

Queixas Subjetivas de Memória em Idosos Institucionalizados: O Papel Preditivo da Desregulação Emocional

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica
Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Inês Mendes Pedro Marques
Coimbra, 2025

Queixas subjetivas de memória em idosos institucionalizados: O papel preditivo da desregulação emocional

Inês Mendes Pedro Marques

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo, Professora Auxiliar, ISMT

Presidente: Professor Doutor Henrique Vicente

Arguente: Professor Doutor Carlos Farate

Coimbra, julho, 2025

Agradecimentos

Concluir esta dissertação simboliza muito mais do que o término de um trabalho acadêmico. Representa o encerramento de um ciclo profundamente significativo na minha vida e a concretização de um sonho.

Ao olhar para trás, reconheço o valor de cada etapa deste percurso repleto de desafios, conquistas gratificantes e aprendizagens enriquecedoras. Foi um caminho que exigiu resiliência, disciplina e, sobretudo, confiança nas minhas capacidades.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar a minha profunda gratidão à Professora Doutora Helena Espírito-Santo, cuja dedicação, persistência, motivação e sabedoria foram absolutamente fundamentais para a concretização deste estudo. A orientação exigente, aliada ao apoio constante, foi um alicerce indispensável ao longo de todo o processo.

O meu sincero agradecimento à Professora Alexandra Grasiņa pela postura serena, disponibilidade contínua e palavras sempre amáveis e encorajadoras. A sua presença tranquilizadora e os seus contributos sempre atentos foram fundamentais em momentos mais desafiantes desta jornada.

Expresso a minha profunda gratidão pela paciência, profissionalismo e compromisso com a qualidade deste trabalho, demonstrados por ambas.

À minha querida mãe, que sempre foi e continuará a ser o meu maior suporte nos momentos mais desafiantes e a minha mais dedicada defensora nas vitórias. Não há palavras que consigam exprimir verdadeiramente tudo o que fizeste por mim. Obrigada por seres uma presença tão especial, por me dares força e amor incondicional. Esta conquista é nossa!

Ao meu querido pai, o homem que tornou este caminho possível. O teu esforço diário, a tua dedicação incansável e o teu apoio foram fundamentais neste percurso. Espero que sintas orgulho no meu trajeto, tanto quanto eu sinto de ti.

Ao meu irmão, o meu mais sincero agradecimento por, à tua maneira, estares sempre presente. Mesmo que estejamos a quilómetros de distância, sei que posso contar contigo.

Por fim, um agradecimento muito especial a todos os idosos e instituições que generosamente aceitaram participar neste estudo. A vossa colaboração generosa tornou possível a realização deste projeto.

"Memory is dialogic and arises not only from experience but from the intercourse of many minds. In the elderly, what we call 'memory loss' often reflects not neurological decay alone, but the slow unraveling of emotional threads that once tied experience together."

- Oliver Sacks | The Man Who Mistook His Wife for a Hat

Resumo

Contexto: O envelhecimento está associado a alterações cognitivas e emocionais que podem aumentar a vulnerabilidade da população idosa, especialmente em contextos institucionais. As queixas mnésicas, recorrentes nesta população, nem sempre refletem défices cognitivos objetivos. Todavia, podem estar associadas com a desregulação emocional. **Objetivo:** Investigar as correlações entre queixas mnésicas, desempenho mnésico, sintomas ansiosos, depressivos e desregulação emocional. Analisar as diferentes dimensões da desregulação emocional. Explorar diferenças das variáveis segundo características sociodemográficas. Por fim, avaliar o papel preditivo da desregulação emocional nas queixas mnésicas em idosos institucionalizados. **Métodos:** Estudo transversal com uma amostra de conveniência de 783 idosos institucionalizados na região centro de Portugal. A avaliação incluiu a *Subjective Memory Complaints*, o *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination*, a *Geriatric Anxiety Inventory*, o *Geriatric Depression Scale-8* e a *Difficulties in Emotion Regulation Scale-8*. **Resultados:** As queixas subjetivas de memória correlacionaram-se significativamente com sintomas ansiosos, depressivos e desregulação emocional. Esta, sobretudo nas dimensões de clareza emocional, objetivos e não aceitação, previu as queixas independentemente de variáveis sociodemográficas. As mulheres apresentaram um maior número de queixas face aos homens, e o nível de escolaridade mais elevado esteve associado a um melhor desempenho mnésico. A idade não se revelou um fator significativo. **Conclusão:** A desregulação emocional contribui significativamente para as queixas mnésicas em idosos institucionalizados, independentemente do desempenho mnésico. Intervenções focalizadas na regulação emocional, particularmente na promoção da clareza emocional, orientação para objetivos e aceitação de emoções negativas, podem representar estratégias eficazes para reduzir o impacto destas queixas.

