

## Queixas subjetivas de memória em pessoas idosas: análise de clusters

Patricia do Nascimento Tavares

Patricia Waltz Schelini

### RESUMO

As queixas subjetivas de memória consistem em problemas de desempenho de memória, sem comprometimento objetivo, e atribuídas a sintomatologia depressiva. O presente estudo objetivou verificar se diferentes subgrupos de pessoas idosas apresentam diferenças em relação à percepção subjetiva de memória, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde. Participaram 44 pessoas idosas (a partir de 60 anos de idade), saudáveis, residentes em São Caetano do Sul (SP). Para captar os conhecimentos, percepções e sentimentos sobre memória, utilizamos o Questionário de Queixas Subjetivas de Memória para avaliação de transtornos mentais, a Escala de Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade Geriátrica. A análise de clusters revelou três perfis distintos. O primeiro (indivíduos mais velhos) apresentou queixas de memória, mas sem sintomas depressivos ou ansiosos. O segundo grupo (participantes mais jovens) exibiu o maior número de queixas, associado a piores indicadores de saúde, maior número de doenças, sintomas depressivos e ansiosos. O terceiro grupo (idade intermediária) apresentou melhor avaliação de saúde, ausência de sintomas psiquiátricos e baixa ocorrência de queixas. Conclui-se que entre as pessoas idosas mais jovens, as queixas subjetivas de memória estão associadas à presença de sintomas depressivos, enquanto entre os participantes mais velhos, estas refletem um prejuízo esperado devido ao envelhecimento.

*Palavras-chave:* Velhice, memória, cognição.

### ABSTRACT

#### Subjective memory complaints in elderly people: cluster analysis

Subjective memory complaints refer to self-reported issues regarding memory performance. Among individuals who present such complaints but show no objective cognitive impairment, these complaints are often attributed to depressive symptoms. In light of this, the present study aimed to investigate whether different subgroups of older adults, classified by age, exhibit distinct behaviors related to subjective memory perception, based on sociodemographic and health variables. The sample consisted of 44 healthy older adults aged 60 and over, residing in the city of São Caetano do Sul, São Paulo. To assess participants' knowledge, perceptions, and feelings about memory, the Subjective Memory Complaints Questionnaire was administered. In addition, the Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory were used to assess symptoms of depression and anxiety, respectively. Cluster analysis revealed three distinct profiles. The first group, composed of older individuals, reported memory complaints but exhibited no depressive or anxious symptoms. The second group, consisting of younger participants, showed the highest number of complaints, along with poorer health indicators, a greater number of medical conditions, and symptoms of depression and anxiety. The third group, with intermediate age, presented better health evaluations, no psychiatric symptoms, and a low occurrence of memory complaints. In conclusion, among the younger older adults, subjective memory complaints were associated with the presence of depressive symptoms, whereas among the oldest participants, the complaints reflected an expected decline in memory performance due to aging.

*Keywords:* Old age, memory, cognition.

### Sobre os Autores

P. N. T.  
orcid.org/0009-0009-9704-1979  
Universidade Federal de São  
Calors (UFSCar) - São Carlos, SP  
patricia\_ntavares@hotmail.com

P. W. S.  
orcid.org/0000-0002-7326-7086  
Universidade Federal de São  
Calors (UFSCar) - São Carlos, SP  
pws@ufscar.br

### Direitos Autorais

Este é um artigo aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



No curso do envelhecimento, o declínio da memória é (Montejo Carrasco et al., 2017). Queixas subjetivas de uma queixa frequente e comum entre pessoas idosas memória (QSM) são relatos de problemas ou alterações de

memória (Warren et al., 2022) produzidos pelos indivíduos acerca de déficits observados por estes em seu desempenho de memória (Abner et al., 2015), em comparação a níveis anteriores de funcionamento cognitivo normal.

As QSM impactam negativamente a vida de pessoas idosas, visto que estão associadas a pior qualidade de vida (Montejo et al., 2014), incapacidade funcional (Ogata et al., 2015), sintomatologia depressiva (Balash et al., 2013; Kim & Lee, 2022; Sousa et al., 2015), pior qualidade do sono (Kang et al., 2017), multimorbidade, polifarmácia, maior uso de serviços de saúde e dor (Aarts et al., 2011; Franco et al., 2022; Pedro et al., 2016). Embora nem sempre as QSM estejam associadas a prejuízos cognitivos observáveis por meio da avaliação neuropsicológica (Steinberg et al., 2013), sua investigação é de grande relevância no campo do envelhecimento, haja vista associação com comprometimento cognitivo leve (CCL) e demência (Pike et al., 2022).

