delprado et al., 2013; Heffernan & O’neill, 2012; Radford et al., 2011).

As ações que descrevem esse tipo de memória reportam-se a lembrar de tomar um remédio ao sair de casa, de cumprir um compromisso no fim do dia, repassar um recado para a esposa, postar uma carta, encontrar com amigos, recordar de pagar uma conta antes do vencimento. Essas falhas podem ter consequências no cotidiano do idoso (Abrisqueta-Gomez, 2013; Foley, 2007; Heffernan & O’neill, 2012; Ling et al., 2007; Radford et al., 2012; Smith et al., 2000).

A memória prospectiva, pelo fato de provocar prejuízos ao idoso na sua vida diária, tem se destacado nas pesquisas atuais sobre o envelhecimento cognitivo. Muitos estudos asseguram que o funcionamento da memória prospectiva no envelhecimento envolve outros tipos de memória, sendo os mesmos baseados no tempo e no evento futuro (Abrisqueta-Gomez, 2013). É um processo complexo que, como a memória episódica, sua aprendizagem fundamenta-se no momento da codificação do conteúdo aprendido, ou seja, quando e onde. Entretanto, a memória prospectiva não se correlaciona com a episódica, por fazer parte de regiões diferentes do córtex pré-frontal (Abrisqueta-Gomez, 2013; Radford et al., 2011).

Reportando-se às queixas de memória subjetiva, Mascherek, Zimprich, Rupprecht e Lang (2011) afirmam que elas estão mais relacionadas com tarefas de memória prospectiva do que com a memória retrospectiva, inclusive no CCL ou demência (Montejo, Montenegro, Fernández, & Maestú, 2011). A memória prospectiva pode ser dividida em três subdomínios: adequada, na qual a tarefa é executada de uma só vez, como comprar um frango a caminho de casa; vigilância/monitoramento são necessários para tarefas como acompanhar um chaleira e desligar no momento certo; e a habitual que é semelhante a prospectiva propriamente dita,

sendo que, nesse caso, a atividade será realizada repetidamente, como por exemplo: tomar uma medicação contínua, por um longo período de tempo (Uttl & Kibreab, 2011).

2.2.10 Memória Retrospectiva

A memória retrospectiva, assim como a semântica ou episódica, está associada a recordação de eventos passados. Qualquer sugestão ou pista é válida para esse tipo de memória. Sua evocação é considerada mais fácil do que a da memória prospectiva por se tratar uma ação que já passou (Blanco-Campal al., 2009; Piauilino et al., 2010; Smith et al., 2000).

Burgess e Shallice (1997) informam resultados de um estudo no qual se constatou que indivíduos com danos no lobo temporal tinham mais dificuldade em memória retrospectiva, ao passo que indivíduos com danos no lobo frontal tinham mais dificuldade com a memória prospectiva. Mesmo que existam similaridades entre esses dois tipos de memória, os processos que formam cada uma delas é diferente (Uttl & Kibreab, 2011). Craik e Kerr (1996) acreditam que os processos básicos de codificação, retenção e recuperação dessas memórias possuem diferenças mínimas. Já para outros autores existe um maior esforço na codificação e recuperação de memória prospectiva do que da memória retrospectiva (Einstein et al., 1997).

2.3 Queixas de Memória e Envelhecimento Cognitivo

As queixas de memória representam um assunto muito relevante e, portanto, bastante estudado nos dias atuais. Tal importância associa-se ao fato de poder ser relatadas por indivíduos de qualquer faixa etária, classe socioeconômica, nível intelectual, dentre outros indicadores (Mitchell, 2008b; Montejo et al., 2011).

As queixas de memória referem-se a dificuldades corriqueiras do cotidiano do idoso, como, por exemplo, esquecer onde colocou os óculos, esquecer um compromisso ou não lembrar de dar um recado. No entanto, nesse momento ainda não se pode estabelecer se essa dificuldade está relacionada ao envelhecimento normal ou senil. É comum que os idosos passem por momentos em que suas dificuldades de memória são algumas vezes percebidas, outras vezes não. O certo é que, diante dessas intercorrências, a frequência e tipo de esquecimento devem ser monitorados constantemente.

Queixa subjetiva de memória é a capacidade que o sujeito possui de perceber e expressar seu esquecimento no dia-a-dia. Trata-se de um fenômeno muito comum entre jovens, adultos e idosos saudáveis ou comprometidos (Ginó et al., 2010; Mendes et al., 2012; Mitchell, 2008b; Montejo, et al., 2011). Tanto jovens quanto idosos se queixam dessa função cognitiva, diferindo tão somente quanto ao tipo de queixa. Tal fato sugere que as mudanças

ocorrem ao longo da vida em qualquer faixa etária (Ginó et al. 2010; Mendes et al., 2012). Saliente-se, porém que essas queixas são mais frequentes em idosos (Balash et al., 2013; Caramelli & Beato, 2008; Ginó et al., 2010; Minett, Da Silva, Ortiz, & Bertolucci, 2008; Reid & Maclullich, 2006; Verdelho et al., 2011).

Essa habilidade em perceber suas dificuldades para lembrar fatos do cotidiano e fazer a autoavaliação de seus déficits é parte do conceito de metamemória (Mitchell, 2008b; Paulo & Yassuda, 2009). Em estudos realizados por Benito-León, Mitchell, Vegad e Bermejo-Pareja, (2010) e Mitchell (2008a), constatou-se que os idosos não reconheciam suas dificuldades de memória e, por isso, não traziam queixas. Esses resultados corroboram com a afirmação de que a confiabilidade das queixas são maiores nos relatos dos jovens e adultos de meia idade do que em idosos, devido sua percepção para julgar (Balash et al., 2013; Mendes et al., 2012). Eles podem representar sintomas de distúrbios, como problemas de memória objetiva, depressão, ansiedade, hipocondria, e outros (Montejo et al., 2011).

Alguns estudos, segundo Montejo et al. (2011) e Buckley et al. (2013), descrevem que as queixas de memória podem ser preditores para o CCL no idoso. Esse comprometimento pode ser também um componente do diagnóstico precoce de demência (Bajo et al., 2012; Balash et al., 2013; Hohman, Beason-Held, Lamar, & Resnick, 2011; Mol, Boxtel, Willems, & Jolles, 2006; Van Oijen, de Jong, Hofman, Koudstaal, & Breteler, 2007). Entretanto, não se pode afirmar com total fidedignidade se as queixas de memória são realmente preditivas (Verdelho et al., 2011). Poucos estudos têm investigado a relação temporal entre as queixas subjetivas de memória e uma demência futura em pessoas mais velhas saudáveis (Wang et al., 2004). As queixas e relatos recorrentes, manifestados pelos idosos e seus familiares, são clinicamente relevantes para um suposto diagnóstico mais claro e precoce e tratamento preventivo (Amariglio, Townsend, Grodstein, Sperling, & Rentz, 2011; Bajo et al., 2012; Caramelli & Beato, 2008).

Um estudo realizado com idosos que possuíam queixas de memória não analisada encontrou relação entre as queixas e o grau de escolaridade. Tanto os idosos de baixa quanto de alta escolaridade possuíam reclamações em relação às suas memórias. Em suma, as queixas mnemônicas não refletiram possíveis déficits cognitivos associados ao envelhecimento (Paulo & Yassuda, 2009). Outro estudo sobre queixas subjetivas de memória realizado com idosos, não mostrou diferença significativa entre idosos ativos e não ativos, quando os mesmos participaram de testes para medir seu desempenho cognitivo (Mol et al., 2006).

Atualmente, os transtornos psicológicos têm sido associados às alterações cognitivas, que também afetam a memória. Particularmente, ansiedade e depressão têm sido

correlacionadas com um déficit subjetivo de memória. Alguns estudos encontraram uma correlação entre perdas subjetivas de memória e a presença de sintomatologia ansiosa (Paulo & Yassuda, 2009) e depressiva (Ávila, 2006).

2.4. Preditores psicológicos das queixas de memória

A Organização Mundial de Saúde/OMS define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite.

A depressão envolve muitos aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando aparece tardiamente está mais associada às doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro ou cognição. Com um tratamento negligenciado, a depressão pode aumentar o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados, independente da enfermidade. A depressão no idoso pode ser causada por fatores genéticos; eventos vitais, como luto e abandono, e por doenças incapacitantes, entre outros. No período do envelhecimento, a depressão frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002).

A etiologia dos sintomas depressivos em disfunção cognitiva não é clara (Sachs-Ericsson, Joiner & Blazer, 2008) e pode estar associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais (Canineu, 2007). Raskind (1998) explica que, quando comparada ao diagnóstico de demência, a depressão no envelhecimento é o quadro que gera maior conflito, sendo obrigatória a distinção entre essas duas patologias, visto que a depressão é potencialmente tratável. Entretanto, tal diferenciação não é simples pelo fato do idoso apresentar lentificação psíquica, apatia, irritabilidade, descuido pessoal, dificuldades com concentração e memória, e mudanças no comportamento e personalidade, em ambos os diagnósticos. Além disto, a depressão pode ser um sintoma da demência e, não raramente, as duas situações ocorrem ao mesmo tempo (Canineu, 2007; Raskind, 1998).

Kim, Stewart, Shin, Choi e Yoon (2003) afirmam que a depressão pode interferir na percepção que os idosos têm de si próprios. Em um estudo realizado com idosos residentes em uma comunidade coreana, os resultados sugeriram que os sujeitos com depressão avaliam de forma mais precisa e realista de seu desempenho cognitivo. Sachs-Ericsson et al., (2008) verificaram em seu estudo realizado com idosos que indivíduos com um histórico de depressão tendem a avaliar a sua memória como ruim.

Kim et al. (2003) encontraram que o comprometimento subjetivo da memória na depressão pode ser um reconhecimento de um déficit real. Tal associação entre

comprometimento em queixas subjetivas de memória e comprometimento cognitivo é muito alto em pessoas com depressão (Kim et al., 2003). Em outro estudo, Dux et al. (2008) verificaram que o aumento da influência negativa, principalmente a depressão, podem ser indicativos de decréscimos do funcionamento cognitivo em idosos.

A sintomatologia depressiva parece desempenhar um papel importante na gravidade das queixas subjetivas cognitivas, mesmo que não esteja claro como esses fatores interagem com o desempenho objetivo da memória (Chin, Oh, Seo, & Na, 2014). Esses resultados são muito úteis para a elaboração de estratégias de intervenção em pessoas acometidas de comprometimento cognitivo subjetivo. Frente a crescente evidência da associação entre depressão e mudanças neurológicas na origem dos déficits de memória, Sachs-Ericsson et al. (2008) indicam que o emprego dos agentes farmacológicos e psicoterapia podem reduzir esses efeitos negativos.

Assim como a depressão, a ansiedade também está muito presente na vida dos idosos saudáveis com queixas de memória. A ansiedade refere-se a um estado psíquico de apreensão ou medo devido à antecipação de uma situação desagradável ou mesmo perigosa, acompanhado de sintomas somáticos de tensão. O foco de perigo antecipado pode ser interno ou externo.

Diferente dos estudos mencionados anteriormente, Paulo e Yassuda (2009) não encontraram em idosos uma relação entre queixas de memória e depressão, mas sim entre queixas de memória e ansiedade (Mol, Ruiters, Verhey, Dijkstra, & Jolles, 2008). Resultados indicaram também que os determinantes mais importantes do esquecimento são percebidos através de memória de autoeficácia, memória relacionada à ansiedade, a atitude e a norma subjetiva.

Dux et al. (2008) observou que o aumento de autorrelatos de afeto negativo foram associados com o aumento percebido de episódios de esquecimento. Balash et al. (2013) não encontraram associações diretas entre essas queixas e o desempenho cognitivo objetivo, entretanto, constataram que as queixas subjetivas possuem associação com os sintomas afetivos, ou seja, a maioria dos idosos saudáveis que tinham queixas subjetivas, também tinham depressão ou ansiedade associada.

Investigando o declínio subjetivo de memória em idosos, Balash, Mordechovich, Shabtai, Merims e Giladi (2010) viram que esse déficit reflete sintomas depressivos e de ansiedade, mas não se correlaciona com o desempenho cognitivo da bateria neuropsicológica utilizada. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Jungwirth et al. (2008), que concluíram que os resultados da memória objetiva não eram fidedignos às queixas subjetivas.

No estudo de Benito-León et al. (2010), os preditores mais fortes das queixas de memória subjetiva em idosos foram: pobre bem-estar psicológico, sintomas depressivos, uso de antidepressivos e comprometimento auditivo. Os preditores moderados foram idade e gênero. Quando removeram os idosos com CCL, ou seja, tratando somente dos idosos saudáveis, os preditores passaram a ser: pobre bem-estar psicológico, comprometimento auditivo, sintomas depressivos ou uso de antidepressivos, analfabetos, idade e gênero.

Diante de tantos achados no campo das queixas subjetivas e objetivas de memória e dos fatores psicológicos, esta pesquisa se propõe a investigar como se dá a relação entre alguns tipos de memória e sintomas negativos – depressão e ansiedade - entre os idosos que referem essas queixas.

2.5. Objetivos

2.5.1. Geral

- Analisar o perfil neurocognitivo de idosos saudáveis residentes na cidade de João Pessoa com ou sem queixas de memória.

2.5.2. Específicos

- Analisar a caracterização do tipo de queixas de memória (prospectiva ou retrospectiva) nos idosos saudáveis estudados;

- Verificar se as presenças da sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, assim como os déficits cognitivos, afetam de modo diferencial os idosos que apresentam queixas de memória versus os que não apresentam.

2.6. Hipóteses

H1- Os idosos saudáveis apresentam mais dificuldade em memória prospectiva, do que retrospectiva.

H2 – Idosos saudáveis, que se queixam de piora em suas memórias, ao longo dos últimos cinco anos, apresentam maior nível de ansiedade e depressão do que os que não se queixam.

H3 - Idosos saudáveis, que relatam piora de suas memórias nos últimos cinco anos, possuem mais déficits cognitivos, que os que não relatam piora.

H4- Os déficits apresentados pelos idosos que possuem queixas de memórias estão mais fortemente associados aos fatores afetivos do que aos fatores cognitivos.

III - MÉTODO

3.1. Amostra

A pesquisa iniciou com 73 sujeitos, dos quais, 4 foram eliminados: dois não conseguiram terminar a avaliação e dois, embora alfabetizados, não compreendiam bem as regras repassadas para responder os testes neuropsicológicos. Por essa razão, consta na análise de dados desse estudo, uma amostra composta de 69 idosos da cidade de João Pessoa, selecionados conforme interesse, sendo 50 do sexo feminino. Os participantes foram recrutados através de panfletos e cartazes.

O perfil dos idosos componentes da amostra foi construído através de testagem, que levou em conta os seguintes critérios: não apresentar dificuldades de comunicação ou compreensão (afasias) no momento da entrevista; não possuir deficiências sensoriais que interferissem na realização dos questionários e testes neuropsicológicos aplicados, serem alfabetizados e não institucionalizados.

3.2. Instrumentos

Na entrevista, foram aplicados os seguintes instrumentos:

3.2.1. Questionário sociodemográfico: no qual são coletados dados sobre idade, sexo, escolaridade, etc.

3.2.2. Entrevista clínica: recolhe informações objetivas (Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia, etc.) e subjetivas (percepção da saúde, memória e qualidade de vida) sobre a saúde dos idosos.