Palavras-chave: Queixas Subjetivas Mnésicas; Desempenho Mnésico; Sintomatologia Ansiosa; Sintomatologia Depressiva; Desregulação Emocional; Idosos; Institucionalização.

Abstract

Context: Ageing is associated with cognitive and emotional changes that can increase the vulnerability of the elderly population, especially in institutional settings. Mnesic complaints, recurrent in this population, do not always reflect objective cognitive deficits. However, they may be associated with emotional dysregulation. **Objective:** Investigate the correlations between mnesic complaints, mnesic performance, anxious and depressive symptoms and emotional dysregulation. To analyze the different dimensions of emotional dysregulation. To explore differences in variables according to sociodemographic characteristics. Finally, to evaluate the predictive role of emotional dysregulation in mnesic complaints in institutionalized elderly people. **Methods:** Cross-sectional study with a convenience sample of 783 institutionalized elderly people in central Portugal. The assessment included the Subjective Memory Complaints, the Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination, the Geriatric Anxiety Inventory, the Geriatric Depression Scale-8 and the Difficulties in Emotion Regulation Scale-8. **Results:** Subjective memory complaints correlated significantly with anxious and depressive symptoms and emotional dysregulation. The latter, especially in the dimensions of emotional clarity, goals and non-acceptance, predicted complaints independently of sociodemographic variables. Women had a greater number of complaints than men, and a higher level of education was associated with better mnesic performance. Age was not a significant factor. **Conclusion:** Emotional dysregulation contributes significantly to mnesic complaints in institutionalized elderly people, regardless of mnesic performance. Interventions focused on emotional regulation, particularly promoting emotional clarity, goal orientation and acceptance of negative emotions, may represent effective strategies for reducing the impact of these complaints.

Keywords: Subjective Mnesic Complaints; Mnesic Performance; Anxiety Symptomatology; Depressive Symptomatology; Emotional Dysregulation; Elderly; Institutionalization.

Queixas Subjetivas de Memória em Idosos Institucionalizados: O Papel Preditivo da Desregulação Emocional

O envelhecimento é um processo natural, gradual e idiossincrático, que se inicia entre os 60 e 65 anos e se caracteriza por alterações progressivas nas dimensões psicológicas, biológicas e sociais (De Souza Alves et al., 2021; Gregorio, 2018; Oliveira et al., 2014). Este processo, pode manifestar-se de forma normativa ou patológica. No envelhecimento normativo, observa-se uma redução progressiva das capacidades mentais e físicas, frequentemente acompanhadas por algum grau de isolamento social (Latorre Postigo, 2019; Yadav & Chanana, 2018). O envelhecimento patológico, por outro lado, é associado a doenças graves, défices cognitivos e demência, que comprometem a independência e aumentam a vulnerabilidade do sujeito (Latorre Postigo, 2019; Litvoc & Brito, 1996).

Em Portugal, o aumento do envelhecimento populacional é especialmente evidente. Isto é sustentado pela verificação da redução do número de jovens, como resultado da baixa da natalidade e concomitantemente, um acréscimo da proporção de pessoas de idade avançada, em consequência do aumento da esperança de vida (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). O índice atual de envelhecimento, que compara a população de idade avançada (65 e mais anos) com a população jovem (0–14 anos), continuou a aumentar. Em 2023, Portugal registou 188,1 pessoas com idade avançada por cada 100 jovens, um aumento em relação aos 184,4 registados no ano 2022. A idade mediana da população residente no país atingiu 47,1 anos, representando um aumento de 0,2 anos face a 2022 (46,9 anos) (INE, 2024).