Nesse sentido, a investigação acerca das QSM demanda uma compreensão mais ampla acerca da estrutura e funcionamento da memória humana, descrita na literatura especializada como um sistema modular, composto por subsistemas especializados (Ferbinteanu, 2019). Considerando que a associação entre QSM e desempenho objetivo em memória não está bem estabelecida, uma compreensão da memória enquanto sistema modular, possibilita o reconhecimento de diferentes perfis de QSM e explica, como as referidas queixas, coexistem com desempenho cognitivo preservado, como reportado em alguns estudos (Fyock & Hampstead, 2015).

Ao reconhecer as QSM como fenômeno multifatorial e preditivo de prejuízo cognitivo, a Academia Brasileira de Neurologia (ABN), estabelece que o diagnóstico diferencial entre declínio cognitivo subjetivo (DCS), o qual não se limita ao caráter amnésico como observado em relação às QSM, CCL e demência (Smid et al., 2022) deve considerar fatores como escolaridade, uso de medicamentos e sintomas psiquiátricos. Outrossim, evidências sugerem que na ausência de comprometimento objetivo, as QSM podem ser manifestações de sintomatologia depressiva (Balash et al., 2013). Argumenta-se que indivíduos deprimidos têm maior probabilidade de desenvolver demência, de modo que o pior desempenho cognitivo observado seja reflexo de um processo neurodegenerativo em andamento.

Dados disponíveis na literatura (Kim & Lee, 2022) revelam que os sintomas depressivos atuam como indicadores de DCS na velhice. É possível que indivíduos com percepção de prejuízos em sua capacidade de memória possam vivenciar, concomitantemente, a diminuição de outras funções com a progressão da idade, culminando na deterioração do bem-estar emocional ou mesmo, que a preocupação quanto ao significado desse declínio, oportunize a ocorrência de sintomas depressivos (Mogle et al., 2020).

Considerando o exposto, o presente estudo teve por objetivo verificar se diferentes subgrupos de pessoas idosas, formados de acordo com a idade, apresentam diferentes resultados de desempenho, por meio do autorrelato ao questionário de percepção subjetiva de memória, variáveis sociodemográficas e de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, com corte transversal e de levantamento de dados. A pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016. O protocolo de estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), por meio da Plataforma Brasil – Ministério da Saúde, sendo concedida aprovação para realização do estudo por meio de parecer número 6.063.301 e CAAE 68054323.2.0000.5504.

## PARTICIPANTES

Os dados de 48 pessoas idosas foram coletados, sendo excluídas informações de quatro participantes que não completaram os instrumentos de avaliação cognitiva. Assim, a amostra final foi constituída por 44 participantes, com idade superior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, sem limitações físicas, sem graves problemas de visão e audição, nem comprometimento de funções cognitivas, que prejudicassem a compreensão das atividades propostas.

Os participantes eram residentes no município de São Caetano do Sul (São Paulo, Brasil), e frequentavam uma das três unidades do Centro Integrado de Saúde e Educação (CISE). A gestão do CISE é realizada pela Coordenadoria Municipal da Terceira Idade (Comtid) que integra a Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul.

A Comtid tem como objetivo garantir a execução de políticas públicas específicas para a promoção e preservação da saúde mental e física da população idosa. Participa das decisões governamentais relacionadas aos interesses desta parcela da população, e estimula a realização de estudos, pesquisas e campanhas que visam a melhoria das condições de vida de pessoas em processo de envelhecimento.

Dentre os participantes, 39 relataram uso regular de medicamentos, os quais foram agrupados nas seguintes categorias terapêuticas: cardiovasculares (79,5%), endócrinos e metabólicos (76,9%), do sistema nervoso central (25,6%), vitaminas, minerais e suplementos (25,6%), do trato gastrointestinal (5,1%), respiratórios (5,1%), imunomoduladores/reumatológicos (2,6%), da saúde óssea (2,6%) e de uso diverso (2,6%).

Entre os fármacos de ação no sistema nervoso central, dois participantes indicaram o uso de medicamentos com propriedades anticolinérgicas (amitriptilina e cloridrato de

nortriptilina), frequentemente prescritos no tratamento de transtornos depressivos e associados, na literatura, a riscos potenciais de demência em populações idosas (Coupland et al., 2019). Ainda, três participantes relataram histórico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses que antecederam a coleta de dados. A depressão foi a condição mais prevalente entre esses casos ( $n = 3$ ), enquanto a ansiedade foi referida por apenas um participante, concomitantemente ao diagnóstico de depressão.

## INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Após o consentimento do participante, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletados dados sociodemográficos e informações de saúde por meio de um questionário semiestruturado. Para avaliação neuropsicológica, foram utilizados os instrumentos a seguir:

**Mini Exame do Estado Mental (MEEM):** instrumento de rastreio cognitivo, que permite uma avaliação global da cognição (Folstein et al., 1975; Spedo et al., 2018), utilizado para triagem dos participantes.

**Escala de Depressão Geriátrica (GDS):** instrumento de triagem amplamente utilizado para detecção de depressão na velhice (Yesavage et al., 1982), com estudo de validação para aplicação na população brasileira (Almeida & Almeida, 1999). Consiste em uma escala dicotômica, com 15 itens, sendo o melhor ajuste para uso do ponto de corte 4/5 pontos.

**Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI):** utilizado para detecção do Transtorno de Ansiedade Generalizada, conforme critérios diagnósticos estabelecidos no DSM-IV (Pachana et al., 2007). O instrumento é composto por 20 itens, com um ponto de corte de 10/11 pontos para o transtorno. A versão brasileira do instrumento apresentou alta consistência interna, com alfa de Cronbach = 0,91 e confiabilidade teste-reteste forte e significativa (alfa=0,85;  $p < 0,001$ ; Massena et al., 2015).

**Questionário de Queixas Subjetivas de Memória (MAC-Q):** utilizado para avaliação da memória subjetiva (Crook et al., 1992; Mattos et al., 2003). O questionário contém seis proposições, com cinco opções de resposta, e compara a habilidade atual do indivíduo em tarefas que envolvem memória com sua capacidade mnemônica aos 18 e 20 anos de idade. O escore total varia de 7 a 35 pontos, de modo que quanto maior o escore, maior a intensidade da queixa relacionada à percepção de memória.

As avaliações foram realizadas individualmente pela pesquisadora responsável em sala/consultório disponibilizado em cada CISE. Todos os dados foram coletados em um único encontro e a aplicação dos instrumentos teve duração aproximada de uma hora. O período de coleta compreendeu os meses de julho a novembro de 2023.

## PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica do Microsoft Office 365. A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk, verificando-se distribuição não normal para as variáveis número de doenças ( $p=0,005$ ), quantidade de medicamentos ( $p=0,006$ ), sintomas depressivos ( $p > 0,0001$ ) e ansiedade ( $p=0,006$ ). O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5%.

Com objetivo de explorar a variabilidade intragrupo segundo as diferenças etárias, foi utilizado o método de análise de clusters (Halkidi et al., 2001). Inicialmente, recorreu-se a uma análise exploratória, por meio da técnica de cluster hierárquica, utilizando-se a medida de intervalo da distância euclidiana quadrada. Posteriormente, foi realizada análise de cluster confirmatória, através do método K-means, até a solução final, constituída por três grupos distintos.

Por fim, foram calculadas as médias, os desvios-padrão e as diferenças de médias das variáveis numéricas estudadas, por meio da ANOVA one-way e o Teste Post-Hoc de Bonferroni. A estimativa do tamanho do efeito foi calculada através do Ômega ao Quadrado ( $\omega^2$ ). Ressalta-se que o pressuposto de homogeneidade das variâncias para as variáveis escolaridade e sintomas depressivos (GDS) foi violado. Nestes casos, foi utilizada a correção de Welch.

O Teste de Qui-Quadrado e, quando necessário, o Teste Exato de Fisher, foi utilizado para avaliar a relação entre cada cluster e as variáveis sociodemográficas e de saúde. Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente.

## RESULTADOS

A solução com três clusters foi selecionada a partir da análise de cluster exploratória. Os grupos diferem significativamente em relação à idade, número de anos de escolaridade, presença de sintomas depressivos, presença de sintomas de ansiedade e percepção subjetiva de memória. O *cluster 1* é constituído por 11 indivíduos, sendo este o grupo etário mais velho. Os participantes deste grupo apresentam o menor nível educacional, em média, 4,13 anos de estudo, e fazem uso, em média, de quatro medicamentos. Sintomas de ansiedade ou depressão não estão presentes nos indivíduos desse grupo. Todavia, referem QSM.

O *cluster 2*, por sua vez, agrega o maior número de participantes ( $N=23$ ), sendo este o grupo composto pelos participantes mais jovens. Se caracteriza pelo grupo de participantes com pior avaliação de saúde, apresentando sintomas leves de depressão e ansiedade. Além disso, referem uma quantidade maior de doenças e pior avaliação

de memória a partir do autorrelato. Apresentam nível de escolaridade elevada, em média, 13 anos de estudos.

O *cluster 3* é o menor (N=9), e contempla os participantes com idade intermediária. Os participantes desse grupo têm, em média, 15 anos de escolaridade. O grupo se caracteriza com melhor saúde, visto que apresentam, em média, duas doenças autorreferidas, fazem uso de uma menor quantidade de medicamentos, não apresentam sintomas de depressão ou ansiedade, nem referem QSM.