3.2.3. Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva - QMPR

O QMPR (Benites & Gomes, 2007) é um questionário composto por 16 itens, incluindo oito categorias, que envolvem diferentes aspectos da memória, com duas perguntas para cada categoria. Essas categorias estão divididas em memória prospectiva de curto e longo prazo e memória retrospectiva, também de curto e longo prazo. Os participantes respondem cada item, utilizando uma escala de 5 pontos, variando de nunca [1] a muito frequentemente [5] (Piauilino et.al, 2010).

3.2.4. Mini Exame do Estado Mental - MMSE

O MMSE (Brucki et al., 2003) um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo mais utilizado para avaliar características cognitivas em idosos. Ele pode integrar várias baterias neuropsicológicas. Examina orientação temporal e espacial, memória de curto

prazo (imediate), atenção, evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem visuoespaciais. É composto por 18 itens, que avaliam as funções citadas e sua pontuação máxima é de 30 pontos, classificando os idosos quanto a sua escolaridade.

3.2.5. Avaliação das Atividades de Vida Diária

O *Functional Activities Questionnaire* - FAQ (Bressan, Vale, & Speciali, 2007) é um questionário que avalia a qualidade de vida, utilizando critérios de autocuidado, mobilidade, alimentação, higiene pessoal (banho, controle de esfíncteres), capacidade de se despir, se vestir e calçar. Cada item tem escore de 0-3, permitindo uma pontuação máxima de 30. A pontuação seguia os seguintes critérios: zero (quando o sujeito foi capaz de fazer uma tarefa, sem dificuldade), um (quando o sujeito foi capaz de realizar a tarefa, mas com dificuldade), dois (quando o sujeito precisava de ajuda para realizar a tarefa) ou três (quando o sujeito não conseguiu realizar a tarefa). A soma dos escores obtidos para cada item deu a pontuação final, o que indicou o grau de limitação do paciente.

3.2.6. Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS

A Escala HADS (Marcolino et al., 2007) é um instrumento para avaliação da ansiedade e depressão. É composto por quatorze itens intercalados sobre ansiedade e depressão. Tem como critério os sintomas do paciente na última semana.

3.2.7. Bateria de Avaliação Frontal - FAB

A FAB (Beato et al., 2007) foi desenvolvida para avaliar funções cognitivas frontais e proposta recentemente como um breve diagnóstico a ser utilizado em casos de disfunções executivas. Ela é composta por seis subtestes: raciocínio abstrato, flexibilidade mental, programação cognitiva para ação motora, sensibilidade à interferência, controle inibitório e autonomia no controle interno dos estímulos ambientais.

3.2.8. Avaliação neuropsicológica

Foi realizada uma avaliação neuropsicológica de todos os participantes, mediante a bateria abaixo, abarcando os seguintes domínios:

- Memória operacional: Subteste de Sequência de Números e Letras da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos/WAIS III (Wechsler, 1997)

Avalia a memória operacional e a atenção. Essa tarefa requer que o avaliado repita em ordem crescente e alfabética uma série de números e letras apresentados oralmente em uma

ordem aleatória especificada. O examinando precisa memorizar as letras e os números e ao mesmo tempo ordená-los adequadamente sem omitir nenhum elemento da série.

- Memória episódica: Subteste de Memória lógica da escala de avaliação da memória - MAS (Williams, 1991);

A MAS é uma bateria de memória que consiste em 12 subtestes que avaliam três áreas gerais de função cognitiva: atenção, concentração e memória de curto prazo. O subteste Memória em prosa é dividido em quatro etapas: duas de memória imediata (Recordação Livre Imediata/RLI e Recordação com Pistas Imediata/RPI) e mais duas, de memória tardia (Recordação Livre Tardia/RLT e Recordação com Pistas Tardia/RPT). Cada um desses quatro itens pontua o escore de 0 a 9 e são analisados separadamente.

- Memória prospectiva: RPA-ProMem (Radford et al., 2011)

Royal Prince Alfred Prospective Memory Test (RPA-ProMem) consiste de quatro tarefas de memória prospectiva, em eventos baseados no tempo e administrados ao longo de uma bateria de testes neuropsicológicos. Nas quais, duas são concluídas em laboratório e as outras duas em um ambiente naturalista definido. Um relógio digital é colocado no campo de visão, e os participantes são instruídos a lembrar de fazer algo em um momento posterior da avaliação e que eles podem usar "todas as técnicas" para ajudá-los a se lembrar. Para a primeira e segunda tarefa, realizadas em laboratório, são estabelecidas tarefas específicas para o avaliado lembrar e fazer. Instruções para a terceira e quarta tarefas são fornecidas ao final da sessão de testes, e devem ser executados fora do laboratório. Imediatamente após instruções para tarefas 3 e 4, os participantes recebem o material adequado para executar as tarefas posteriores. Os escores para cada uma das quatro partes do intervalo RPA-ProMem é de 0 a 3, totalizando um escore máximo de 12.

- Memória semântica: teste de fluência verbal – animais (Rodrigues, Yamashita, & Chiappetta, 2008)

A prova de fluência verbal fornece informações acerca da capacidade de armazenamento do sistema de memória semântica, da habilidade de recuperar a informação guardada na memória e do processamento das funções executivas, especialmente, aquelas através da capacidade de organizar o pensamento e as estratégias utilizadas para a busca de palavras. O teste de fluência verbal envolve a geração do maior número de palavras possíveis em período de tempo fixado. Existe o teste de fluência fonológica ou semântica. Na semântica ocorre a geração de palavras de certa classe semântica como, por exemplo, categoria "animal".

3.3. Procedimento

O procedimento utilizado nesse estudo constou de duas fases. Na primeira foram aplicadas a entrevista sociodemográfica e clínica, o MMSE, o FAB, o QMPR e a FAQ, para selecionar os entrevistados segundo os critérios de inclusão e, na segunda, foi aplicada a avaliação neuropsicológica aos entrevistados selecionados.

3.4. Análise estatística dos dados

Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21. Inicialmente, foram realizadas medidas descritivas de frequência, porcentagem e medidas de tendência central (Média e mediana) e de dispersão (Desvio padrão e valores mínimos e máximos). Utilizou-se ainda como técnicas inferências, o teste t de Student, Qui-quadrado de Pearson (χ^2), correlação de Pearson e Regressão bivariadas de Poisson. Nas regressões, empregou-se o estimador robusto na matriz de covariância para obter erros padrões mais robustos. A magnitude dos efeitos dos testes foi interpretado como razão de prevalência (RP), com intervalos de confiança de 95%.

À princípio, a análise foi realizada com os resultados de todos os participantes juntos e verificamos as queixas de memória, comparadas a cada item dos dados demográficos.

Depois, separamos os sujeitos da pesquisa em dois grupos, onde um relatava piora de sua memória ao longo dos cinco últimos anos e o outro não relatava piora, referente a este mesmo período. A divisão foi feita por meio do Questionário de Saúde, onde as questões dois e três (QS2 e QS3) servirão como definição e divisão destes grupos. Elas traziam os seguintes questionamentos:

2. Como você enxerga sua memória hoje?

1 Ruim []

2. Regular []

3. Boa []

4. Muito boa []

5. Excelente []

3. Como você enxerga sua memória hoje, em comparação com cinco anos atrás?

1.Muito pior []

2.Um pouco pior []

3. Mais ou menos igual []

4. Um pouco melhor []

5. Muito melhor [].

A divisão entre os grupos foi feita da seguinte maneira: Os sujeitos que assinalaram os números 1 ou 2, ou seja, “Muito pior” ou “Um pouco pior”, da terceira questão, eram considerados como aqueles que relatavam piora em suas memórias ao longo dos últimos cinco anos. Os que escolhessem os itens 3, 4 ou 5, ou seja “Mais ou menos igual”, “Um pouco melhor ou Muito melhor”, foram selecionados para o grupo de idosos sem relatos de piora de sua memória, durante o mesmo período. Após essa divisão, foram realizadas análises relacionadas a funções cognitivas e afetivas, comparando os dois grupos.

3.5. Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, a pesquisa foi previamente submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa/CEP envolvendo seres humanos do HULW, de acordo com o que normatiza a Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação nesse estudo foi de caráter voluntário, sendo precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Os sujeitos foram informados de que a não disponibilidade em participar não acarretaria nenhum tipo de prejuízo, tendo também a liberdade de retirarem seu consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa, sem o risco de sofrer qualquer dano ou constrangimento. Foram assegurados a não identificação dos participantes e o sigilo das informações.

Aos voluntários portadores de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva foram oferecidos esclarecimentos sobre o significado desse tipo de sintomatologia e o encaminhamento para os serviços específicos de tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso.

IV – RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a descrição dos dados demográficos da amostra. Verifica-se que a maioria era do sexo feminino (72,5%), com 30,4% possuindo ensino médio completo e 47,8% ensino superior. A maioria também era casada (62,3%), realizavam atividade laboral (69,6%) e 31,9% relataram possuir renda de três a quatro salários.

Tabela 1. Descrição dos dados demográficos

		F	%
Sexo	Feminino	50	72,5
	Masculino	19	27,5
Escolaridade	Até o 5 ano (fundamental incompleto)	8	11,6
	Fundamental completo	7	10,1
	Médio completo	21	30,4
	Superior	33	47,8
Estado Civil	Solteiro	6	8,7
	Casado	43	62,3
	Divorciado/separado	12	17,4
	Viúvo	8	11,6
Atividade Laboral	Aposentado	48	69,6
	Ativo	15	21,7
	Dona de casa	6	8,7
Renda	Até dois salários	11	15,9
	De três a quatro salários	22	31,9
	De cinco a seis salários	10	14,5
	De sete a oito salários	4	5,8
	De nove a dez salários	5	7,2
	Mais de dez salários mínimos	17	24,6

A tabela 2 descreve as variáveis demográficas contínuas. A média de idade dos participantes foi de 66,01 anos (DP = 5,86), e de anos de escolaridade foi de 13,46 anos (DP = 5,53) e entre aqueles que trabalham uma média de tempo de serviço de 28,22 anos (DP = 12,93).

Tabela 2. Descrição das variáveis demográficas contínuas

	Idade	Escolaridade em anos	Tempo de serviço
Média	66,01	13,46	28,22
Desvio padrão	5,86	5,532	12,93
Mediana	65,00	13,00	30,50
Mínimo	55	2	0
Máximo	82	28	50

A Tabela 3 apresenta um modelo bivariado de associação entre relatos de piora de memória e variáveis demográficas. Verificou-se associação significativa apenas entre o estado civil, com os casados apresentando uma prevalência menor de relatos de piora na memória se comparados aos solteiros (RP = 0,64; $p = 0,05$).

Tabela 3. Modelo bivariado de fatores associados às queixas de memória

		B	Erro padrão de B	Wald Chi-Square	gl	Sig.	RP bruta	IC 95%	
								Inferior	Superior
Sexo	Masculino								
	Feminino	0,42	0,29	2,09	1	0,14	1,50	0,86	2,68
Estado civil	Solteiro								
	Casado	-0,44	0,23	3,67	1	0,05	0,64	0,40	1,00
	Separado	-0,36	0,30	1,37	1	0,24	0,70	0,38	1,27
	Viúvo	-0,28	0,32	0,76	1	0,38	0,75	0,39	1,43
Atividade laboral	Aposentado								
	Ativo	-0,09	0,27	0,11	1	0,74	0,91	0,53	1,55
	Dona de casa	0,13	0,31	0,18	1	0,67	1,14	0,61	2,11
Idade		-0,01	0,01	0,16	1	0,68	0,99	0,96	1,02
Nível de escolaridade		-0,11	0,09	1,45	1	0,22	0,89	0,74	1,07
Tempo de serviço		0,01	0,01	0,36	1	0,54	1,01	0,99	1,02
Renda		-0,10	0,06	2,64	1	0,10	0,90	0,80	1,02

A tabela 4 mostra as comparações entre relatos de piora de memória e variáveis demográficas. Especificamente para este momento não foi verificado nenhuma diferença significativa de média.

Tabela 4. Comparações entre relatos de piora de memória e variáveis demográficas

		Média (DP)	<i>t</i> (gl)	Sig. (bi-caudal)	IC (95%)
Idade	Sem relato de piora	66,34 (5,93)	0,39 (67)	0,69	-2,30 3,44
	Relataram piora	65,78 (5,87)			
Nível escolaridade	Sem relato de piora	5,31 (1,00)	1,15 (67)	0,25	-0,21 0,78
	Relataram piora	5,02 (1,02)			
Tempo serviço	Sem relato de piora	26,69 (12,52)	-0,59 (67)	0,55	-8,43 4,54
	Relataram piora	28,63 (13,88)			
Renda	Sem relato de piora	3,75 (2,04)	1,74 (67)	0,08	-0,11 1,67
	Relataram piora	2,97 (1,67)			

Conforma a Tabela 5, exibida abaixo, não foi encontrada uma associação significativa entre sexo e relatos de piora de memória. Ainda assim, é possível verificar que existem proporcionalmente, mais mulheres (64%) com alterações do que homens (42,1%).

Tabela 5. Associação entre sexo e relato de piora da memória

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Evolução	Sem relato de piora	18 36,0%	11 57,9%	29 42,0%
	Relataram piora	32 64,0%	8 42,1%	40 58,0%
Total		50 100,0%	19 100,0%	69 100,0%

$$\chi^2 = 2,70; p = 0,10$$

Conforme a Tabela 6, também não há uma associação significativa da queixa de memória com estado civil, mas foram os solteiros que, proporcionalmente, apresentaram mais queixas.

Tabela 6. Associação entre estado civil e relato de piora de memória

		Estado civil				Total
		Solteiro	Casado	Divorciado/separado	Viúvo	
Evolução	Sem relato de piora	1 16,7%	20 46,5%	5 41,7%	3 37,5%	29 42,0%
	Relataram piora	5 83,3%	23 53,5%	7 58,3%	5 62,5%	40 58,0%
Total		6 100,0%	43 100,0%	12 100,0%	8 100,0%	69 100,0%

$$\chi^2 = 2,00; p = 0,57$$

A atividade laboral, exposta na Tabela 7, também não indicou associação significativa com queixas de memória. As donas de casa foram as que apresentaram proporcionalmente maior número de queixa (66,7%).

Tabela 7. Associação entre atividade laboral e relatos de piora da memória

		Atividade Laboral			Total
		Aposentado	Ativo	Dona de casa	
Evolução	Sem relato de piora	20 41,7%	7 46,7%	2 33,3%	29 42,0%
	Relataram piora	28 58,3%	8 53,3%	4 66,7%	40 58,0%
Total		48 100,0%	15 100,0%	6 100,0%	69 100,0%

$$\chi^2 = 0,32; p = 0,85$$

Na Tabela 8, exibida abaixo, estão descritas as médias das variáveis cognitivas da amostra de toda a investigação realizada.

Tabela 8. Descrição das variáveis cognitivas.