No que concerne ao envelhecimento cognitivo, referimo-nos exclusivamente às modificações cognitivas e cerebrais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento (Latorre Postigo, 2019; Park & Reuter-Lorenz, 2009). Estas modificações incluem a deterioração dos mecanismos responsáveis pela renovação celular, bem como as características evolutivas do envelhecimento (R. M.

Brown et al., 2009; Fjell et al., 2014; Gregorio, 2018). Nas alterações que englobam o detrimento de tecidos e órgãos afetados, incluem-se a atrofia do hipocampo e, nas características evolutivas, o aumento compensatório das regiões motoras, compreendendo o córtex motor primário, o córtex pré-motor, o cerebelo e a área motora suplementar (R. M. Brown et al., 2009; Gregorio, 2018; Raz et al., 2005). Assim sendo, torna-se claro que este envelhecimento inclui o declínio de algumas capacidades cognitivas e perceptivas, tais como a atenção, a codificação e o processamento de informação, incluindo a redução da velocidade do processamento (García, 2022; Latorre Postigo, 2019; Salthouse, 2010). Adicionalmente, observa-se uma menor capacidade de ignorar informações irrelevantes e uma diminuição na aplicação de estratégias para melhorar o desempenho da memória (García, 2022; Hasher & Zacks, 1988; Latorre Postigo, 2019). Contudo, também se verifica o enriquecimento de outras competências, como o conhecimento geral, a competência linguística, a memória semântica e as experiências de vida, que favorecem uma compreensão mais aprofundada do mundo e de si mesmo (Baltes et al., 1999; Latorre Postigo, 2019). Estas competências, que tendem a ser aprimoradas com o tempo, permitem que os indivíduos compensem os défices mencionados anteriormente, que abrangem a capacidade de aprendizagem, a recordação e a velocidade de processamento (García, 2022; Park & Reuter-Lorenz, 2009).

Memória

Na população com idade avançada, a alteração cognitiva mais significativa observada, é o declínio no desempenho da memória, abrangendo vários tipos: a memória de curto prazo, a memória de trabalho, a memória implícita e a explícita. Este declínio pode impactar diretamente a qualidade de vida e a autonomia desses indivíduos (Espírito-Santo et al., 2016; García, 2022; Park & Reuter-Lorenz, 2009). Embora o comprometimento da memória ocorra de forma abrangente, a memória de trabalho apresenta uma maior incidência de declínio (García, 2022; Salthouse, 2010).

Como referido anteriormente, com o avançar da idade, os sistemas neuronais do hipocampo sofrem uma redução, originando uma diminuição na produção de neurotransmissores necessários para o funcionamento saudável das redes de comunicação, acompanhada de alterações nas ligações sinápticas (T. H. Brown et al., 1990; Fjell et al., 2014; Raz et al., 2005). Concomitantemente, o lobo frontal, particularmente as áreas pré-frontais,

essenciais para as funções executivas, sofrem um deterioramento na densidade e no volume, algo que parece estar mais relacionada com a diminuição das espinhas dendríticas, e com as alterações das ligações sinápticas e, em menor intensidade com a perda de neurónios (Fjell et al., 2014; Raz et al., 2005; Salthouse, 2010). Estes processos de declínio comprometem os mecanismos de funcionamento da memória de trabalho, dificultando a capacidade de manter a atenção e de gerir informações em contextos complexos, que demandam rapidez e flexibilidade (García, 2022; Gregorio, 2018; Hasher & Zacks, 1988).

A preservação da memória e do funcionamento cognitivo, nesta população, está diretamente relacionada à necessidade de preservar a própria identidade. Embora as mudanças associadas ao envelhecimento sejam normativas e, por si só, não constituam uma perturbação do foro mental, existem condições específicas, como o Défice Cognitivo Ligeiro (DCL), que representam um estado intermédio entre as alterações típicas do envelhecimento e os sintomas demenciais (García, 2022; Gregorio, 2018; Petersen et al., 2014). Em alguns casos, contudo, o envelhecimento cognitivo pode progredir para categorias diagnósticas reconhecidas como patológicas, como o DCL e as demências, cujos sintomas têm o potencial de impactar significativamente a perceção do "eu" (Albert et al., 2011; García, 2022; Gregorio, 2018; Mitchell & Shiri-Feshki, 2009).