A associação entre os perfis de participantes identificados, variáveis sociodemográficas e de saúde também foi analisada (Tabela 1). As análises realizadas por meio do Teste *Post-Hoc* de Bonferroni, confirmam a existência de perfis distintos de participantes na amostra estudada, dado que diferenças estatisticamente significativas foram observadas em quase a totalidade das variáveis estudadas

**Tabela 1. Análise de Variância das Variáveis Sociodemográficas e de Saúde por Cluster**

Variável	Cluster 1 (N=11)	Cluster 2 (N=23)	Cluster 3 (N=9)	Estatística a
Idade	76,75 ± 4,33	66,00 ± 3,51	69,14 ± 5,34	$F_{(2,40)} = 13,26^{***}$ $\omega = 0,60$
Escolaridade	4,13 ± 2,23	12,38 ± 5,11	15,14 ± 3,43	$F_{(2,20,85)} = 51,94^{***}$ $\omega = 0,72$
Nº de Doenças	2,50 ± 1,41	3,15 ± 2,07	2,05 ± 1,65	$F_{(2,40)} = 1,64$
Nº de Medicamentos	3,88 ± 2,59	3,69 ± 2,75	2,73 ± 1,61	$F_{(2,40)} = 1,21$
GDS	3,35 ± 1,98	4,85 ± 3,53	1,77 ± 1,34	$F_{(2,14,68)} = 14,68^*$ $\omega = 0,47$
GAI	5,13 ± 3,23	13,23 ± 3,96	3,91 ± 2,41	$F_{(2,40)} = 38,79^{***}$ $\omega = 0,80$
MAC-Q	25,75 ± 4,33	28,54 ± 3,82	23,50 ± 3,89	$F_{(2,40)} = 6,68^{**}$ $\omega = 0,46$

Nota: Os resultados das variáveis são apresentados em média e desvio-padrão. F (a,b) graus de liberdade no numerador e denominador, respectivamente. p-valor: \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001.

Para complementar a caracterização dos participantes segundo os perfis identificados, foi analisada a associação com as variáveis sociodemográficas que não foram incluídas na análise inicial, conforme mostra a Tabela 2. Não houve associação significativa entre o perfil dos participantes e as variáveis estudadas, exceto escolaridade, comprovando que há associação entre escolaridade e o perfil dos participantes.

**Tabela 2. Variáveis Sociodemográficas e de Saúde por Cluster**

Variável	Cluster 1 (N=11)	Cluster 2 (N=23)	Cluster 3 (N=9)	Estatística <sup>a</sup>
<b>Estado Civil</b>				
Solteiros, divorciados e viúvos	24,2%	24,2%	51,5%	4,112
Casados		50,0%	50,0%	
<b>Residência</b>				
Sozinho	37,5%	30,8%	45,5%	0,754
Cônjuge, filhos, netos e outros	62,5%	69,2%	54,5%	
<b>Escolaridade</b>				
Até 4 anos	87,5%			49,674 <sup>***</sup>
Entre 5 e 8 anos		38,5%		
Entre 9 e 11 anos	12,5%	7,7%	22,7%	
A partir de 12 anos		53,8%	77,3%	
<b>Renda</b>				
Até 4 salários-mínimos	87,5%	46,2%	47,6%	4,282
A partir de 5 salários-mínimos	12,5%	53,8%	52,4%	

Nota: <sup>a</sup> Teste de Qui-Quadrado; Teste Exato de Fisher. \*\*\*p<0,001.

## DISCUSSÃO

As QSM foram observadas em dois perfis de participantes: entre o grupo de indivíduos longevos e entre as pessoas idosas mais jovens. Este último grupo, como exposto, também apresentou pontuações sugestivas de ansiedade e depressão.

Em asserção com a literatura gerontológica, na ausência de comprometimento cognitivo e doenças incapacitantes, as QSM parecem estar associadas à presença de sintomas psiquiátricos, como a depressão, a autopercepção de saúde e desempenho objetivo de memória (Montejo et al., 2014). Além de uma avaliação negativa quanto à autoavaliação de saúde, dados disponíveis na literatura (Pedro et al., 2016) revelam que as QSM também estão associadas a limitações funcionais, como deficiências auditivas ou visuais, dor e maior número de visitas médicas. Estas, também se correlacionam com número de doenças (multimorbidade) e medicamentos em uso.

A associação entre multimorbidade e esquecimento é reportada em outros estudos (Franco et al., 2022; Yap et al., 2020). Na investigação conduzida por Aarts et al. (2011), a associação foi mais forte no grupo de pessoas mais jovens, entre 55 e 69 anos, comparativamente àqueles com idade a partir de 70 anos. Entre os participantes que referiam três ou mais doenças, a multimorbidade foi significativamente relacionada com QSM. Os autores destacam, ainda, que os

indivíduos mais jovens por se manterem ativos profissionalmente podem perceber o ambiente como mais desafiador, face aos esquecimentos e o comprometimento da saúde, enquanto os indivíduos mais velhos podem interpretar seus esquecimentos como sendo mais comuns, justificando as diferenças etárias encontradas. É importante ressaltar que o estudo citado não apresenta informações sobre a situação de trabalho da amostra analisada, limitando a interpretação dos achados quanto a influência das demandas ocupacionais sobre a percepção dos esquecimentos e das possíveis alterações cognitivas ao longo do envelhecimento.