	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
MEEM	25,59	26,00	2,74	16	30
FAB	15,52	16,00	2,78	4,00	18,00
AAVD	2,54	1,00	4,15	0	26
QMPR PROSPECTIVA	17,17	16,00	6,06	8,00	34,00
QMPR RETROSPECTIVA	14,17	13,00	4,79	8	29
HADS A	6,23	5,00	4,33	0	19
HADS D	5,43	4,00	4,09	1	17
MEM LOG RLI	4,78	5,00	1,62	1	8
MEM LOG RPI	6,01	6,00	1,75	3	9
MEM LOG RLT	5,04	5,00	1,77	2	9
MEM LOG RPT	6,17	6,00	1,63	3	9
Animais	15,86	16,00	5,20	5,00	28,00
RPA T	7,84	8,00	2,77	0,00	12,00
WSLN	7,86	8,00	2,63	2	16

Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; FAB = Bateria de Avaliação Frontal; AAVD= Avaliação de Atividades da Vida Diária; QMPR= Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva; HADS= Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; MEM LOG RLI = Memória Lógica Recordação Livre Imediata; MEM LOG RPI = Memória Lógica Recordação com Pista Imediata; MEM LOG RLT = Memória Lógica Recordação Livre Tardia; MEM LOG RPT = Memória Lógica Recordação com Pista Tardia; RPA= Royal Prince Alfred; WSLN= Subteste do WAIS – III (Sequência de Números e Letras).

Na Tabela 9, verifica-se as correlações entre as QS e as variáveis cognitivas. O MEEM, AAVD, MEM PT, RPA e o WSNL não apresentaram correlação estatisticamente significativa. A FAB se correlacionou negativamente com o QS 1 ($r = -0,24$; $p < 0,05$). A QMPR Prospectiva, Retrospectiva e total apresentaram correlações significativas e negativas

com QS 3, QS 4 QS 5.1, QS 6.1, e QS 7.2, e correlações significativas positivas com QS1, QS 5.2 e QS 7.2 as correlações variaram entre 0,24 a 0,47. A medida HADS-A só não apresentou correlação significativa com a QS 2, sendo que as relações foram negativas para QS 3, QS 4, QS 5.1, QS 6.1, QS 7.1, QS 8 e QS 9 e positivas para QS 1, QS 5.2, QS 6.2 e QS 7.2. Para a variável HASD D as correlações significativas apresentaram o mesmo padrão de direção e intensidades próximas, a exceção foram para os itens QS 7.1 e QS 7.2 que não apresentaram significância estatística. As variáveis de memória (MEM LOG RLI, RPI e RPT) apresentaram correlações positivas com QS 5.1 e negativas com QS 5.2. A última variável que apresentou correlação significativa e positiva foi a Animais com o QS 6.1.

Tabela 9. Correlatos entre variáveis cognitivas e QS.

	QS 1	QS 2	QS 3	QS 4	QS 5.1	QS 5.2	QS 6.1	QS 6.2	QS 7.1	QS 7.2	QS 8	QS 9
MEEM	-0,10	-0,03	0,08	-0,05	-0,09	0,15	-0,07	0,06	-0,05	0,02	0,14	-0,01
FAB	-0,24*	0,19	0,10	0,01	0,13	-0,08	0,10	-0,09	0,07	-0,15	0,22	0,05
AAVD	0,13	-0,18	-0,05	-0,17	-0,14	0,18	-0,15	0,14	0,05	0,07	-0,10	-0,13
QMPR PROSPECTIVA	0,49**	-0,20	-0,41**	-0,24*	-0,33**	0,41**	-0,47**	0,47**	-0,20	0,31**	-0,20	-0,17
QMPR RETROSPECTIVA	0,43**	-0,18	-0,34**	-0,30*	-0,27*	0,34**	-0,45**	0,44**	-0,20	0,35**	-0,07	-0,13
HADS A	0,28*	-0,20	-0,33**	-0,30*	-0,34**	0,39**	-0,39**	0,41**	-0,39**	0,30*	-0,29*	-0,30*
HADS D	0,28*	-0,22	-0,32**	-0,29*	-0,42**	0,47**	-0,36**	0,41**	-0,15	0,15	-0,39**	-0,33**
MEM LOG RLI	-0,13	0,09	0,20	0,18	0,34**	-0,27*	0,23	-0,21	0,13	-0,22	0,10	0,13
MEM LOG RPI	-0,06	0,12	0,10	0,12	0,24*	-0,25*	0,18	-0,18	-0,01	-0,09	0,07	-0,01
MEM LOG RLT	0,05	0,15	0,122	0,04	0,27*	-0,24*	0,21	-0,21	0,01	-0,14	0,16	0,09
MEM RPT	-0,04	0,11	0,11	0,08	0,17	-0,18	0,17	-0,17	0,07	-0,19	0,11	0,03
Animais	0,02	0,13	0,012	0,08	0,19	-0,21	0,25*	-0,22	-0,09	0,03	0,13	0,01
RPA T	-0,01	-0,03	0,091	-0,09	-0,11	0,05	0,06	-0,05	-0,20	0,21	0,02	0,12
WSLN	-0,03	-0,01	0,23	-0,12	0,17	-0,15	-0,03	0,07	0,10	-0,11	0,07	-0,04

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$ Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; FAB = Bateria de Avaliação Frontal; AAVD= Avaliação de Atividades da Vida Diária; QMPR= Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva; HADS= Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; MEM LOG RLI = Memória Lógica Recordação Livre Imediata; MEM LOG RPI = Memória Lógica Recordação com Pista Imediata; MEM LOG RLT = Memória Lógica Recordação Livre Tardia; MEM LOG RPT = Memória Lógica Recordação com Pista Tardia; RPA= Royal Prince Alfred; WSLN= Subteste do WAIS – III (Sequência de Números e Letras). A relação dos itens QS, encontra-se no Questionário de saúde.

A Tabela 10 estabelece as comparações entre relatos de piora da memória e sem piora de memória com as variáveis cognitivas do estudo. Os idosos com queixas de memória apresentaram significativamente maiores queixas de memória prospectiva, sintomatologia depressiva e pior desempenho na memória operacional.

Tabela10. Comparações entre relatos de piora na memória e variáveis cognitivas

		Média (DP)	<i>t</i> (gl)	Sig. (bi-caudal)	IC (95%)
MEEM	Sem relato de piora	26,00 (DP = 2,56)			
	Relataram piora	25,30 (DP = 2,85)	1,04 (67)	0,29	-0,63 2,03
AAVD	Sem relato de piora	2,55 (DP = 5,04)			
	Relataram piora	2,53 (DP = 3,44)	0,02 (67)	0,97	-2,01 2,06
FAB	Sem relato de piora	15,62 (DP = 2,49)			
	Relataram piora	15,45 (DP = 3,01)	0,24 (67)	0,80	-1,19 1,53
QMPR PROSPECTIVA	Sem relato de piora	15,44 (DP = 4,79)			
	Relataram piora	18,42 (DP = 6,61)	-2,06 (67)	0,04	-5,85 -0,09
QMPR RETROSPECTIVA	Sem relato de piora	13,28 (DP = 3,99)			
	Relataram piora	14,83 (DP = 5,27)	-1,33 (67)	0,18	-3,87 0,77
HADS A	Sem relato de piora	5,21 (DP = 4,18)			
	Relataram piora	6,98 (DP = 4,34)	-1,69 (67)	0,09	-3,85 0,31
HADS D	Sem relato de piora	4,28 (DP = 3,67)			
	Relataram piora	6,28 (DP = 4,21)	-2,04 (67)	0,04	-3,94 -0,05
MEM LOG RLI	Sem relato de piora	5,03 (DP = 1,84)			
	Relataram piora	4,60 (DP = 1,44)	1,09 (67)	0,27	-0,35 1,22
MEM LOG RPI	Sem relato de piora	6,10 (DP = 1,85)			
	Relataram piora	5,95 (DP = 1,69)	0,35 (67)	0,72	-0,70 1,01
MEM LOG RLT	Sem relato de piora	5,21 (DP = 1,89)			
	Relataram piora	4,93 (DP = 1,70)	0,64 (67)	0,52	-0,58 1,15
MEM LOG RPT	Sem relato de piora	6,24 (DP = 1,66)			
	Relataram piora	6,13 (DP = 1,63)	0,29 (67)	0,77	-0,68 0,91
RPA T	Sem relato de piora	7,96 (DP = 2,86)			
	Relataram piora	7,75 (DP = 2,74)	0,31 (67)	0,75	-1,14 1,57
Animais	Sem relato de piora	15,41 (DP = 4,70)			
	Relataram piora	16,20 (DP = 5,57)	-0,61 (67)	0,54	-3,33 1,75

WSLN	Sem relato de piora	8,76 (DP = 2,79)	2,24 (67)	0,02	0,16	2,70
	Relataram piora	7,33 (DP = 2,47)				

Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; FAB = Bateria de Avaliação Frontal; AAVD= Avaliação de Atividades da Vida Diária; QMPR= Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva; HADS= Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; MEM LOG RLI = Memória Lógica Recordação Livre Imediata; MEM LOG RPI = Memória Lógica Recordação com Pista Imediata; MEM LOG RLT = Memória Lógica Recordação Livre Tardia; MEM LOG RPT = Memória Lógica Recordação com Pista Tardia; RPA= Royal Prince Alfred; WSLN= Subteste do WAIS – III (Sequência de Números e Letras).

A Tabela 11 revela o modelo bivariado de regressões de variáveis cognitivas na presença de queixas de memória. Os resultados mostram que a prevalência de queixas aumenta quando as pontuações do QMPR prospectiva, QMPR total e HADS D aumentam, e diminui quando as pontuações do WSLN aumentam. Com base nesse modelo, testou-se um modelo multivariado, permanecendo no modelo as que apresentaram significância maior ou igual a 0,05 (método de permanência *stepwise*).

Tabela 11. Modelo bivariado de fatores associados às queixas de memória

	B	Erro padrão de B	Wald Chi-Square	gl	Sig.	RP bruta	IC 95%	
							Inferior	Superior
MEEM	-0,04	0,03	1,29	1	0,26	0,96	0,90	1,03
AAVD	-0,01	0,02	0,01	1	0,98	1,00	0,95	1,05
FAB	-0,01	0,03	0,07	1	0,78	0,99	0,92	1,06
QMPR PROSPECTIVA	0,03	0,01	6,57	1	0,01	1,03	1,01	1,06
QMPR RETROSPECTIVA	0,03	0,02	2,31	1	0,13	1,03	0,99	1,06
QMPR Total	0,02	0,01	5,58	1	0,02	1,01	1,00	1,03
HADS A	0,04	0,02	2,76	1	0,10	1,04	0,99	1,08
HADS D	0,04	0,02	4,76	1	0,03	1,05	1,00	1,09
MEM LOG RLI	-0,07	0,06	1,26	1	0,26	0,93	0,83	1,05
MEM LOG RPI	-0,02	0,06	0,13	1	0,72	0,98	0,87	1,10
MEM LOG RLT	-0,04	0,06	0,40	1	0,52	0,96	0,85	1,08
MEM LOG RPT	-0,02	0,06	0,09	1	0,77	0,98	0,87	1,11
RPA T	-0,01	0,04	0,10	1	0,75	0,99	0,92	1,06
Animais	0,01	0,02	0,44	1	0,51	1,01	0,98	1,05

WSLN	-0,08	0,03	5,60	1	0,02	0,92	0,85	0,98
------	-------	------	------	---	-------------	-------------	-------------	-------------

Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; FAB = Bateria de Avaliação Frontal; AAVD= Avaliação de Atividades da Vida Diária; QMPR= Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva; HADS= Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; MEM LOG = Memória Lógica; RPA= Royal Prince Alfred; WSLN= Subteste do WAIS – III (Sequência de Números e Letras).

V – DISCUSSÃO

Nessa discussão descrevem-se as queixas subjetivas de memória e suas relações com os transtornos psiquiátricos e as memórias prospectiva e retrospectiva em idosos saudáveis residentes na comunidade em geral na cidade de João Pessoa. Debate-se um perfil para a população idosa que leve em consideração as principais causas de comprometimento das queixas de memória e a melhoria da expectativa e qualidade de vida nas últimas décadas para a população idosa do Brasil.

5.1. Dados demográficos

Ao se comparar as variáveis demográficas com o aumento de relatos de queixas de memória, observou-se que o único item significativo estava relacionado com o estado civil, no qual os casados apresentavam menos relatos de piora de suas memórias, comparados aos solteiros, como mostra a Tabela 3. Corroborando o estudo realizado com idosos saudáveis, no qual Paulo e Yassuda (2009) concluíram que não existe diferença significativa relacionada ao nível de escolaridade, e com Hurt, Burns e Barrowclough (2011) que não encontraram associação entre variáveis demográficas e queixas subjetivas.

Reportando-se aos dados demográficos, como já mencionado na Tabela 5, não foram encontradas diferenças significativas entre os homens e as mulheres que relataram a piora de suas memórias ao longo dos anos. No entanto, percebe-se um número maior de mulheres que trazem essas queixas. Portanto, esse estudo confirma a pesquisa que Juncos-Rabadan et al. (2012) realizaram com 580 adultos de 50 anos ou mais, sem diagnóstico de demência e que apresentavam queixas de memória, no qual chegaram a mesma conclusão com relação ao gênero.

Reportando-se à atividade laboral, relação semelhante foi encontrada no presente estudo no qual não se achou correlação significativa entre os idosos ativos, aposentados ou com as donas de casa. A Tabela 7 mostra que não ocorreu resultado significativo, mas as donas de casa trouxeram relatos de piora nas queixas de memória, maior que as outras categorias.

5.2. Memória

Os resultados dessa investigação mostraram que quanto pior era a memória semântica dos idosos, maior era a quantidade de problemas causados em sua vida familiar. Uma

pesquisa realizada com 169 idosos, divididos em três grupos de idosos: saudáveis, com CCL e com demência, comparou a influência que a memória semântica poderia ter em relação a esses três quesitos. Avaliaram a memória semântica utilizando o mesmo tipo de teste desse estudo e perceberam que, no grupo dos idosos saudáveis com queixas subjetivas de memória, o comprometimento na memória semântica era menor que nos dois outros grupos. Isso levou-nos a entender que, além da dificuldade na memória semântica trazer problemas no dia a dia de pacientes que se queixam de suas memórias, ela aumenta na proporção que a perda de memória se acentua.

Reid e MacLulich (2006) defendem que é mais pertinente usar várias perguntas para investigar as queixas subjetivas de memória, diferente do que se encontra em vários estudos que analisam essa temática. Esses autores afirmam que perguntas únicas sugerem momentos diversificados da vida dos entrevistados e isso dificulta uma melhor coerência nos resultados, o que pode ser o motivo gerador de incoerência dos níveis de déficits em queixas objetivas e subjetivas.

O segundo item do questionário de saúde, que aborda a percepção dos idosos em relação a sua memória hoje, não faz correlação com nenhum dos questionários e escalas utilizadas na pesquisa. Isso pode ter ocorrido devido ao comprometimento da metacognição na opinião dos idosos. Sobre esse assunto, em seus estudos sobre queixas de memória em idosos, Benito-León et al. (2010) e Mitchell (2008 a) afirmam que os idosos não reconheciam suas dificuldades de memória e por isso não traziam queixas. Além disso, argumentam esses autores, os resultados nos testes objetivos de memória foram os esperados para sua idade, dificultando mais ainda a fidedignidade das informações coerentes, quando comparadas às colhidas através de seus familiares.