O DCL caracteriza-se por um declínio na memória, identificado por avaliações cognitivas, mas sem prejuízo significativo de outras funções, como o raciocínio e o discernimento. Esta condição permite que o indivíduo mantenha autonomia nas atividades diárias e nas capacidades executivas, apesar de expressar, com frequência, dificuldades na orientação, planeamento, cálculo e queixas sobre o desempenho da memória, queixas estas que são reforçadas por familiares e amigos próximos (García, 2022; Gregorio, 2018; Paulo & Yassuda, 2010; Petersen, 2011). Adicionalmente, há indícios de que a presença regular de queixas de memória, especialmente entre indivíduos mais velhos ou com desempenho cognitivo basal inferior, pode indicar um prejuízo cognitivo relevante e um elevado risco de progressão para a demência (Paulo & Yassuda, 2010).

Estas queixas mnésicas podem ser compreendidas no âmbito do conceito de *metamemória*, que abrange o conhecimento sobre os processos da memória, a monitorização das suas funções, as emoções e os sentimentos associados a esta, bem como, a autoeficácia durante a sua utilização (Paulo & Yassuda, 2010; Yassuda et al., 2005). Assim, a metamemória pode ser definida como a perceção e autoavaliação que o indivíduo possui sobre a própria capacidade de realizar tarefas que envolvem o desempenho da memória. Inclusivamente, este conceito tem sido utilizado por alguns investigadores como um dos critérios para identificar défices cognitivos na população com idade avançada (Paulo & Yassuda, 2010; Yassuda et al., 2005).

Contudo, apesar da existência deste conceito na literatura científica, é evidente a existência de alguma divergência na interpretação das queixas mnésicas. Enquanto alguns investigadores defendem que as queixas mnésicas podem sinalizar uma limitação cognitiva, outros apontam que estas estão predominantemente associadas a fatores psicológicos, como ansiedade, depressão, elevada autoexigência e traços de personalidade, em detrimento de uma relação direta com o desempenho objetivo da memória (Bolla, 1991; Paulo & Yassuda, 2010; Stella, 2007). De facto, por um lado, há literatura que sugere que o desempenho objetivo de memória e a metamemória não apresentam uma correlação significativa (Birch et al., 2016; Scogin et al., 1985; Zarit et al., 1981). Em consonância com esta perspetiva, evidências mostram que melhorias objetivas no desempenho de memória não reduzem necessariamente a frequência de queixas subjetivas nem promovem uma autoavaliação mais positiva da capacidade mnésica (Best et al., 1992; Rebok & Balcerak, 1989; West et al., 2001).

Por outro lado, observa-se que, quanto maior a frequência de esquecimentos relatados, maior é a presença de sintomas de ansiedade. Assim, indivíduos ansiosos podem amplificar a perceção de esquecimentos ou, efetivamente, experienciá-los com maior frequência (Beaudreau & O'Hara, 2008; Bolla, 1991; Paulo & Yassuda, 2010). Ademais, o medo de desenvolver um quadro demencial pode provocar níveis elevados de ansiedade em pessoas que relatam

esquecimentos frequentes (Bolla, 1991; Jessen et al., 2014; Paulo & Yassuda, 2010; Reid & MacLulich, 2006).

Paralelamente, os sintomas depressivos e/ou a depressão estão associados a prejuízos cognitivos, que se refletem tanto em défices cognitivos específicos como no desempenho cognitivo global (Ávila & Bottino, 2006; Christensen et al., 1997). Esta relação é um fator relevante a considerar, uma vez que diversos estudos (Ávila & Bottino, 2006; Christensen et al., 1997; McDermott & Ebmeier, 2009; Rock et al., 2014), apontam para este impacto negativo da depressão no desempenho mnésico, bem como, no funcionamento cognitivo global (Ávila & Bottino, 2006; Christensen et al., 1997). Assim, é comum que os desempenhos cognitivos inferiores se acompanhem de queixas subjetivas relacionadas à memória.