Considerando a ausência de prejuízos cognitivos identificados na presente amostra, as QSM quando existentes parecem evidenciar o fenômeno de generalização e supervalorização de erros e dificuldades de memória (Montejo Carrasco et al., 2017). Essa perspectiva admite que as QSM podem surgir a partir de quatro proposições, a saber: (1) problemas ou condições corpóreas que afetam a vida dos indivíduos como um todo, (2) dificuldades funcionais gerais, relacionadas com o avanço da idade, (3) estado de humor reduzido, influenciando a percepção de saúde, mas, também, pela diminuição de recursos cognitivos de atenção contingentes à presença de sintomas depressivos, e (4) distração causada por preocupações com a saúde, impactando negativamente na capacidade atencional necessária para a realização de tarefas cotidianas, repercutindo numa pior avaliação subjetiva de memória.

Cabe destacar que em indivíduos com 60 anos ou mais, a ocorrência de transtorno depressivo maior, denominada depressão tardia, é observada em até 5% das pessoas idosas residentes na comunidade, com incremento nesta taxa mediante a presença de morbidades médicas (Taylor, 2014). Indivíduos com depressão tardia apresentam uma maior probabilidade de desenvolver demência (Ly et al., 2021).

Sabe-se que há uma correlação entre processos inflamatórios, neurodegeneração e depressão no envelhecimento (Hurley & Tizabi, 2013). Considerando que a prevalência de depressão tardia na população idosa em todo o mundo é de 31,74%, tida como elevada (Zenebe et al., 2021) e os prejuízos cognitivos coexistentes em fluência verbal, controle inibitório, resolução de problemas, flexibilidade cognitiva e memória são comuns (Zhao et al., 2023), maior atenção deve ser concedida à investigação acerca das QSM quando sintomas depressivos estão presentes.

Examinando as relações temporais bidirecionais entre queixas de memória e sintomas depressivos, Mogle et al. (2020) examinaram os elementos de dois conjuntos de dados longitudinais provenientes do Estudo Nacional de Tendências de Saúde e Envelhecimento (NHATS) e do Estudo de Saúde e Aposentadoria (HRS). Foram utilizados os dados das ondas 1 a 6 no NHATS, e das ondas 3 a 12 do HRS. Em ambos os estudos, em média, se observou que nas ondas em que os

participantes reportaram mais sintomas depressivos, a classificação da memória foi pior. Os autores encontraram associação entre o declínio percebido da memória e sintomas depressivos futuros durante um período de um a dois anos em ambos os conjuntos de dados, de forma consistente.

Considerando que as classificações atuais de memória não previram sintomas depressivos futuros, os autores concluíram que a percepção de declínio de memória, em oposição à percepção de funcionamento atual da memória, pode precipitar aumentos nos sintomas depressivos. Vários estudos mostram que pessoas idosas com sintomas depressivos relatam significativamente mais QSM (Balash et al., 2013; Kim & Lee, 2022; Sousa et al., 2015) em comparação com indivíduos de mesma faixa etária, sem sintomas depressivos, evidenciando que a depressão é um importante preditor para as QSM.

No presente estudo, já entre os indivíduos longevos, ainda que presentes as QSM, não foram observados sintomas psiquiátricos neste grupo. Sendo assim, na ausência de sintomas psiquiátricos e de prejuízos cognitivos identificáveis por instrumentos de rastreio neuropsicológico, as QSM autorreferidas pelos participantes podem estar relacionadas ao avanço da idade, que se configura, portanto, como uma variável relevante. Essa associação é corroborada por Montejo Carrasco et al. (2017), os quais argumentam que pessoas com baixo nível educacional e mais velhas reportam mais queixas de memória.

Como observado, os dois perfis de participantes que apresentaram QSM possuem menor nível de escolaridade formal, em comparação aos participantes do cluster 3, que não reportaram QSM. Estes resultados contrastam com aqueles obtidos por Comijs et al. (2002), cujas descobertas sugerem que as pessoas idosas mais escolarizadas reclamam com mais frequência de sua memória como resultado do comprometimento de seu bem-estar, sugerindo que este grupo é mais sensível à qualidade de seu desempenho cognitivo. Apoiando essas evidências, Sajjad et al. (2015) discutem que pessoas com nível de escolaridade mais elevado têm maior possibilidade de notar mudanças sutis em seu desempenho cognitivo, evidenciando que a percepção subjetiva desses indivíduos acerca da sua capacidade é uma variável adequada para avaliação da degeneração cerebrovascular.

A relação entre nível de escolaridade, demência e QSM também é abordada por van Oijen et al. (2007). Os autores discutem que o risco de desenvolvimento de demência é mais forte entre os indivíduos com alto nível de escolaridade. Nesse sentido, indivíduos com alto nível de escolaridade e QSM compõem um grupo de risco para o desenvolvimento de declínio cognitivo, carecendo de medidas preventivas e intervenções precoces.