Ainda tratando-se dessa temática, Reid e MacLulich (2006) apregoam que as queixas subjetivas de memória não são trazidas como comprometimento objetivo de memória. Isso lhe faz pensar em duas hipóteses pertinentes: a ocorrência dessas queixas nos relatos dos idosos depende exclusivamente da capacidade que eles possuem de lembrar-se das mesmas. O outro ponto a ser considerado, é o fato desse idoso se propor a assumir que possui essas dificuldades.

Reid e MacLulich (2006) afirmam que a dificuldade dos idosos em classificar suas memórias subjetivas de maneira coerente, deve-se ao fato da maioria deles já ter chegado na fase de aposentadoria e assim, modificado toda a sua rotina diária, ou seja, diminuindo o uso de calendário, agendas e compromissos fixos. Esse autor explica ainda que essa redução na rotina é um motivo para os idosos se queixarem de suas memórias subjetivas, e ressalta que

medidas de avaliar a memória subjetiva devem incluir níveis de gravidade, para que a avaliação traga resultados mais fidedignos.

Em um estudo realizado com idosos brasileiros, com o objetivo de comparar o desempenho cognitivo de dois grupos de idosos saudáveis, sendo um com queixas e outro sem queixas subjetivas de memória, a presença dessas dificuldades não foi associada a comprometimento objetivo de memória ou a outros déficits cognitivos neste grupo de indivíduos idosos (Caramelli & Beato, 2008). Esses achados confirmam os resultados mostrados através da Tabela 11, na qual, tanto os idosos que relataram piora da memória nos últimos cinco anos, quanto os que não relataram, não trouxeram resultado de associação entre queixas de memória com nenhum dos testes cognitivos aplicados.

Verificou-se no presente estudo uma relação estatisticamente significativa entre as queixas subjetivas de memória e dificuldades na memória prospectiva. Esse resultado apoia o estudo realizado por Foley (2007) com 40 idosos (20 saudáveis e 20 com CCL). Ao avaliar os prejuízos que a memória prospectiva e retrospectiva poderiam causar em ambos os grupos, percebeu-se que a memória prospectiva era mais afetada que a retrospectiva no grupo de saudável.

A Tabela 11 mostra uma correlação estatisticamente significativa entre as pessoas que se queixam de memória e dificuldade na memória operacional. Associado a isso, a Tabela 10 trouxe como resultado que, dentre todos os idosos que reclamam de problemas de memória, aqueles que relataram piora ao longo dos últimos cinco anos, detêm um déficit ainda maior, na memória de trabalho.

5.3. Depressão e ansiedade

Hurt, Burns e Barrowclough (2011) descobriram em seu estudo sobre idosos com queixas subjetivas de memória, que os maiores preditores desses déficits estavam relacionados a fatores afetivos e concluíram que, nesses indivíduos, a ansiedade e a depressão se associam com essa dificuldade de lembrar.

Na literatura consultada, e reforçada por Canineu (2007), muitos estudos mostram que a prevalência de depressão na população geral é de 15%, e de 1% a 10% na população idosa. O acúmulo de fatores estressantes e o próprio aumento na expectativa de vida podem ser os geradores dessa sintomatologia. A mesma depressão pode ser causada porque as responsabilidades dos indivíduos, enquanto adultos mais velhos, não param quando chega o período da velhice. Muitos idosos assumem essa função como um grande desafio e se esforçam muito para dar conta de assumir papéis familiares e sociais, ao invés de se restringirem às atividades típicas da velhice.

Um estudo realizado com 130 idosos saudáveis, com o objetivo de analisar os resultados dos efeitos da depressão e ansiedade sobre as queixas de memória dos sujeitos, concluiu que sintomas referentes a essas comorbidades podem influenciar em um bom funcionamento cognitivo (Dux et al., 2008). De forma semelhante, o presente estudo, conforme indica na Tabela 9, utilizando-se de fatores associados às queixas de memória, traz como resultado, uma alta correlação entre ansiedade e depressão e as variações das queixas de memória analisadas com os sujeitos da pesquisa.

Outro estudo, desenvolvido por Buckley et al. (2013), encontrou resultado similar. Esses autores investigaram fatores que afetam as queixas de memória subjetiva em um grupo de idosos saudáveis e em outro grupo de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. Ao comparar os fatores, perceberam que só no grupo controle a gravidade das queixas subjetivas de memória estava relacionada apenas aos sintomas de humor, como ansiedade e depressão.

Em outra pesquisa, realizada com idosos residentes em uma comunidade coreana, os resultados comprovaram que as pessoas com depressão possuem maior capacidade de avaliar seu desempenho cognitivo de maneira mais realista, ou seja, ter uma noção melhor do seu desempenho, após realizar uma avaliação cognitiva. A pesquisa mostra que o estado depressivo pode interferir na forma que os idosos percebem suas memórias (Kim et al., 2003).

O estudo de Sachs-Ericsson et al. (2008), que avaliou o mesmo tema, assegurou que os participantes com histórico de depressão tinham a tendência de avaliar suas memórias como fracas, mais do que os indivíduos sem depressão. Até mesmo, porque esse transtorno significa o mesmo que tristeza, desânimo e humor rebaixado (Canineu, 2000).

A Tabela 11, do presente estudo, mostra que houve uma correlação bastante significativa entre as pessoas que se queixavam de suas memórias e os resultados obtidos na escala que avaliou sintomas de depressão nos idosos. Foi encontrado que, quanto mais queixas de memória os idosos tinham, mais alto era seu índice de depressão, através de dados colhidos utilizando-se a escala HADS D.

No estudo realizado por Dux et al. (2008), com idosos saudáveis, acima de 65 anos, para verificar queixas de memória objetiva e subjetiva, comparadas a efeitos negativos, verificou-se que o aumento da influência negativa, principalmente a depressão, pode ser indicativa de decréscimos do funcionamento cognitivo. Por sua vez, Paulo e Yassuda (2009) avaliaram idosos com queixas de memória subjetiva e disseram não haver encontrado nenhuma correlação significativa com sintomas de depressão. Entretanto, esses mesmos autores expuseram nas suas ilações que sua amostra talvez não fosse representativa devido ao número de participantes.

Por outro lado, o grupo que apresentou piora nessas queixas de memória teve desempenho semelhante nas avaliações objetivas de memória, todavia o grupo com queixas apresentou maior escore de depressão do que o grupo sem queixas. Tais resultados podem indicar que as suas queixas de memória são decorrentes da depressão e não de um déficit cognitivo.

Estes resultados estão na linha dos achados de outros estudos. Por exemplo, Dux et al. (2008) encontraram que os efeitos de depressão e ansiedade estão fortemente relacionados com as queixas objetivas e subjetivas de memória, concluindo que a presença de ansiedade é o fator que mais se correlaciona com o aumento de episódios de esquecimento mencionados pelos idosos avaliados.

Um estudo, realizado por Paulo e Yassuda (2009), com idosos saudáveis associando, queixas de memória e ansiedade, percebeu que esses sintomas eram comuns e significativos nesses sujeitos. Como mencionado anteriormente, essa pesquisa faz correlação dessa patologia, com queixas de saúde, entretanto, não se correlaciona de maneira significativa com queixas de memória subjetiva.

O estudo de Balash et al. (2013), que avaliou a relação de queixas subjetivas e objetivas, também percebeu que mesmo que essas variáveis não tenham trazidos resultados significativos, as questões afetivas relacionadas a ansiedade e depressão, aparecem como fortes preditores para quaisquer dessas queixas. Nessa mesma linha de raciocínio, Balash et al. (2010) analisaram o declínio cognitivo subjetivo em idosos, percebendo que a única relação fortemente significativa referia-se a presença de sintomas de ansiedade e depressão.

5.4. Atividades da Vida Diária - AVD

O questionário de atividades da vida diária não apresentou correlação com nenhum dos itens do questionário de saúde, como mostrado na Tabela 9. Normalmente, AVD são afetadas em idosos com CCL ou demência, isto é, idosos saudáveis que apresentam queixas de memória subjetiva não possuem dificuldades nesses afazeres cotidianos (Bajo et al., 2012). Nessa pesquisa, apesar dos idosos queixarem-se de déficits de memória, eles fazem parte do grupo de pessoas consideradas saudáveis cognitivamente e pouco prejudicados fisicamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo exploratório descritivo, percebeu-se que os itens do questionário de saúde (QS) estão positivamente relacionados com os escores de depressão, ansiedade e queixas de memória prospectiva; que outros itens também se correlacionaram com o teste de memória lógica; e que os itens atribuídos à percepção dos familiares acerca da memória do idoso e dos problemas causados na família, além de terem se correlacionado com os anteriormente citados, fizeram correlação com o questionário de avaliação frontal e com o de memória semântica.

Descobriu-se que, conforme relatos dos idosos queixosos, as falhas na memória prospectiva ocorrem com muito mais frequência que a retrospectiva. Observou-se ainda que as queixas de memória estão fortemente relacionadas à depressão, no entanto, a ansiedade aparece de maneira mais leve, em sua influência com esses déficits. Fazendo-se o comparativo entre os idosos que relataram piora de suas memórias ao longo dos últimos cinco anos, com os que não relataram, verificou-se que o grau de depressão aumenta consideravelmente e a ansiedade não faz parte dos sintomas desses idosos.

Conforme a literatura referenciada, há muitas pesquisas que corroboram a opinião de que a depressão correlaciona-se com as queixas de memória. Contudo, essa informação precisa ser analisada cautelosamente, sobretudo no Brasil, tendo em vista ser ainda pequeno o volume de pesquisas abrangendo o assunto. Contrapondo-se a essa conclusão, verificou-se que somente uma referência faz alusão contrária, e mesmo assim, estabelecendo como dificuldade para uma ilação precisão, a pouca representatividade da amostra da pesquisa realizada.

Neste trabalho, apesar do número de participantes poder ser entendido como fator limitante, percebe-se que a amostra é bastante significativa, visto ter em sua composição, idosos ativos, inativos, diversidade de classes sociais, de religião e de escolaridade.

Estes resultados tornam-se relevantes devido à possibilidade de promover uma maior conscientização dos idosos acerca do assunto e, ao mesmo tempo, motivação para uma terapêutica preventiva mais eficiente, visto que, conforme ficou comprovado, os componentes afetivos favorecem muito mais as queixas de memória subjetiva, do que os componentes cognitivos. Em síntese, cuidar da depressão e estimular a memória dos idosos, pode trazer melhorias na qualidade de vida com longevidade saudável.

REFERÊNCIAS

- Abrisqueta-Gomez, J. (2013). Memória e envelhecimento cognitivo saudável. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Conessa, R. M. (Eds). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 171–196). Porto Alegre: Editora ARTMED.
- Amariglio, R. E., Townsend, M. K., Grodstein, F., Sperling, R. A., & Rentz, D. M. (2011). Specific Subjective Memory Complaints in Older Persons May Indicate Poor Cognitive Function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), 1612–1617. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03543.x
- Ávila, R. & Bottino, C. M. C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 316-320. doi: 10.1590/s1516-44462006000400013
- Baddeley, A. (2009) O que é memória? In Baddeley, A., Anderson, M. C. & Eysenck M. W. (Eds), *Memória* (pp. 13-30). New York, NY: Psychology Press.
- Bajo, R., Castellanos, N. P., López, M. E., Ruiz, J. M., Montejo, P., Montenegro, M., Maestu, F. (2012). Early dysfunction of functional connectivity in healthy elderly with subjective memory complaints. *Age*, 34(2), 497–506. doi: 10.1007/s11357-011-9241-5
- Balash, Y., Mordechovich, M., Shabtai, H., Giladi, N., Gurevich, T., & Korczyn, A. D. (2013). Subjective memory complaints in elders: depression, anxiety, or cognitive decline? *Acta Neurologica Scandinavica*, 127(5), 344–350. doi: 10.1111/ane.12038
- Balash, Y., Mordechovich, M., Shabtai, H., Merims, D., & Giladi, N. (2010). Subjective memory decline in healthy community-dwelling elders. What does this complain mean? *Acta Neurologica Scandinavica*, 121(3), 194–197. doi: 10.1111/j.1600-0404.2009.01159.x
- Baldoni, A. & Pereira, L. (2012). O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 32(3), 313–321. Recuperado de http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/1505/1173
- Beato, R. G., Nitrini, R., Formigoni, A. P., & Caramelli P. (2007). Brazilian version of the Frontal Assessment Battery (FAB). *Dementia e Neuropsychologia*, 1, 59-65. doi: 10.1590/S0004-282X2012005000009
- Benito-León, J., Mitchell, A. J., Vega, S., & Bermejo-Pareja, F. (2010). A population-based study of cognitive function in older people with subjective memory complaints. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22(1), 159–170. doi: 10.3233/JAD-2010-100972
- Blanco-Campal, A., Coen, R.T. F., Lawlor, B. A., Walsh, J.B., & Burke, T.E. (2009). Detection of prospective memory deficits in mild cognitive impairment of suspected Alzheimer's disease

- etiology using a novel event-based prospective memory task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 154–159. doi 10.1017/S1355617708090127
- Boyce, J. M., & Shone, G. R. (2006). Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate Medical Journal*, 82 (966), 239-41.
- Bressan, L. A., Vale, F. de A. C., & Speciali, J. G. (2007). The daily life of patients with dementia. A comparative study between the information provided by the caregiver and direct patient assessment. *Dementia & Neuropsychologia*, 1(3), 288–295. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339528999009>
- Brickman, A. M. & Stern, Y. (2009). Aging and Memory in Humans. In: Squire, L. R. (ed.) *Encyclopedia of Neuroscience* (pp. 175-180). Oxford: Academic Press.
- Brucki, S. M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3B), 777–81. doi: 10.1590/S0004-282X2003000500014
- Buckley, R., Saling, M. M., Ames, D., Rowe, C. C., Lautenschlager, N. T., Macaulay, S. L., ... Ellis, K. A. (2013). Factors affecting subjective memory complaints in the AIBL aging study: biomarkers, memory, affect, and age. *International Psychogeriatrics*, 25(08), 1307–1315. doi: 10.1017/S1041610213000665
- Burgess, P.W. & Shallice, T. (1997) *The Hayling and Brixton Tests*. Edmunds: U.K.
- Burlá, C. (2013). Entrevista concedida ao Conselho Federal de Medicina. *Medicina – Revista de humanidades médicas*. Brasília: CFM.
- Caldas, C. P. (2007). Teorias sociológicas do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. *Tratado de gerontologia* (pp. 77-84). São Paulo: Editora Atheneu.
- Canineu, P. R. Depressão no idoso. (2007). In: Papaléo Netto, M. (Ed). *Tratado de gerontologia* (pp. 293 – 300). São Paulo: Editora Atheneu.
- Caramelli, P. & Beato, R. G. (2008). Subjective memory complaints and cognitive performance in a sample of healthy elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 2(1), 42-45. doi: 10.6061/clinics/2014(03)09
- Chapman, R. M., Mapstone, M., McCrary, J. W., Gardner, M. N., Porsteinsson, A., Sandoval, T. C., Reilly, L. A. (2011). Predicting conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer’s disease using neuropsychological tests and multivariate methods. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(2), 187–199. doi: 10.1080/13803395.2010.499356