Regulação Emocional

As limitações mnésicas e queixas subjetivas da memória podem ser intensificadas pelas dificuldades de regulação emocional (González et al., 2008). A regulação emocional envolve um conjunto de processos e estratégias implementadas pelo próprio indivíduo com o objetivo de aumentar, diminuir ou manter as componentes de uma resposta emocional, assegurando o seu equilíbrio (Gross & Thompson, 2007). Esta regulação, que pode ser realizada de forma automática ou controlada, consciente ou até inconsciente, influencia significativamente a forma como cada pessoa utiliza e ajusta as suas emoções no contexto das interações com o meio ambiente (Cabral, 2020; Rodrigues & Gondim, 2014).

Este processo é essencial para o funcionamento cognitivo, pois afeta diretamente a capacidade de gerir o *stress* e, consequentemente, o seu desempenho em tarefas cognitivas (Gross, 2002). No envelhecimento, o desenvolvimento de estratégias eficazes de regulação emocional é crucial para preservar o bem-estar e lidar com as alterações características desta fase da vida (De Souza Alves et al., 2021). No entanto, lidar com estas mudanças nem sempre

é uma tarefa simples, e a forma como a pessoa idosa enfrenta esses desafios pode influenciar positivamente ou negativamente a sua qualidade de vida (De Souza Alves et al., 2021).

A regulação emocional compreende dois processos principais: a reavaliação emocional e a supressão emocional. A reavaliação emocional refere-se ao processo de alterar a interpretação de situações ou estímulos que podem originar emoções intensas, geralmente negativas, para reduzir ou modificar a experiência emocional (Canli et al., 2009). Por sua vez, a supressão emocional envolve o controlo da expressão externa das emoções, sem reduzir a sua intensidade interna, podendo até aumentar a atividade cardiovascular (Davidson, 1992; Gross, 1998; Gross & Levenson, 1993, 1997), comprometer a memória e dificultar a criação de vínculos sociais (Richards & Gross, 2000, 2006).

A capacidade de regular a emoção exige habilidades essenciais, como o controlo de comportamentos impulsivos, a persistência no alcance de objetivos, mesmo diante emoções negativas, e aplicação flexível de estratégias de regulação adaptadas conforme contexto específico (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2002).

Contrariamente, a desregulação emocional caracteriza-se pela dificuldade em gerir as emoções, que podem ser expressas de forma excessivamente intensa ou, pelo contrário, excessivamente reduzida (Leahy et al., 2013; Wilson, 2004). Este fenómeno, além da incapacidade de regular as emoções, resulta também de uma elevada vulnerabilidade emocional (M. Linehan, 1993; M. M. Linehan & Kehrer, 1993; Veloso et al., 2011), constituindo, assim, um fator de risco para o agravamento de sintomas cognitivos, especialmente na população de idade avançada (Wilson, 2004).

A desregulação emocional é um construto multidimensional e transversal a todas as dimensões do sistema emocional, abrangendo défices em diversos domínios, incluindo: a consciência, compreensão e aceitação das emoções; a capacidade de executar comportamentos direcionados a objetivos, e para a inibição de comportamentos impulsivos aquando a

experienciação de emoções negativas; a flexibilidade no uso de estratégias emocionais, que permitam ajustar a intensidade e/ou duração das respostas emocionais, em detrimento da sua supressão; a aceitação das emoções negativas, reconhecendo-as como parte integrante do processo de alcançar objetivos pessoais (Linehan et al., 2007; McMain et al., 2001; Mennin, 2004; Mennin et al., 2005, 2007). Adicionalmente, a desregulação emocional está associada a uma alta intensidade emocional, dificuldades na compreensão das emoções, reatividade negativa aos estados emocionais e à utilização de estratégias de regulação emocional mal-adaptativas (Lynch et al., 2007; McMain et al., 2001; Mennin, 2004; Mennin et al., 2005, 2007).