Em seu estudo, Alagoa João et al. (2016) investigaram a relação entre o nível educacional, frequência em geral e o tipo de queixa subjetiva de memória em um grupo de participantes saudáveis, a partir de 50 anos de idade. Os autores encontraram um impacto significativo da educação na frequência de tipos específicos de queixas de memória, mas não na pontuação geral da escala utilizada. Verificou-se que o esquecimento de coisas aumentou com o nível de escolaridade, enquanto as queixas de confusões transitórias, embora menos frequentes, diminuíram com o nível de escolaridade, podendo representar um sintoma precoce de declínio clínico, considerando que é mais prevalente entre indivíduos mais velhos.

O papel da educação e o risco de desenvolvimento de demência é amplamente discutido na literatura gerontológica. Usando os dados de quatro ondas, provenientes do estudo ADAMS (Rodriguez et al., 2018), baixo nível de escolaridade se constituiu como fator de risco para a demência entre indivíduos com disparidades raciais e étnicas. Em outro estudo (Sharp & Gatz, 2011), risco de demência e a relação com nível de escolaridade variou segundo a população e a região, sendo a teoria de reserva cognitiva o mecanismo mais citado pelos pesquisadores para explicar a associação entre educação e demência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa sobre a percepção subjetiva de memória e a relação com variáveis sociodemográficas e de saúde, identificou três perfis distintos de participantes, de acordo com o grupo etário. Dois perfis de participantes reportaram a ocorrência de QSM, todavia, apenas um perfil, caracterizado pelos indivíduos mais jovens, apresentou indicadores negativos na maioria das variáveis de saúde estudadas, que incluía número de doenças, depressão e ansiedade.

Em contrapartida, o perfil caracterizado pelos participantes com idade intermediária apresentou melhor avaliação de saúde e melhor avaliação subjetiva de memória, além de um nível de escolaridade mais elevado. Esses resultados revelam que pessoas idosas de diferentes faixas etárias reagem de formas distintas frente aos desafios que se apresentam no curso do envelhecimento.

Em países em desenvolvimento, como o caso do Brasil, um contingente significativo de pessoas idosas mantém suas atividades laborais mesmo após a aposentadoria, como forma de complementar sua renda. Esses, muitas vezes, são os principais responsáveis, financeiramente, por suas famílias. Assim, é possível que indivíduos mais jovens, que ainda mantém uma vida relativamente ativa, especialmente no âmbito laboral, sejam mais suscetíveis, emocionalmente, aos obstáculos impostos com a progressão da idade. Indivíduos com níveis mais elevados de instrução podem ter uma percepção mais acurada quanto à sua capacidade

cognitiva e, com isso, prejuízos objetivos observados na saúde física, face a ocorrência de morbidades, podem repercutir na saúde emocional, acarretando sintomas de ansiedade e depressão.

Na ausência de sintomas psiquiátricos, QSM parecem revelar prejuízos reais no desempenho em tarefas mnemônicas com o avanço da idade, como caracterizado pelo perfil de participantes longevos. Ressalta-se que todos os participantes eram cognitivamente saudáveis e o nível de escolaridade médio da amostra estudada considerado alto, se comparado a outros estudos realizados em âmbito nacional. Esses achados corroboram evidências científicas disponíveis na literatura, acerca do papel protetor da escolaridade face ao desenvolvimento de transtornos neurocognitivos na velhice.

Considerando que a expectativa de vida em todo o mundo tem aumentado, e que atualmente, a idade avançada se estende por um período considerado longo, intervenções psicológicas precoces devem ser implementadas, a fim de preservar a saúde mental de pessoas idosas, face aos inúmeros desafios psicossociais os quais o envelhecimento suscita. Além disso, defende-se que políticas públicas devem ser implementadas visando o cuidado integral da pessoa idosa, o que inclui o desenvolvimento de ações genéricas e específicas.

Como intervenções genéricas, pode-se citar o incentivo à conclusão do ensino considerado básico, e medidas de combate e prevenção às Doenças Crônicas e Não Transmissíveis (DCNT), e como intervenções específicas, o desenvolvimento de ações preparatórias para aposentadoria, além de oportunidades que visam a valorização das potencialidades da pessoa idosa.

A maioria dos estudos produzidos nacionalmente sobre a avaliação subjetiva de memória buscou evidenciar a relação entre QSM, desempenho objetivo em tarefas mnemônicas, e uma possível associação com transtornos neurocognitivos na velhice. Sendo assim, o presente estudo se destaca, haja vista que demonstra as mudanças na avaliação subjetiva de memória com a progressão da idade.