- Chin, J., Oh, K. J., Seo, S. W., & Na, D. L. (2014). Are depressive symptomatology and self-focused attention associated with subjective memory impairment in older adults? *International Psychogeriatrics*, 26(04), 573–580. doi: 10.1017/S104161021300241X
- Corso, H. V., Sperb, T. M., de Jou, G. I., & Salles, J. F. (2013). Metacognição e Funções Executivas: Relações entre os Conceitos e Implicações para a Aprendizagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(1), 21–29. doi: 10.1590/S0102-37722013000100004
- De Oliveira, A. C., Oliveira, N. M. D., Arantes, P. M. M., & Alencar, M. A. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 301-312. doi: 10.1590/s1809-98232010000200014
- De Paula, J. J. (2014). *Relações entre comprometimento cognitivo, sintomas depressivos e prejuízo funcional no envelhecimento normal e patológico* (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte.
- De Paula, J. J., Moreira, L., Coutinho, G. & Mograbi, D. C. (2013). Aspectos do processamento espacial em idosos: percepção, consciência, orientação espacial e habilidades visuoespaciais. In: Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D. & Conessa, Ramon, M. (Eds). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. (pp. 197–209). Porto Alegre: Editora Artmed.
- DeCarli, C. (2003). Mild cognitive impairment: prevalence, prognosis, etiology and treatment. *The Lancet Neurology*, 2(1), 15–21. doi:10.1016/S1474-4422(03)00262-X
- Delprado, J., Kinsella, G., Ong, B., & Pike, K. (2013). Naturalistic measures of prospective memory in amnesic mild cognitive impairment. *Psychology and Aging*, 28(2), 322–332. doi: 10.1037/a0029785
- Duarte, L. R. S. (1999). Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 2, 35-47. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/revenvelhecer/article/download/5473/3109>
- Dux, M. C., Woodard, J. L., Calamari, J. E., Messina, M., Arora, S., Chik, H., & Pontarelli, N. (2008). The moderating role of negative affect on objective verbal memory performance and subjective memory complaints in healthy older adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(02), 327–336. doi: 10.1017/S1355617708080363.
- Einstein G. O., Smith, R. E., McDaniel, M. A. & Shaw, P. (1997). Aging and prospective memory: The influence of increased task demands at encoding and retrieval. *Psychology and Aging*, 12 (3), 479 – 488
- Foley, J. A. (2007). *Retrospective and prospective memory in healthy and cognitively impaired older adults: Using subjective and objective assessment* (Tese de doutorado). Recuperado de <https://www.era.lib.ed.ac.uk/handle/1842/2205>

- Gazzaniga, M., Ivry, S. & Mangun, G.R (2006) *Neurociência cognitiva: a biologia da mente*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Ginó, S., Mendes, T., Maroco, J., Ribeiro, F., Schmand, B. A., 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
- Groves, W.C., Brandt, J., Steinberg, M., Warren, A., Rosenblatt, A., Baker, A., & Lyketsos, C. G. (2000). Vascular Dementia and Alzheimer's Disease: is There a Difference? A Comparison of Symptoms by Disease Duration. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 12, 305-15. doi: 10.1176/jnp.12.3.305
- Heffernan, T., & O'Neill, T. (2012). Time based prospective memory deficits associated with binge drinking: Evidence from the Cambridge Prospective Memory Test (CAMPRMPT). *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1-3), 207–212. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.11.014
- Hohman, T. J., Beason-Held, L. L., Lamar, M., & Resnick, S. M. (2011). Subjective cognitive complaints and longitudinal changes in memory and brain function. *Neuropsychology*, 25(1), 125–130. doi: 10.1037/a0020859
- Hurt, C. S., Burns, A., & Barrowclough, C. (2011). Perceptions of memory problems are more important in predicting distress in older adults with subjective memory complaints than coping strategies. *International Psychogeriatrics*, 23(08), 1334–1343. doi: 10.1017/S104161021100038X
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. 2007. [citado 2008 nov 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- James, L. E., & Burke, D. M. (2000). Phonological priming effects on word retrieval and tip-of-the-tongue experiences in young and older adults. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 26(6), 1378-91.
- Jessen, F., Wiese, B., Bachmann, C., Eifflaender-Gorfer, S., Haller, F., Kölsch, H., ... Bickel, H. (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.
- Juncos-Rabada, O., Pereiro, A. X., Facal, D., Rodriguez, N., Lojo, C., Caamao, J. A., ... Eiroa, P. (2012). Prevalence and correlates of cognitive impairment in adults with subjective memory complaints in primary care centres. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33(4), 226. doi: 10.1159/000338607

- Jungwirth, S., Zehetmayer, S., Weissgram, S., Weber, G., Tragl, K. H., & Fischer, P. (2008). Do subjective memory complaints predict senile Alzheimer dementia? *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158(3-4), 71–77. doi: 10.1007/s10354-007-0446-2
- Kim, J., Stewart, R., Shin, H. S., Choi, S. & Yoon, J. (2003) Subjective Memory Impairment, Cognitive Function and Depression – A community study in older Koreans. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 15, 218 – 225. doi 10.1159/000068783
- Ling, J., Campbell, C., Heffernan, T. M., & Greenough, C. G. (2007). Short-term Prospective Memory Deficits in Chronic Back Pain Patients: *Psychosomatic Medicine*, 69(2), 144–148. doi: 10.1097/PSY.0b013e31802e0f22
- Marcolino, J. A. M., Suzuki, F. M., Alli, L. A. C., Gozzani, J. L., Mathias, L. A. S. T. (2007). Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 157-166. doi: 10.1590/s0034-70942007000200004
- Mascherek, A., Zimprich, D., Rupprecht, R., & Lang, F. R. (2011). What Do Cognitive Complaints in a Sample of Memory Clinic Outpatients Reflect? *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24(4), 187–195. doi: 10.1024/1662-9647/a000046
- Melo, D. M. de, Falsarella, G. R., & Neri, A. L. (2014). Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 471–484. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13172
- Mendes, T., Ginó, S., Ribeiro, F., Guerreiro, M., Sousa, G., Ritchie, K., & 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
- Minett, T. S. C., Da Silva, R. V., Ortiz, K. Z., & Bertolucci, P. H. F. (2008). Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 49–54. doi: 10.1002/gps.1836
- Mitchell, A. J. (2008a). Is it time to separate subjective cognitive complaints from the diagnosis of mild cognitive impairment? *Age and Ageing*, 37(5), 497–499. doi: 10.1093/ageing/afn147
- Mitchell, A. J. (2008b). The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1191–1202. doi: 10.1002/gps.2053
- Mol, M. E. M., Ruiters, R. A. C., Verhey, F. R. J., Dijkstra, J., & Jolles, J. (2008). A study into the psychosocial determinants of perceived forgetfulness: implications for future interventions. *Aging & Mental Health*, 12(2), 167–176. doi: 10.1080/13607860801972503

- Mol, M. E. M., van Boxtel, M. P. J., Willems, D., & Jolles, J. (2006). Do subjective memory complaints predict cognitive dysfunction over time? A six-year follow-up of the Maastricht Aging Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(5), 432–441. doi: 10.1002/gps.1487
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A., & Maestú, F. (2011). 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 & Mental Health*, 15(1), 85–96. doi: 10.1080/13607863.2010.501062
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre envelhecimento. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D. & Conzeza, Ramon, M. (Eds). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 17–42). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Papaléo Netto, M. & Klein, E. L. (2007). Demência I: epidemiologia, tipos e manifestações clínicas. In Papaléo Netto, M. (Ed). *Tratado de gerontologia* (pp. 323–337). São Paulo: Editora Atheneu.
- Papaléo Netto, M. (2007). Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In Papaléo Netto, M. (Ed). *Tratado de gerontologia* (pp. 29–38). São Paulo: Editora Atheneu.
- Paulo, D. L. V. & Yassuda, M. S. (2009). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 23–6. doi: 10.1590/S0101-60832010000100005
- Perry, R.J. & Hodges, J.R. (2000). Differentiating Frontal and Temporal Varian Frontotemporal Dementia from Alzheimer’s Disease. *Neurology*, 54, 2277-84. doi 10.1212/WNL.54.12.2277
- Piauilino, D. C., Bueno, O. F. A., Tufik, S., Bittencourt, L. R., Santos-Silva, R., Hachul, H., ... Pompéia, S. (2010). The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire: A population-based random sampling study. *Memory*, 18(4), 413–426. doi: 10.1080/09658211003742672
- Radford, K. A., Lah, S., Say, M. J., & Miller, L. A. (2011). Validation of a New Measure of Prospective Memory: The Royal Prince Alfred Prospective Memory Test. *The Clinical Neuropsychologist*, 25(1), 127–140. doi: 10.1080/13854046.2010.529463
- Raskind, M.A. (1998). The Clinical Interface of Depression and Dementia. *Journal of Clinical Psychiatry* 59(10), 9-12. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/9720476>
- Reid, L. M., & MacLulich, A. M. J. (2006). Subjective Memory Complaints and Cognitive Impairment in Older People. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 471–485. doi: 10.1159/000096295

- Ribeiro, A. M. & Conseza, R. M. (2013). Envelhecimento normal do sistema nervoso. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Conseza, R. M. (Eds). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 78-99). Porto Alegre: Editora ARTMED.
- Rodrigues, A. B., Yamashita, E. T., & Chiappetta, A. (2008). Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. *Revista CEFAC*, 10(4), 443–51. doi: 10.1590/S1516-18462008000400004
- Román, G.C. (2002). Defining Dementia: Clinical Criteria for the Diagnosis of Vascular Dementia. *Acta Neurol Scand*, 106 (Suppl. 178), 6-9. doi: 10.1034/j.1600-0404.106.s178.2.x
- Rosen, H.J., Hartikainen, K.M., Jagust, W. Kramer, J. H., Reed, B. R., Cummings, J. L. ... Miller, B. L. (2002). Utility of Clinical Criteria in Differentiating Frontotemporal Lobar Degeneration (FTLD) from AD. *Neurology*, 58, 1608-15. doi 10.1212/WNL.58.11.1608
- Rosset, I., Pedrazzi, E. C., Roriz-Cruz, M., Morais, E. P. & Rodrigues, R. A. P. (2011). Tendencies of studies addressing the eldest individuals of aged population in the community: a (inter) national systematic review. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 264–271. doi: 10.1590/S0080-62342011000100037
- Sachdev, P. S., Lipnicki, D. M., Crawford, J., Reppermund, S., Kochan, N. A., Trollor, J. N., ... Brodaty, H. (2012). Risk profiles of subtypes of mild cognitive impairment: the Sydney memory and ageing study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(1), 24–33. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03774.x
- Sachs-Ericsson, N., Joiner, T., & Blazer, D. G. (2008). The influence of lifetime depression on self-reported memory and cognitive problems: Results from the National Comorbidity Survey–Replication. *Aging & Mental Health*, 12(2), 183–192. doi: 10.1080/13607860801951739
- Salles, J. F. & Brandão, L. (2013). Linguagem e comunicação. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Conseza, R. M. (Eds). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 210-225). Porto Alegre: Editora ARTMED.
- Schofield, P. W., Marder, K., Dooneief, G., Jacobs, D. M., Sano, M., & Stern, Y. (1997). Association of Subjective Memory Complaints With Subsequent Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Individuals With Baseline Cognitive Impairment. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (5), 609-615. doi: 10.1176/ajp.154.5.609
- Smith, G., Del Sala, S., Logie, R. H., & Maylor, E. A. (2000). Prospective and retrospective memory in normal ageing and dementia: A questionnaire study. *Memory*, 8(5), 311–321. doi: 10.1080/09658210050117735

- Souza, L. C. & Teixeira, A. L. (2013). Envelhecimento patológico do sistema nervoso. In: Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Conzeza, R. M. (Eds). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 17-42). Porto Alegre: Editora ARTMED.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8(3), 91–98. Recuperado de <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>
- Tierney, M. C., Black, S.E., Szalai, J. P., Snow, W. G., Fisher, R. H., Nadon, G., & Chui, H. C. (2001). Recognition Memory and Verbal Fluency Differentiate Probable Alzheimer Disease from Subcortical Ischemic Vascular Dementia. *Archives of neurology*, 58, 164-9. doi:10.1001/archneur.58.10.1654.
- Treves, T. A., Verchovsky, R., Klimovitzky, S., & Korczyn, A. D. (2005). Incidence of dementia in patients with subjective memory complaints. *International Psychogeriatrics*, 17(02), 265-273. doi: 10.1017/S1041610205001596
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From Mind to Brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135114
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson (Eds), *Organization of memory* (pp 381-402). New York: Academic Press.
- Uttl, B., & Kibreab, M. (2011). Self-report measures of prospective memory are reliable but not valid. *Canadian Journal of Experimental Psychology/Revue Canadienne de Psychologie Expérimentale*, 65(1), 57. doi: 10.1037/a0022843
- Van Oijen, M., de Jong, F. J., Hofman, A., Koudstaal, P. J., & Breteler, M. M. B. (2007). Subjective memory complaints, education, and risk of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 3(2), 92–97. doi: 10.1016/j.jalz.2007.01.011
- Veras, R., Lima, M. A., Araujo, T. C. N., Alves, M. I. C., Sayd, J., Figueiredo, M. C., Vaena, M. L. H. T., & Imbassahy, M. (2001). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UNATI.
- Verdelho, A., Madureira, S., Moleiro, C., Santosa, C.O., 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, 491–498. doi: 10.3233/JAD-2011-110494.
- Vermeulen, J., Aldenkamp, A. P., & Alpherts, W. C. J. (1993). Memory complaints in epilepsy: correlations with cognitive performance and neuroticism. *Elsevier Science Publishers*, 15, 157 – 170. doi: 10.1016/0920-1211(93)90096-P
- Wang, L., Van Belle, G., Crane, P. K., Kukull, W. A., Bowen, J. D., McCormick, W. C., & Larson, E. B. (2004). Subjective memory deterioration and future dementia in people aged 65

and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(12), 2045–2051. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52568.x

Wechsler, D. (1997). *WAIS-III: Escala de inteligência Wechsler para adultos – manual David Wechsler*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Williams, J. M. (1991). *Memory assessment scales professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Wilson, B. A. (2011). *Reabilitação da memória: integrando teoria e prática*. Porto Alegre: Editora Artmed.

ANEXOS

Anexo A. Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “**A relação entre queixas de memória e fatores cognitivos e afetivos em idosos saudáveis**”, que está sendo desenvolvida sob a orientação e a responsabilidade dos pesquisadores Professores Doutores Bernardino Fernández Calvo e Nelson Torro Alves no Laboratório de Ciências Cognitivas e Percepção (LACOP) da Universidade Federal da Paraíba e está financiada **pelo Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovação – MCTI – e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – (nº do Processo: 478966/2012-1)**. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Entretanto, antes de decidir sobre a sua participação é importante que entenda o motivo e maneira como será realizada. Leia atentamente as informações que seguem, e se tiver alguma dúvida, consulte aos pesquisadores responsáveis ou o Comitê de ética em Pesquisa.