Como referido anteriormente, a desregulação emocional decorre de uma vulnerabilidade emocional, caracterizada por uma elevada sensibilidade a estímulos emocionais, reatividade exacerbada e uma recuperação prolongada após a ativação emocional (Lynch et al., 2007; McMain et al., 2001). Esta condição pode ser intensificada por processos disfuncionais, como a ruminação, a catastrofização e a supressão do pensamento (Abbott, 2005; Selby et al., 2008). Em situações de *stress*, a desregulação emocional pode manifestar-se na incapacidade de modular adequadamente as respostas emocionais, resultando em distorções cognitivas, limitações no processamento de informação, comportamentos impulsivos e estados de congelamento ou de dissociação (Campbell-Sills & Barlow, 2007; Linehan, 1993; Linehan et al., 2007; Linehan & Kehrer, 1993; McMain et al., 2001).

Resumidamente, a desregulação emocional refere-se à ausência de estratégias adaptativas necessárias para ajustar as respostas emocionais, de modo a facilitar a adaptação a objetivos desejados (Gross, 1998). Importa salientar que, esta dificuldade ou incapacidade em utilizar estratégias de regulação emocional, pode impactar negativamente a trajetória desenvolvimental do indivíduo, contribuindo para o desenvolvimento de psicopatologias, como as perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade (Dahl, 2004). Deste modo, considerando a relação estabelecida e o impacto entre as questões psicopatológicas e o funcionamento cognitivo, é

crucial compreender se os mecanismos de desregulação emocional estão também associados a esta dinâmica. Caso se verifique uma correlação entre as queixas subjetivas de memória com o desempenho de memória e a desregulação emocional, esse conhecimento poderá contribuir para o desenvolvimento de intervenções eficazes que visem melhorar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida da população idosa.

Estudo Presente

A revisão da literatura existente indica uma associação significativa entre o desempenho mnésico e as queixas de memória em indivíduos de idade avançada. Simultaneamente, os estudos sugerem que a desregulação emocional pode desempenhar um papel crucial nesta associação. A desregulação emocional, compreendida como um fator essencial tanto no aparecimento como na continuidade dos comprometimentos cognitivos e emocionais, está frequentemente associada à adoção de estratégias desadaptativas em resposta a estímulos internos e externos. Tais estratégias têm o potencial de agravar as queixas mnésicas, independentemente do desempenho efetivo da memória.

Considerando a pertinência desta temática e as discrepâncias existentes na literatura acerca da interação entre esses fatores, o presente estudo concentrou-se na possível correlação entre as queixas mnésicas, o desempenho de memória e a desregulação emocional. A hipótese central que foi proposta é que as queixas subjetivas mnésicas estariam significativamente correlacionadas com o desempenho mnésico e com a desregulação emocional em adultos de idade avançada. A compreensão desta relação pode proporcionar contribuições significativas para um entendimento mais aprofundado dos processos cognitivos e emocionais na terceira idade, bem como contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e direcionadas.

Os objetivos secundários consistiram nos seguintes pontos:

1. ***Avaliar a Presença e Intensidade de Queixas Mnésicas, do Desempenho Cognitivo Global, dos Sintomas Ansiosos e Depressivos na População de Idade Avançada.*** Este objetivo consistiu na quantificação das queixas subjetivas mnésicas, do desempenho cognitivo global, dos sintomas ansiosos e depressivos, através da aplicação de testes cognitivos e questionários validados, com o intuito de avaliar a presença e intensidade das variáveis supracitadas.
2. ***Caracterização das Estratégias de Desregulação Emocional.*** Pretendeu-se identificar e analisar as estratégias de desregulação emocional na população envelhecida, nomeadamente: Falta de Clareza Emocional, Dificuldades no Controlo de Impulsos, Dificuldade em Envolver-se em Comportamentos Direcionados a Objetivos e Não-aceitação de Respostas Emocionais.
3. ***Comparação das Variáveis em Estudo pelas Categorias das Variáveis Sociodemográficas.*** Visou-se comparar as queixas subjetivas de memória, o desempenho de memória, os sintomas ansiosos, os sintomas depressivos e a desregulação emocional em função de variáveis sociodemográficas, tais como o género, a idade e o nível de escolaridade.
4. ***Análise da Relação entre as Queixas Mnésicas, o Desempenho de Memória, Sintomas Ansiosos, Sintomas Depressivos e de Desregulação Emocional.*** Objetivou-se investigar possíveis correlações entre as queixas mnésicas, o desempenho de memória, os sintomas ansiosos, depressivos, e a desregulação emocional. O objetivo era compreender a natureza e a extensão dessas relações, identificando padrões que possam contribuir para uma melhor compreensão dos fatores que influenciam a memória e as queixas associadas na população em estudo.
5. ***Análise do Modelo Preditivo Proposto.*** No presente estudo, foi utilizado um modelo de regressão para avaliar se as dimensões da desregulação emocional predizem as queixas subjetivas de memória numa amostra de pessoas com idade avançada em cuidados institucionais. O objetivo deste modelo foi testar a hipótese de que a desregulação emocional era um fator preditor nessa relação, permitindo confirmar ou refutar a proposta teórica.