Como possíveis limitações, pode-se citar o reduzido tamanho amostral e, conseqüentemente, o menor poder de análise dos testes estatísticos utilizados para comparação entre os grupos. Além disso, os instrumentos utilizados para avaliação subjetiva da memória bem como os sintomas psiquiátricos são do tipo autorrelato, fornecendo apenas uma estimativa do constructo avaliado. Ressalta-se, ainda, que a pesquisa foi conduzida com pessoas idosos ativos e participantes de atividades destinadas à terceira idade, o que pode constituir um viés. Compete destacar, também, que o município de São Caetano do Sul, onde foi conduzida a pesquisa, apresenta um dos melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do país. Nesse sentido, pesquisas futuras, com maior tamanho amostral e, por

consequente, emprego de análises estatísticas mais robustas, são necessárias para confirmação dos resultados aqui obtidos.

## CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue:

P.N.T. e P.W.S. contribuíram igualmente para conceitualização e visualização do artigo. P.N.T. foi responsável pela análise formal dos dados, investigação, metodologia, tabulação dos dados, redação inicial do artigo (rascunho), enquanto P.W.S. realizou a redação final (revisão e edição) e supervisão.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflitos de interesse nesse artigo.

## DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO

A pesquisa relatada no manuscrito foi subsidiada por recursos próprios das pesquisadoras.

## REFERÊNCIAS

- Aarts, S., van den Akker, M., Hajema, K. J., van Ingen, A. M., Metsemakers, J. F. M., Verhey, F. R. J., & van Boxtel, M. P. J. (2011). Multimorbidity and its relation to subjective memory complaints in a large general population of older adults. *International Psychogeriatrics*, 23(4), 616–624. <https://doi.org/DOI: 10.1017/S1041610210002024>
- Abner, E. L., Kryscio, R. J., Caban-Holt, A. M., & Schmitt, F. A. (2015). Baseline subjective memory complaints associate with increased risk of incident dementia: the Preadvise trial. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 2(1) 1–6. <https://doi.org/10.14283/jpad.2015.37>
- Alagoa João, A., Maroco, J., Ginão, S., Mendes, T., De Mendonça, A., & Martins, I. P. (2016). Education modifies the type of subjective memory complaints in older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/gps.4305>
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of The Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858–865. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199910\)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199910)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8)
- 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. <https://doi.org/10.1111/ane.12038>
- Comijs, H. C., Deeg, D. J. H., Dik, M. G., Twisk, J. W. R., & Jonker, C. (2002). Memory complaints; the association with psycho-affective and health problems and the role of personality characteristics A 6-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 72(2), 157-65. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00453-0](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00453-0)
- Coupland, C. A. C., Hill, T., Dening, T., Morriss, R., Moore, M., & Hippisley-Cox, J. (2019). Anticholinergic Drug Exposure and the Risk of Dementia: A Nested Case-Control Study. *JAMA Internal Medicine*, 179(8), 1084. <https://doi.org/10.1001/JAMAINTERNMED.2019.0677>
- Crook, T. H., Feher, E. P., & Larrabee, G. J. (1992). Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *International psychogeriatrics*, 4(2), 165–176. <https://doi.org/10.1017/S1041610292000991>
- Ferbinteanu, J. (2019). Memory systems 2018 – Towards a new paradigm. *Neurobiology of Learning and Memory*, 157, 61–78. <https://doi.org/10.1016/J.NLM.2018.11.005>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Franco, Y., Jang, Y., Saenz, J. L., & Ho, J. Y. (2022). The Relationship Between Multimorbidity and Types of Chronic Diseases and Self-Rated Memory. *Research on Aging*, 45(2), 149–160. <https://doi.org/10.1177/01640275221087612>
- Fyock, C. A., & Hampstead, B. M. (2015). Comparing the relationship between subjective memory complaints, objective memory performance, and medial temporal lobe volumes in patients with mild cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 1(2), 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2015.03.002>
- Halkidi, M., Batistakis, Y., & Vazirgiannis, M. (2001). On clustering validation techniques. *Journal of Intelligent Information Systems*, 17(2–3), 107–145. <https://doi.org/10.1023/A:1012801612483>
- Hurley, L. L., & Tizabi, Y. (2013). Neuroinflammation, neurodegeneration, and depression. *Neurotoxicity Research*, 23(2), 131–144. <https://doi.org/10.1007/s12640-012-9348-1>
- Kang, S. H., Yoon, I. Y., Lee, S. D., Kim, T., Lee, C. S., Han, J. W., Kim, K. W., & Kim, C. H. (2017). Subjective memory complaints in an elderly population with poor sleep quality. *Aging and Mental Health*, 21(5), 532–536. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1124839>
- Kim, S., & Lee, K. (2022). A network analysis of depressive symptoms in the elderly with subjective memory complaints. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5). <https://doi.org/10.3390/jpm12050821>
- Ly, M., Karim, H. T., Becker, J. T., Lopez, O. L., Anderson, S. J., Aizenstein, H. J., Reynolds, C. F., Zmuda, M. D., & Butters, M. A. (2021). Late-life depression and increased risk of dementia: a longitudinal cohort study. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01269-y>