O objetivo principal do estudo é investigar a relação entre as queixas de memória e os fatores vasculares, cognitivos e psicológicos (ansiedade e depressão) em idosos saudáveis, residentes na comunidade. A pesquisa tem por **finalidade** ampliar o conhecimento sobre a relação entre memória e cognição, de forma a contribuir para um melhor diagnóstico dos distúrbios da memória.

Sua participação no estudo deverá ser voluntária. Caso aceite participar, você deverá comparecer a duas sessões do estudo, cada uma com uma hora de duração, realizadas em dias diferentes.

Na primeira parte, você deverá responder a questionários que tratam da avaliação física e mental.

Na segunda parte, serão aplicados testes neuropsicológicos para avaliar sua capacidade de memória, atenção e capacidade de resolver problemas da vida diária. Algumas perguntas são difíceis, assim é normal às vezes não recordar a resposta.

Esta coleta de dados será realizada por diferentes pesquisadores e acadêmicos do curso de medicina e psicologia, coordenados pelos pesquisadores responsáveis, e serão realizados em uma sala reservada a fim de garantir o sigilo das informações.

Nenhum dos procedimentos usados oferece **riscos** à sua saúde física e mental ou dignidade. Todas as informações obtidas em relação a este estudo permanecerão em absoluto

sigilo, assegurando a proteção de sua imagem, de sua privacidade e respeitando os valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém a sua identidade não será divulgada nestas ocasiões e nem serão utilizadas qualquer imagem ou informação que permita a sua identificação.

Ao participar desta pesquisa a Sra. (Sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, todas as pessoas que completarem o estudo receberam um informe individual completo sobre seus resultados nas provas neuropsicológicas. Este informe será entregue dentro dos três meses seguintes à finalização do estudo.

Informamos que durante o curso da pesquisa e após o seu término, os pesquisadores ficarão à disposição para qualquer esclarecimento ou orientação que julgar necessário em relação ao tema abordado.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e /ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolva desistir a qualquer momento, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

Não está prevista nenhuma despesa para a participação da pesquisa, assim caso você venha a ter qualquer despesa em decorrência da sua contribuição no estudo, será ressarcido.

Esse documento foi elaborado em duas vias que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável. Você receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com a responsável da pesquisa.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com os pesquisadores responsável, Bernardino Fernández Calvo e Nelson Torro Alves ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Consentimento

Após ter sido informado (a) sobre a finalidade da pesquisa “*Estudo dos marcadores biológicos e psicológicos das queixas de memória prospectiva e retrospectiva em idosos saudáveis*” e após ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, eu _____
estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para fins da pesquisa, estando ciente de que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que a minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma cópia deste documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Contato dos pesquisadores responsáveis:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contatar o (a) pesquisador (a):

Nelson Torro Alves. Email: nelsontorro@yahoo.com.br – *telefone:* (83) 9111-0423

Morgana do N. Andrade. E-mail: morganapsi_84@hotmail.com – *telefone:* (83) 87371312

Anexo B. Questionário de saúde (QS)**QUESTIONÁRIO DE SAÚDE****1. Alguém perto de você (família, amigos) pensa que você tem uma memória fraca?**

- 1 Nunca []
- 2. Raramente []
- 3. Às vezes []
- 4. Frequentemente []
- 5. Muito Frequentemente []

2. Como você enxerga sua memória hoje:

- 1 Ruim []
- 2. Regular []
- 3. Boa []
- 4. Muito boa []
- 5. Excelente []

3. Como você enxerga sua memória hoje, em comparação com cinco anos atrás?

- 1. Muito pior []
- 2. Um pouco pior []
- 3. Mais ou menos igual []
- 4. Um pouco melhor []
- 5. Muito melhor []

4. Como você classificaria a sua própria memória, em comparação com a dos outros da sua idade?

- 1. Muito pior []
- 2. Um pouco pior []
- 3. Mais ou menos igual []
- 4. Um pouco melhor []
- 5. Muito melhor []

5. Você acha que sua memória tem interferido e dificultado suas atividades diárias, em comparação com cinco anos atrás?

- Não [] Sim []

Quanto?

(Nada em absoluto) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (altamente).

6. Você acha que sua memória tem causado problemas em sua vida familiar, em comparação com cinco anos atrás?

Não [] Sim []

Quanto?

(Nada em absoluto) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (altamente).

7. Você se sente estressado em geral?

Não [] Sim []

Quanto?

(Sem nenhum estresse) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (altamente estressado).

8. Geralmente, sua saúde é:

1 Ruim []

2. Regular []

3. Boa []

4. Muito boa []

5. Excelente []

9. Como está sua saúde atual, em comparação com cinco anos atrás?

0. Muito pior []

1. Um pouco pior []

2. Mais ou menos igual []

3. Um pouco melhor []

4. Muito melhor []

10. Alguma vez seu médico lhe disse que você teve ou tem?

a) Algum problemas de circulação (AVC, varizes) /coração)

[] Sim [] Não [] Não me recordo

b) Diabetes

[] Sim [] Não [] Não me recordo

d) Hipertensão

Sim Não Não me recordo

c) Hipercolesterolemia

Sim Não Não me recordo

d) Hipertrigliceridemia

Sim Não Não me recordo

e) Problemas de tireoide (hipertiroidismo, hipotiroidismo)

Sim Não Não me recordo

11. No mês passado você foi tratado por:

a) Açúcar no sangue?

Sim Não

b) Pressão arterial alta?

Sim Não

c) Níveis de colesterol altos?

Sim Não

d) Níveis de triglicérides altos?

Sim Não

e) Problemas na tiroide?

Sim Não

12. Agora, você é fumante regular? Sim Não

Faz quanto tempo? _____

13. Antes, foi fumante regular? Sim Não

Por quanto tempo? _____

14. Agora, você bebe regularmente? Sim Não

Quantas doses por dia? _____

15. Antes, foi bebedor regular? Sim Não

Por quanto tempo? _____ Quantas doses por dia? _____

16. Qual sua altura: _____ cms.

17. Qual seu peso: _____ kg.

18. Circunferência abdominal? _____ cms.

Anexo C. Artigo empírico para submissão na Revista Estudos de Psicologia Campinas

A RELAÇÃO ENTRE QUEIXAS DE MEMÓRIA E FATORES COGNITIVOS E
AFETIVOS EM IDOSOS SAUDÁVEIS

Mestranda Morgana do Nascimento Andrade

Professor Doutor Nelson Torro Alves

Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes.

Cidade Universitária, Bloco IV, 58059-900, João Pessoa, PB, Brasil. Telefone: (83)

32167337.

Correspondência para/Correspondence to: E-mail: <morganapsi_84@hotmail.com >

A RELAÇÃO ENTRE QUEIXAS DE MEMÓRIA E FATORES COGNITIVOS E
AFETIVOS EM IDOSOS SAUDÁVEIS

THE RELATIONSHIP BETWEEN MEMORY COMPLAINTS AND COGNITIVE AND
AFFECTIVE FACTORS IN HEALTHY ELDERLY

Resumo

Muitos estudos têm indicado que idosos saudáveis apresentam queixas subjetivas de memória, não sendo ainda bem compreendido o seu significado. A presente pesquisa teve por objetivo analisar o perfil neurocognitivo de idosos saudáveis com ou sem queixas de memória. Participaram 69 idosos saudáveis com idade média de 66 anos (DP = 5,86), divididos em dois grupos: os que relataram piora de suas memórias nos últimos cinco anos e os que não relataram. Os resultados indicaram maior comprometimento na memória prospectiva que retrospectiva. O estudo mostrou que as queixas subjetivas de memória estão fortemente relacionadas aos sintomas de depressão e ansiedade. Os idosos que relataram piora de memória possuem um grau de depressão maior do que os que não relataram problemas de memória e não possuem sintomas de ansiedade. Conclui-se que os componentes afetivos podem ser melhores preditores das queixas subjetivas de memória do que os componentes cognitivos.

Palavras-chave: Memória; Queixas; Envelhecimento; Neuropsicologia.

Abstract

A number of studies have indicated that healthy elderly show subjective memory complaints, something whose meaning is not fully understood yet. The present research has aimed to analyze the neurocognitive profile of healthy elderly with or without memory complaints. The research was carried out with 69 healthy elderly aged around 66 years ($DP = 5.86$), divided into two groups: the ones who reported worsening of their memories over the last five years and the ones who did not. The results indicated higher impairment of prospective than retrospective memory. The study showed that the subjective memory complaints are strongly related to the symptoms of depression and anxiety. The elderly who reported worsening of memory have a higher degree of depression than the ones who did not report memory problems and do not have anxiety symptoms. It is concluded that the affective components may be better predictors of subjective memory complaints than the cognitive components.

Keywords: Memory; Complaint; Aging; Neuropsychology.

Introdução

O envelhecimento acarreta uma série de dificuldades no processamento motor e sistema autonômico (Ribeiro & Cosenza, 2013). Como exemplo, Paulo e Yassuda (2009) citam a memória episódica e funções executivas. Abrisqueta-Gomes (2013) sustenta que o idoso saudável adquire mudanças do ponto de vista cognitivo, relacionado à memória, funções executivas, atenção, percepção e linguagem.

Abrisqueta-Gomez (2011) argumenta que vários tipos de memória são afetados durante o envelhecimento cognitivo e cada um com seu grau de evolução. As memórias mais comprometidas são as de longo prazo que compreendem as memórias explícita ou declarativa e a operacional, dissociadas funcional e anatomicamente; seguidas das memórias de longo prazo semântica, de curto prazo e a implícita. Smith et al. (2000) afirmam que, nos idosos com envelhecimento normal, a recordação de informações é mais prejudicada do que o reconhecimento.

Wilson (2013) afirma que a memória é nada mais que a habilidade de adquirir, armazenar e evocar informações, ou seja, um processo composto por as três fases interligadas. O referido autor indica que a memória pode ser classificada em relação ao tempo, ao tipo de informação, a modalidade dessa informação, a etapa do processo de evocação, se é explícita ou implícita, dentre outros.

Queixa subjetiva de memória é a capacidade que o sujeito possui de perceber e expressar seu esquecimento no dia-a-dia. Tanto jovens quanto idosos se queixam dessa função cognitiva, saliente-se, porém que essas queixas são mais frequentes em idosos (Balash et al., 2013; Caramelli & Beato, 2008; Ginó et al., 2010; Minett, Da Silva, Ortiz, & Bertolucci, 2008; Reid & Maclullich, 2006; Verdelho et al., 2011).

Alguns estudos, segundo Montejo et al. (2011) e Buckley et al. (2013), descrevem que as queixas de memória podem ser preditores para o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) no idoso. Esse comprometimento pode ser

também um componente do diagnóstico precoce de demência (Bajo et al., 2012; Balash et al., 2013; Hohman, Beason-Held, Lamar, & Resnick, 2011; Mol, Boxtel, Willems, & Jolles, 2006; Van Oijen, de Jong, Hofman, Koudstaal, & Breteler, 2007). Entretanto, não se pode afirmar com total fidedignidade se as queixas de memória são realmente preditivas (Verdelho et al., 2011).

As queixas e relatos recorrentes, manifestados pelos idosos e seus familiares, são clinicamente relevantes para um suposto diagnóstico mais claro e precoce e tratamento preventivo (Amariglio, Townsend, Grodstein, Sperling, & Rentz, 2011; Bajo et al., 2012; Caramelli & Beato, 2008). Elas podem representar sintomas de distúrbios, como problemas de memória objetiva, depressão, ansiedade, hipocondria, e outros (Montejo et al., 2011). Outro estudo, por sua vez, encontrou que as queixas mnemônicas não refletiram possíveis déficits cognitivos associados ao envelhecimento (Paulo e Yassuda, 2009).

Atualmente, os transtornos psicológicos têm sido associados à alterações cognitivas que também afetam a memória. Particularmente, ansiedade e depressão têm sido correlacionadas com um déficit subjetivo de memória. Alguns estudos encontraram uma correlação entre perdas subjetivas de memória e a presença de sintomatologia ansiosa (Paulo & Yassuda, 2009) e depressiva (Ávila, 2006).

A etiologia dos sintomas depressivos em disfunção cognitiva não é clara (Sachs-Ericsson, Joiner & Blazer, 2008) e pode estar associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais (Canineu, 2007). Raskind (1998) explica que, quando comparada ao diagnóstico de demência, a depressão no envelhecimento é o quadro que gera maior conflito, sendo obrigatória a distinção entre essas duas patologias, visto que a depressão é potencialmente tratável. Entretanto, tal diferenciação não é simples pelo fato do idoso apresentar lentificação psíquica, apatia, irritabilidade, descuido pessoal, dificuldades com concentração e memória, e mudanças no

comportamento e personalidade, em ambos os diagnósticos. Além disto, a depressão pode ser um sintoma da demência e, não raramente, as duas situações ocorrem ao mesmo tempo (Canineu, 2007; Raskind, 1998).

Sachs-Ericsson et al., (2008) constataram que idosos com um histórico de depressão tendem a avaliar a sua memória como ruim. Dando suporte a essa afirmação, Kim, Stewart, Shin, Choi e Yoon (2003) também afirmam que a depressão pode interferir na percepção que os idosos têm de si próprios e que o comprometimento subjetivo da memória na depressão pode ser um reconhecimento de um déficit real. Além disso, Dux et al. (2008) verificaram que o aumento da influência negativa, principalmente a depressão, podem ser indicativos de decréscimos do funcionamento cognitivo em idosos.

Assim como a depressão, a ansiedade também está muito presente na vida dos idosos saudáveis com queixas de memória. Diferente dos estudos mencionados anteriormente, Paulo e Yassuda (2009) não encontraram em idosos uma relação entre queixas de memória e depressão, mas sim entre queixas de memória e ansiedade (Mol, Ruiters, Verhey, Dijkstra, & Jolles, 2008). Resultados indicaram também que os determinantes mais importantes do esquecimento são percebidos através de memória de autoeficácia, memória relacionada à ansiedade, a atitude e a norma subjetiva.

Balash et al. (2013) não encontraram associações diretas entre essas queixas e o desempenho cognitivo objetivo, entretanto, constataram que as queixas subjetivas possuem associação com os sintomas afetivos, ou seja, a maioria dos idosos saudáveis que tinham queixas subjetivas, também tinham depressão ou ansiedade associada.

Investigando o declínio subjetivo de memória em idosos, Balash, Mordechovich, Shabtai, Merims e Giladi (2010) viram que esse déficit reflete

sintomas depressivos e de ansiedade, mas não se correlaciona com o desempenho cognitivo da bateria neuropsicológica utilizada. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por (Jungwirth et al., 2008), que concluíram que os resultados da memória objetiva não eram fidedignos às queixas subjetivas.

No estudo de Benito-León et al. (2010), ao analisar somente os idosos saudáveis de sua amostra, constataram que alguns dos preditores mais fortes das queixas de memória subjetiva em idosos foram: pobre bem-estar psicológico, sintomas depressivos, uso de antidepressivos e comprometimento auditivo.

Diante de tantos achados no campo das queixas subjetivas e objetivas de memória e dos fatores psicológicos, esta pesquisa se propõe a investigar como se dá a relação entre alguns tipos de memória e sintomas negativos entre os idosos que referem essas queixas.

Diante de tantos achados no campo das queixas subjetivas e objetivas de memória e dos fatores psicológicos, esta pesquisa se propõe a investigar como se dá a relação entre alguns tipos de memória e sintomas negativos entre os idosos que referem essas queixas.

Método

Amostra

Participaram 69 idosos saudáveis com idade média de 66 anos (DP = 5,86), sendo 50 do sexo feminino. Os participantes foram divididos em dois grupos: os que relataram piora de suas memórias nos últimos cinco anos e os que não relataram na entrevista clínica.

Procedimento

O procedimento utilizado nesse estudo constou de duas fases. Na primeira foram aplicadas a entrevista sociodemográfica e clínica, bem como testes de rastreio

e questionários sobre prevalência de queixas de memória, para selecionar os entrevistados segundo os critérios de inclusão. Na segunda parte foi realizada uma avaliação neuropsicológica aos entrevistados selecionados.

Instrumentos

Entrevista

- Questionário sociodemográfico: no qual são coletados dados sobre idade, sexo, escolaridade, etc.
- Entrevista clínica: recolhe informações objetivas (Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia, etc.) e subjetivas (percepção da saúde, memória e qualidade de vida) sobre a saúde dos idosos.
- Avaliação da prevalência de queixas subjetivas de memória: Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva/QMPR (Benites & Gomes, 2007);
- Mini Exame do Estado Mental - MMSE (Brucki et al., 2003);
- Avaliação das Atividades de Vida Diária: O *Functional Activities Questionnaire/FAQ* (Bressan, Vale, & Speciali, 2007);
- Sintomas de Ansiedade e Depressão: Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS: (Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, & Mathias 2007);
- Avaliação das funções cognitivas frontais: Bateria de Avaliação Frontal – FAB (Beato et al., 2007).

Avaliação neuropsicológica da memória

Foi realizada uma avaliação neuropsicológica através da aplicação testes que avaliaram os seguintes domínios da memória:

- Memória operacional: Subteste de Sequência de Números e Letras da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos/WAIS III (Wechsler, 1997)

Avalia a memória operacional e a atenção. Essa tarefa requer que o avaliado repita em ordem crescente e alfabética uma série de números e letras apresentados

oralmente em uma ordem aleatória especificada. O examinando precisa memorizar as letras e os números e ao mesmo tempo ordená-los adequadamente sem omitir nenhum elemento da série.

- Memória episódica: Subteste de Memória lógica da escala de avaliação da memória - MAS (Williams, 1991)

A MAS é uma bateria de memória que consiste em 12 subtestes que avaliam três áreas gerais de função cognitiva: atenção, concentração e memória de curto prazo. O subteste Memória em prosa é dividido em quatro etapas: duas de memória imediata (Recordação Livre Imediata/RLI e Recordação com Pistas Imediata/RPI) e mais duas, de memória tardia (Recordação Livre Tardia/RLT e Recordação com Pistas Tardia/RPT). Cada um desses quatro itens pontua o escore de 0 a 9 e são analisados separadamente.

- Memória prospectiva: RPA-ProMem (Radford et al., 2011)

Royal Prince Alfred Prospective Memory Test (RPA-ProMem) consiste de quatro tarefas de memória prospectiva, em eventos baseados no tempo e administrados ao longo de uma bateria de testes neuropsicológicos. Nas quais, duas são concluídas em laboratório e as outras duas em um ambiente naturalista definido.

- Memória semântica: teste de fluência verbal – animais (Rodrigues, Yamashita, & Chiappetta, 2008)

O teste de fluência verbal envolve a geração do maior número de palavras possíveis em período de tempo fixado. Existe o teste de fluência fonológica ou semântica. Na semântica ocorre a geração de palavras de certa classe semântica como, por exemplo, categoria “animal”.

Análise estatística dos dados

Os dados foram analisados SPSS versão 21. Inicialmente, foram realizadas medidas descritivas de frequência, porcentagem e medidas de tendência central

(Média e mediana) e de dispersão (Desvio padrão e valores mínimos e máximos). Utilizou-se ainda como técnicas inferências, o teste t de Student e Regressão bivariadas de Poisson. Nas regressões, empregou-se o estimador robusto na matriz de covariância para obter erros padrões mais robustos. A magnitude dos efeitos dos testes foi interpretado como razão de prevalência (RP), com intervalos de confiança de 95%.

Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, a pesquisa foi previamente submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa/CEP envolvendo seres humanos do HULW, de acordo com o que normatiza a Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação nesse estudo foi de caráter voluntário, sendo precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A maioria dos idosos era do sexo feminino (72,5%), com 30,4% possuindo ensino médio completo e 47,8% ensino superior. A maioria também era casada (62,3%) e realizava atividade laboral (69,6%). A média de anos de escolaridade foi de 13,46 anos (DP = 5,53). Não foi encontrada uma associação significativa entre sexo e relatos de piora de memória. Ainda assim, é possível verificar que existem proporcionalmente, mais mulheres (64%) com alterações do que homens (42,1%). A atividade laboral também não indicou associação significativa com queixas de memória. As donas de casa foram as que apresentaram proporcionalmente maior número de queixa (66,7%).

Na Tabela 1, verifica-se as correlações entre os itens do Questionário de Saúde (QS) e as variáveis cognitivas. O MEEM, AAVD, MEM PT, RPA e o WSNL

não apresentaram correlação estatisticamente significativa. A FAB se correlacionou negativamente com o QS 1 ($r = -0,24$; $p < 0,05$). A QMPR Prospectiva, Retrospectiva e total apresentaram correlações significativas e negativas com QS 3, QS 4 QS 5.1, QS 6.1, e QS 7.2, e correlações significativas positivas com QS1, QS 5.2 e QS 7.2 as correlações variaram entre 0,24 a 0,47. A medida HADS-A só não apresentou correlação significativa com a QS 2, sendo que as relações foram negativas para QS 3, QS 4, QS 5.1, QS 6.1, QS 7.1, QS 8 e QS 9 e positivas para QS 1, QS 5.2, QS 6.2 e QS 7.2. Para a variável HASD D as correlações significativas apresentaram o mesmo padrão de direção e intensidades próximas, a exceção foram para os itens QS 7.1 e QS 7.2 que não apresentaram significância estatística. As variáveis de memória (MEM LOG RLI, RPI e RPT) apresentaram correlações positivas com QS 5.1 e negativas com QS 5.2. A última variável que apresentou correlação significativa e positiva foi a Animais com o QS 6.1.

Inserir Tabela 1

A Tabela 2 estabelece as comparações entre relatos de piora da memória e sem piora de memória com as variáveis cognitivas do estudo. Os idosos com queixas de memória apresentaram significativamente maiores queixas de memória prospectiva, sintomatologia depressiva e pior desempenho na memória operacional.

Inserir Tabela 2

A Tabela 3 revela o modelo bivariado de regressões de variáveis cognitivas na presença de queixas de memória. Os resultados mostram que a prevalência de queixas aumenta quando as pontuações do QMPR prospectiva, QMPR total e HADS D aumentam, e diminui quando as pontuações do WSLN aumentam. Com base nesse modelo, testou-se um modelo multivariado, permanecendo no modelo as que apresentaram significância maior ou igual a 0,05 (método de permanência *stepwise*).

Inserir Tabela 3

Discussão

Neste estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, percebeu-se que os itens do questionário de saúde (QS) estão relacionados intimamente com o aumento dos escores de depressão, ansiedade e queixas de memória prospectiva; que outros itens também se correlacionaram com o teste de memória lógica; e que os itens atribuídos à percepção dos familiares acerca da memória do idoso e dos problemas causados na família, além de terem se correlacionado com os anteriormente citados, fizeram correlação com o questionário de avaliação frontal e com o de memória semântica.

Reportando-se aos dados demográficos, não foram encontradas diferenças significativas entre os homens e as mulheres que relataram a piora de suas memórias ao longo dos anos. No entanto, percebe-se um número maior de mulheres que trazem essas queixas. Portanto, esse estudo consolida a pesquisa que Juncos-Rabadan et al. (2012) realizaram com 580 adultos de 50 anos ou mais, sem diagnóstico de demência e que apresentavam queixas de memória, no qual chegaram a mesma conclusão, relacionada a gênero.

O segundo item do questionário de saúde, que aborda a percepção dos idosos em relação a sua memória hoje, não faz correlação com nenhum dos questionários e escalas utilizadas na pesquisa. Isso pode ter ocorrido devido ao comprometimento da metacognição na opinião dos idosos. Sobre esse assunto, em seus estudos sobre queixas de memória em idosos, Benito-León et al. (2010) e Mitchell (2008 a ou b) afirmam que os idosos não reconheciam suas dificuldades de memória e por isso não traziam queixas. Além disso, argumentam esses autores, os resultados nos testes objetivos de memória foram os esperados para sua idade,

dificultando mais ainda a fidedignidade das informações coerentes, quando comparadas às colhidas através de seus familiares.

Reid e MacLulich (2006) afirmam que a dificuldade dos idosos em classificar suas memórias subjetivas de maneira coerente, deve-se ao fato da maioria deles já ter chegado na fase de aposentadoria e assim, modificado toda a sua rotina diária, ou seja, diminuindo o uso de calendário, agendas e compromissos fixos. Esse autor explica ainda, que essa redução na rotina é um motivo para os idosos se queixarem de suas memórias subjetivas e ressalta que medidas de avaliar a memória subjetiva devem incluir níveis de gravidade, para que a avaliação traga resultados mais fidedignos.

Em um estudo realizado com idosos brasileiros saudáveis com e sem queixas subjetivas de memória, a presença dessas dificuldades não foi associada a comprometimento objetivo de memória ou a outros déficits cognitivos neste grupo de indivíduos (Caramelli & Beato, 2008). Esses achados confirmam os resultados aqui encontrados, os quais, tanto os idosos que relataram piora da memória nos últimos cinco anos, quanto os que não relataram, não trouxeram resultado de associação entre queixas de memória com nenhum dos testes cognitivos aplicados.

Verificou-se no presente estudo, ao buscar associação entre as queixas de memória subjetiva com as dificuldades de memória prospectiva e retrospectiva, uma relação estatisticamente significativa entre as queixas prospectivas. Esse resultado corrobora com o estudo realizado com idosos feito por Foley (2007). Ela realizou uma pesquisa com 40 idosos, onde vinte eram saudáveis e os outros vinte tinham CCL. Ao avaliar os prejuízos que a memória prospectiva e retrospectiva poderiam causar em ambos os grupos, percebeu-se que a memória prospectiva era mais afetada que a retrospectiva, no grupo de idosos saudáveis.

O presente estudo, mostra que houve uma correlação bastante significativa entre as pessoas que se queixavam de suas memórias e os resultados obtidos na escala que avaliou sintomas de depressão nos idosos. Foi encontrado que, quanto mais queixas de memória os idosos tinham, mais alto era seu índice de depressão, através de dados colhidos utilizando-se a escala HADS D. Outros estudos encontraram resultado similar (Buckley et al., 2013; Dux et al., 2008; Hurt, Burns & Barrowclough 2011; Sachs-Ericsson et al., 2008).

No que se refere ao desempenho dos idosos nos testes, o grupo que apresentou piora nas queixas de memória teve desempenho semelhante nas avaliações, todavia o grupo com queixas apresentou maior escore de depressão do que o grupo sem queixas. Tais resultados podem indicar que as suas queixas de memória são decorrentes da depressão e não de um déficit cognitivo. Estes resultados estão na linha dos achados de outros estudos (Balash et al., 2013; Balash et al., 2010; Dux et al., 2008; Kim et al. 2003).

Neste trabalho, apesar do número de participantes poder ser entendido como fator limitante, os resultados estatísticos se apresentaram como adequados e válidos.

Estes resultados tornam-se relevantes devido à possibilidade de promover uma maior conscientização dos idosos acerca do assunto e, ao mesmo tempo, motivação para uma terapêutica preventiva mais eficiente, visto que, conforme ficou comprovado, os componentes afetivos favorecem muito mais as queixas de memória subjetiva, do que os componentes cognitivos. Em síntese, cuidar da depressão e estimular a memória dos idosos, traz como consequência maiores oportunidades de obter melhor qualidade de vida com longevidade saudável.

REFERÊNCIAS

- Abrisqueta-Gomez, J. (2013). Memória e envelhecimento cognitivo saudável. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Conseza, R. M. (Eds). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 171–196). Porto Alegre: Editora ARTMED.
- Amariglio, R. E., Townsend, M. K., Grodstein, F., Sperling, R. A., & Rentz, D. M. (2011). Specific Subjective Memory Complaints in Older Persons May Indicate Poor Cognitive Function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), 1612–1617. Recuperado em março, 8, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03543.x
- Ávila, R. & Bottino, C. M. C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 316-320. Recuperado em março, 8, 2015, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.1590/s1516-44462006000400013
- Balash, Y., Mordechovich, M., Shabtai, H., Giladi, N., Gurevich, T., & Korczyn, A. D. (2013). Subjective memory complaints in elders: depression, anxiety, or cognitive decline? *Acta Neurologica Scandinavica*, 127(5), 344–350. Recuperado em março, 8, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1111/ane.12038
- Balash, Y., Mordechovich, M., Shabtai, H., Merims, D., & Giladi, N. (2010). Subjective memory decline in healthy community-dwelling elders. What does this complain mean? *Acta Neurologica Scandinavica*, 121(3), 194–197. Recuperado em março, 8, 2015, disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com>>. doi: 10.1111/j.1600-0404.2009.01159.x
- Beato, R. G., Nitrini, R., Formigoni, A. P., & Caramelli P. (2007). Brazilian version of the Frontal Assessment Battery (FAB). *Dementia e Neuropsychologia*, 1, 59-65. Disponível em <<http://demneuropsychy.com.br/imageBank/PDF/dnv01n01a09.pdf>>
- Benites, D. & Gomes, W. B. (2007). Tradução, adaptação e validação preliminar do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). *Psico-USF*, 112(1), 45-54. Recuperado em fevereiro, 20, 2015, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.1590/S1413-82712007000100006
- Benito-León, J., Mitchell, A. J., Vega, S., & Bermejo-Pareja, F. (2010). A population-based study of cognitive function in older people with subjective memory complaints. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22(1), 159–170. Recuperado em março, 8, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.3233/JAD-2010-100972

- Blanco-Campal, A., Coen, R.T. F., Lawlor, B. A., Walsh, J.B., & Burke, T.E. (2009). Detection of prospective memory deficits in mild cognitive impairment of suspected Alzheimer's disease etiology using a novel event-based prospective memory task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 154–159. Recuperado em março, 18, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1017/S1355617708090127
- Bressan, L. A., Vale, F. de A. C., & Speciali, J. G. (2007). The daily life of patients with dementia. A comparative study between the information provided by the caregiver and direct patient assessment. *Dementia & Neuropsychologia*, 1(3), 288–295. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339528999009>>
- Brucki, S. M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(3B), 777–81. Recuperado em fevereiro, 4, 2015, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.1590/S0004-282X2003000500014
- Buckley, R., Saling, M. M., Ames, D., Rowe, C. C., Lautenschlager, N. T., Macaulay, S. L., ... (2013). Factors affecting subjective memory complaints in the AIBL aging study: biomarkers, memory, affect, and age. *International Psychogeriatrics*, 25(08), 1307–1315. Recuperado em março, 18, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1017/S1041610213000665
- Canineu, P. R. Depressão no idoso. (2007). In: Papaléo Netto, M. (Ed). *Tratado de gerontologia* (pp. 293 – 300). São Paulo: Editora Atheneu.
- Caramelli, P. & Beato, R. G. (2008). Subjective memory complaints and cognitive performance in a sample of healthy elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 2(1), 42–45. Recuperado em janeiro, 4, 2015, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.6061/clinics/2014(03)09
- Duarte, L. R. S. (1999). Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 2, 35-47. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/revenvelhecer/article/download/5473/3109>>
- Dux, M. C., Woodard, J. L., Calamari, J. E., Messina, M., Arora, S., Chik, H., & Pontarelli, N. (2008). The moderating role of negative affect on objective verbal memory performance and subjective memory complaints in healthy older adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(02), 327–336. Recuperado em março, 18, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1017/S1355617708080363.