- Massena, P. N., De Araújo, N. B., Pachana, N., Laks, J., De Pádua, A. C., & Oude Voshaar, R. C. (2015). Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory - GAI-BR. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1113–1119. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001021>
- Mattos, P., Lino, V., Rizo, L., Alfano, Â., Araújo, C., & Raggio, R. (2003). Memory complaints and test performance in healthy elderly persons. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(4), 920–924. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000600006>
- Mogle, J., Hill, N. L., Bhargava, S., Bell, T. R., & Bhang, I. (2020). Memory complaints and depressive symptoms over time: A construct-level replication analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1451-1>
- Montejo Carrasco, P., Montenegro-Peña, M., López-Higes, R., Estrada, E., Prada Crespo, D., Montejo Rubio, C., & García Azorín, D. (2017). Subjective Memory Complaints in healthy older adults: Fewer complaints associated with depression and perceived health, more complaints also associated with lower memory performance. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.12.007>
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernández-Blázquez, M. A., Turrero-Nogués, A., Yubero, R., Huertas, E., & Maestú, F. (2014). Association of perceived health and depression with older adults' subjective memory complaints: contrasting a specific questionnaire with general complaints questions. *European Journal of Ageing*, 11, 77–87. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0286-4>
- Ogata, S., Hayashi, C., Sugiura, K., & Hayakawa, K. (2015). Association between subjective memory complaints and impaired higher-level functional capacity in people aged 60 years or older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 201–205. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.015>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Pedro, M. C., Mercedes, M. P., Ramón, L. H., & Borja, M. R. (2016). Subjective memory complaints in elderly: Relationship with health status, multimorbidity, medications, and use of services in a population-based study. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1903–1916. <https://doi.org/10.1017/S104161021600106X>
- Pike, K. E., Cavuoto, M. G., Li, L., Wright, B. J., & Kinsella, G. J. (2022). Subjective Cognitive Decline: Level of Risk for Future Dementia and Mild Cognitive Impairment, a Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Neuropsychology Review*, 32(4), 703–735. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09522-3>
- Rodriguez, F. S., Aranda, M. P., Lloyd, D. A., & Vega, W. A. (2018). Racial and Ethnic Disparities in Dementia Risk Among Individuals With Low Education. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9), 966–976. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.05.011>
- Sajjad, A., Mirza, S. S., Portegies, M. L. P., Bos, M. J., Hofman, A., Koudstaal, P. J., Tiemeier, H., & Arfan Ikram, M. (2015). Subjective memory complaints and the risk of stroke. *Stroke*, 46(1), 170–175. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.006616>
- Sharp, E. S., & Gatz, M. (2011). Relationship Between Education and Dementia An Updated Systematic Review. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 25(4), 289–304. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e318211c83c>
- Smid, J., Studart-Neto, A., César-Freitas, K. G., Dourado, M. C. N., Kochhann, R., Barbosa, B. J. A. P., Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Frota, N. A. F., de Souza, L. C., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Nitirini, R., Resende, E. de P. F., & Vale, F. A. C. (2022). Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sintômico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3), 1–24. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S101PT>
- Sousa, M., Pereira, A., & Costa, R. (2015). Subjective Memory Complaint and Depressive Symptoms among Older Adults in Portugal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2015(1). <https://doi.org/10.1155/2015/296581>
- Spedo, C. T., Pereira, D. A., Foss, M. P., & Barreira, A. A. (2018). *Mini Exame do Estado Mental* (2a ed). Hogrefe.
- Steinberg, S. I., Negash, S., Sammel, M. D., Bogner, H., Harel, B. T., Livney, M. G., McCoubrey, H., Wolk, D. A., Kling, M. A., & Arnold, S. E. (2013). Subjective memory complaints, cognitive performance, and psychological factors in healthy older adults. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 28(8), 776–783. <https://doi.org/10.1177/1533317513504817>
- Taylor, W. D. (2014). Clinical practice. Depression in the elderly. *The New England journal of medicine*, 371(13), 1228–1236. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1402180>
- 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 and Dementia*, 3(2), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2007.01.011>
- Warren, S. L., Reid, E., Whitfield, P., & Moustafa, A. A. (2022). Subjective memory complaints as a predictor of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Discover Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.1007/s44202-022-00031-9>
- Yap, K. H., Warren, N., Allotey, P., & Reidpath, D. D. (2020). Chronic disease profiles of subjective memory complaints: a latent class analysis of older people in a rural Malaysian community. *Ageing and Mental Health*, 24(5), 709–716. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1550632>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>
- Zhao, Y., Wu, X., Tang, M., Shi, L., Gong, S., Mei, X., Zhao, Z., He, J., Huang, L., & Cui, W. (2023). Late-life depression: Epidemiology, phenotype, pathogenesis and treatment before and during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1017203>

*Recebido em: 19/07/2024*  
*Primeira decisão editorial em: 21/06/2025*  
*Aceito em: 29/07/2025*