- Foley, J.A. (2007). *Retrospective and prospective memory in healthy and cognitively impaired older adults: Using subjective and objective assessment*. (Tese de doutorado). Disponível em <<https://www.era.lib.ed.ac.uk/handle/1842/2205>>
- Ginó, S., Mendes, T., Maroco, J., Ribeiro, F., Schmand, B. A., de Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2010). Memory Complaints Are Frequent but Qualitatively Different in Young and Elderly Healthy People. *Gerontology*, 56(3), 272–277. Recuperado em dezembro, 15, 2014, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1159/000240048
- Hohman, T. J., Beason-Held, L. L., Lamar, M., & Resnick, S. M. (2011). Subjective cognitive complaints and longitudinal changes in memory and brain function. *Neuropsychology*, 25(1), 125–130. Recuperado em dezembro, 15, 2014, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1037/a0020859
- Hurt, C. S., Burns, A., & Barrowclough, C. (2011). Perceptions of memory problems are more important in predicting distress in older adults with subjective memory complaints than coping strategies. *International Psychogeriatrics*, 23(08), 1334–1343. Recuperado em fevereiro, 15, 2014, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1017/S104161021100038X
- Juncos-Rabadn, O., Pereiro, A. X., Facal, D., Rodriguez, N., Lojo, C., Caamao, J. A., ... Eiroa, P. (2012). Prevalence and correlates of cognitive impairment in adults with subjective memory complaints in primary care centres. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33(4), 226. Recuperado em fevereiro, 15, 2014, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1159/000338607
- Kim, J., Stewart, R., Shin, H – S., Choi, S. & Yoon, J. (2003). Subjective Memory Impairment, Cognitive Function and Depression – A community study in older Koreans. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, v.15, p. 218 – 225. Recuperado em março, 8, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1159/000068783
- Ling, J., Campbell, C., Heffernan, T. M., & Greenough, C. G. (2007). Short-term Prospective Memory Deficits in Chronic Back Pain Patients. *Psychosomatic Medicine*, 69(2), 144–148. Recuperado em março, 8, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1097/PSY.0b013e31802e0f22
- Marcolino, J. A. M., Suzuki, F. M., Alli, L. A. C., Gozzani, J. L., Mathias, L. A. S. T. (2007). Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 157-166. Recuperado em

janeiro, 4, 2015, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.1590/s0034-70942007000200004

- Minett, T. S. C., Da Silva, R. V., Ortiz, K. Z., & Bertolucci, P. H. F. (2008). Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 49–54. Recuperado em março, 10, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1002/gps.1836
- Mitchell, A. J. (2008). Is it time to separate subjective cognitive complaints from the diagnosis of mild cognitive impairment? *Age and Ageing*, 37(5), 497–499. Recuperado em março, 10, 2015, disponível em <<http://www.academia.edu>> doi: 10.1093/ageing/afn147
- Mitchell, A. J. (2008). The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1191–1202. Recuperado em março, 10, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1002/gps.2053
- Mol, M. E. M., van Boxtel, M. P. J., Willems, D., & Jolles, J. (2006). Do subjective memory complaints predict cognitive dysfunction over time? A six-year follow-up of the Maastricht Aging Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(5), 432–441. Recuperado em janeiro, 20, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1002/gps.1487
- Mol, M. E. M., Ruiter, R. A. C., Verhey, F. R. J., Dijkstra, J., & Jolles, J. (2008). A study into the psychosocial determinants of perceived forgetfulness: implications for future interventions. *Aging & Mental Health*, 12(2), 167–176. Recuperado em março, 8, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1080/13607860801972503
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A., & Maestú, F. (2011). 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 & Mental Health*, 15(1), 85–96. Recuperado em março, 14, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1080/13607863.2010.501062
- Paulo, D. L. V. & Yassuda, M. S. (2009). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín*, 37(1), 23–6. Recuperado em janeiro, 4, 2015, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.1590/S0101-60832010000100005
- Radford, K. A., Lah, S., Say, M. J., & Miller, L. A. (2011). Validation of a New Measure of Prospective Memory: The Royal Prince Alfred Prospective Memory Test. *The Clinical*

- Neuropsychologist*, 25(1), 127–140. Recuperado em maio, 14, 2014, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1080/13854046.2010.529463
- Reid, L. M., & MacLulich, A. M. J. (2006). Subjective Memory Complaints and Cognitive Impairment in Older People. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 471–485. Recuperado em dezembro, 14, 2014, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1159/000096295
- Ribeiro, A. M. & Conseza, R. M. (2013). Envelhecimento normal do sistema nervoso. In: Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Conseza, R. M. (Eds). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 78-99). Porto Alegre: Editora ARTMED.
- Rodrigues, A. B., Yamashita, E. T., & Chiappetta, A. (2008). Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. *Rev CEFAC*, 10(4), 443–51. Recuperado em janeiro, 4, 2015, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.1590/S1516-18462008000400004
- Sachs-Ericsson, N., Joiner, T., & Blazer, D. G. (2008). The influence of lifetime depression on self-reported memory and cognitive problems: Results from the National Comorbidity Survey–Replication. *Aging & Mental Health*, 12(2), 183–192. Recuperado em fevereiro, 13, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1080/13607860801951739
- Van Oijen, M., de Jong, F. J., Hofman, A., Koudstaal, P. J., & Breteler, M. M. B. (2007). Subjective memory complaints, education, and risk of Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s & Dementia*, 3(2), 92–97. Recuperado em fevereiro, 1, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. doi: 10.1016/j.jalz.2007.01.011
- Verdelho, A.; Madureira, S.; Moleiro, C.; Santosa, C. O. et al. (2011). Self-Perceived Memory Complaints Predict Progression to Alzheimer Disease. The LADIS Study. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 27, 491–498. Recuperado em fevereiro, 1, 2015, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>.doi: 10.3233/JAD-2011-110494.
- Wechsler, D. (1997). *WAIS-III: Escala de inteligência Wechsler para adultos – manual David Wechsler*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Williams, J. M. (1991). *Memory assessment scales professional manual*. Odessa, Florida: *Psychological Assessment Resources*.
- Wilson, B. A. (2011). *Reabilitação da memória: integrando teoria e prática*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Tabela 1. Correlatos entre variáveis cognitivas e QS

	QS 1	QS 2	QS 3	QS 4	QS 5.1	QS 5.2	QS 6.1	QS 6.2	QS 7.1	QS 7.2	QS 8	QS 9
MEEM	-0,10	-0,03	0,08	-0,05	-0,09	0,15	-0,07	0,06	-0,05	0,02	0,14	-0,01
FAB	-0,24*	0,19	0,10	0,01	0,13	-0,08	0,10	-0,09	0,07	-0,15	0,22	0,05
AAVD	0,13	-0,18	-0,05	-0,17	-0,14	0,18	-0,15	0,14	0,05	0,07	-0,10	-0,13
QMPR PROSPECTIVA	0,49**	-0,20	-0,41**	-0,24*	-0,33**	0,41**	-0,47**	0,47**	-0,20	0,31**	-0,20	-0,17
QMPR RETROSPECTIVA	0,43**	-0,18	-0,34**	-0,30*	-0,27*	0,34**	-0,45**	0,44**	-0,20	0,35**	-0,07	-0,13
HADS A	0,28*	-0,20	-0,33**	-0,30*	-0,34**	0,39**	-0,39**	0,41**	-0,39**	0,30*	-0,29*	-0,30*
HADS D	0,28*	-0,22	-0,32**	-0,29*	-0,42**	0,47**	-0,36**	0,41**	-0,15	0,15	-0,39**	-0,33**
MEM LOG RLI	-0,13	0,09	0,20	0,18	0,34**	-0,27*	0,23	-0,21	0,13	-0,22	0,10	0,13
MEM LOG RPI	-0,06	0,12	0,10	0,12	0,24*	-0,25*	0,18	-0,18	-0,01	-0,09	0,07	-0,01
MEM LOG RLT	0,05	0,15	0,122	0,04	0,27*	-0,24*	0,21	-0,21	0,01	-0,14	0,16	0,09
MEM RPT	-0,04	0,11	0,11	0,08	0,17	-0,18	0,17	-0,17	0,07	-0,19	0,11	0,03
Animais	0,02	0,13	0,012	0,08	0,19	-0,21	0,25*	-0,22	-0,09	0,03	0,13	0,01
RPA T	-0,01	-0,03	0,091	-0,09	-0,11	0,05	0,06	-0,05	-0,20	0,21	0,02	0,12
WSLN	0,03	0,01	0,23	0,12	0,17	0,15	0,03	0,07	0,10	-0,11	0,07	-0,04

* p < 0,05; ** p < 0,01 Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; FAB = Bateria de Avaliação Frontal; AAVD= Avaliação de Atividades da Vida Diária; QMPR= Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva; HADS= Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; MEM LOG RLI = Memória Lógica Recordação Livre Imediata; MEM LOG RPI = Memória Lógica Recordação com Pista Imediata; MEM LOG RLT = Memória Lógica Recordação Livre Tardia; MEM LOG RPT = Memória Lógica Recordação com Pista Tardia; RPA= Royal Prince Alfred; WSLN= Subteste do WAIS – III (Sequência de Números e Letras).

Tabela 2. Comparações entre relatos de piora na memória e variáveis cognitivas

		Média (DP)	t (gl)	Sig. (bi-caudal)	IC (95%)
MEEM	Sem relato de piora	26,00 (DP = 2,56)	1,04 (67)	0,29	-0,63 2,03
	Relataram piora	25,30 (DP = 2,85)			
AAVD	Sem relato de piora	2,55 (DP = 5,04)	0,02 (67)	0,97	-2,01 2,06
	Relataram piora	2,53 (DP = 3,44)			
FAB	Sem relato de piora	15,62 (DP = 2,49)	0,24 (67)	0,80	-1,19 1,53
	Relataram piora	15,45 (DP = 3,01)			
QMPR PROSPECTIVA	Sem relato de piora	15,44 (DP = 4,79)	-2,06 (67)	0,04	-5,85 -0,09
	Relataram piora	18,42 (DP = 6,61)			
QMPR RETROSPECTIVA	Sem relato de piora	13,28 (DP = 3,99)	-1,33 (67)	0,18	-3,87 0,77
	Relataram piora	14,83 (DP = 5,27)			
HADS A	Sem relato de piora	5,21 (DP = 4,18)	-1,69 (67)	0,09	-3,85 0,31
	Relataram piora	6,98 (DP = 4,34)			
HADS D	Sem relato de piora	4,28 (DP = 3,67)	-2,04 (67)	0,04	-3,94 -0,05
	Relataram piora	6,28 (DP = 4,21)			
MEM LOG RLI	Sem relato de piora	5,03 (DP = 1,84)	1,09 (67)	0,27	-0,35 1,22
	Relataram piora	4,60 (DP = 1,44)			
MEM LOG RPI	Sem relato de piora	6,10 (DP = 1,85)	0,35 (67)	0,72	-0,70 1,01
	Relataram piora	5,95 (DP = 1,69)			
MEM LOG RLT	Sem relato de piora	5,21 (DP = 1,89)	0,64 (67)	0,52	-0,58 1,15
	Relataram piora	4,93 (DP = 1,70)			
MEM RPT	Sem relato de piora	6,24 (DP = 1,66)	0,29 (67)	0,77	-0,68 0,91
	Relataram piora	6,13 (DP = 1,63)			
RPA T	Sem relato de piora	7,96 (DP = 2,86)	0,31 (67)	0,75	-1,14 1,57
	Relataram piora	7,75 (DP = 2,74)			

Animais	Sem relato de piora	15,41 (DP = 4,70)	-0,61 (67)	0,54	-3,33	1,75
	Relataram piora	16,20 (DP = 5,57)				
WSLN	Sem relato de piora	8,76 (DP = 2,79)	2,24 (67)	0,02	0,16	2,70
	Relataram piora	7,33 (DP = 2,47)				

Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; FAB = Bateria de Avaliação Frontal; AAVD= Avaliação de Atividades da Vida Diária; QMPR= Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva; HADS= Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; MEM LOG RLI = Memória Lógica Recordação Livre Imediata; MEM LOG RPI = Memória Lógica Recordação com Pista Imediata; MEM LOG RLT = Memória Lógica Recordação Livre Tardia; MEM LOG RPT = Memória Lógica Recordação com Pista Tardia; RPA= Royal Prince Alfred; WSLN= Subteste do WAIS – III (Sequência de Números e Letras).

Tabela 3. Modelo bivariado de fatores associados às queixas de memória

	B	Erro padrão de B	Wald Chi-Square	g/	Sig.	RP bruta	IC 95%	
							Inferior	Superior
MEEM	-0,04	0,03	1,29	1	0,26	0,96	0,90	1,03
AAVD	-0,01	0,02	0,01	1	0,98	1,00	0,95	1,05
FAB	-0,01	0,03	0,07	1	0,78	0,99	0,92	1,06
QMPR PROSPECTIVA	0,03	0,01	6,57	1	0,01	1,03	1,01	1,06
QMPR RETROSPECTIVA	0,03	0,02	2,31	1	0,13	1,03	0,99	1,06
HADS A	0,04	0,02	2,76	1	0,10	1,04	0,99	1,08
HADS D	0,04	0,02	4,76	1	0,03	1,05	1,00	1,09
MEM LOG RLI	-0,07	0,06	1,26	1	0,26	0,93	0,83	1,05
MEM LOG RPI	-0,02	0,06	0,13	1	0,72	0,98	0,87	1,10
MEM LOG RLT	-0,04	0,06	0,40	1	0,52	0,96	0,85	1,08
MEM LOG RPT	-0,02	0,06	0,09	1	0,77	0,98	0,87	1,11
RPA T	-0,01	0,04	0,10	1	0,75	0,99	0,92	1,06
Animais	0,01	0,02	0,44	1	0,51	1,01	0,98	1,05
WSLN	-0,08	0,03	5,60	1	0,02	0,92	0,85	0,98

Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; FAB = Bateria de Avaliação Frontal; AAVD= Avaliação de Atividades da Vida Diária; QMPR= Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva; HADS= Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; MEM LOG RLI = Memória Lógica Recorção Livre Imediata; MEM LOG RPI = Memória Lógica Recorção com Pista Imediata; MEM LOG RLT = Memória Lógica Recorção Livre Tardia; MEM LOG RPT = Memória Lógica Recorção com Pista Tardia; RPA= Royal Prince Alfred; WSLN= Subteste do WAIS – III (Sequência de Números e Letras).