Métodos

Participantes

No período compreendido entre outubro de 2024 e fevereiro de 2025, foram recrutadas pessoas idosas provenientes de Cuidados de Longa Duração (CLD) da região centro de Portugal continental. A amostra foi recrutada de acordo com a conveniência geográfica. Adicionalmente, a amostra do estudo foi selecionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos e capacidade cognitiva para fornecer o consentimento informado, seja por escrito ou através de gravação, e compreender as instruções da avaliação. Foram excluídos indivíduos acamados devido a doença física grave, bem como aqueles com deficiência visual ou auditiva grave que inviabilizasse a realização das avaliações. Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a exclusão e variáveis como o sexo ($p > 0,05$). A aplicação dos critérios de exclusão foi assegurada por profissionais de saúde, diretores de centros e/ou informantes.

Inicialmente, foi recrutada uma amostra de 1056 pessoas idosas institucionalizadas. Deste total, 273 participantes (25,9%) foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, incluindo 17 (1,6%) que recusaram participar. Assim, a amostra final consistiu em 783 pessoas idosas institucionalizadas.

Destas, 583 eram do sexo feminino e 200 do sexo masculino. A maioria dos participantes situava-se na faixa etária dos 81–110 anos (69,2%) e apresentava, predominantemente, o estado civil de viuvez (64,2%). Quanto ao local de residência antes da institucionalização, a maioria dos participantes habitava em áreas predominantemente rurais (52,4%). Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria possuía o 1.º ciclo (65%). No que concerne a resposta social ($n = 769$), 284 indivíduos estavam integrados no Centro de Dia e 485 em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). No total, a duração média da institucionalização foi de aproximadamente 3,7 anos ($DP = 5,22$).

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica de uma Amostra de Pessoas Idosas Institucionalizadas*

Variáveis	Categorias	<i>n</i>	%
Sexo			
	Masculino	200	25,5
	Feminino	583	74,5
Idade ^a (<i>M</i> = 83,47; <i>DP</i> = 8,05)			
	60–80	236	30,1
	81–110	542	69,2
Estado civil			
	Solteiro	83	10,6
	Separado(a)/Divorciado(a)	45	5,7
	Viúvo	503	64,2
	Casado/União de facto	152	19,4
Nível de Escolaridade ^b			
	Sem Escolaridade	133	17
	1.º Ciclo	509	65
	≥ 2.º Ciclo	132	16,9
Contexto Geográfico			
	Urbano-Misto	373	47,6
	Rural	410	52,4
Resposta Social ^c			
	Centro de Dia	284	36,3
	ERPI	485	61,9
Profissão ^d			
	Manual	659	83,8
	Intelectual	109	13,9
		<i>M</i>	<i>DP</i>
Duração da institucionalização (em meses) ^e		38,08	62,64

Nota. *N* = 783; ERPI = Estrutura Residencial Para Idosos; *n* = número de sujeitos; % = Percentagem.

^a Três pessoas não responderam.

^b Nove pessoas não responderam.

^c Catorze pessoas não responderam.

^d Dezoito pessoas não responderam.

^e Quinze pessoas não responderam.

Instrumentos

A avaliação foi conduzida com recurso a um protocolo composto por 11 instrumentos, incluindo cinco questionários diretamente relevantes para o presente estudo. Cada participante foi avaliado individualmente numa única sessão, com duração aproximada de quarenta minutos. Para garantir a compreensão e a adesão ao procedimento, tanto os questionários como o consentimento informado foram lidos integralmente para todos os participantes.

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, foi elaborado com o propósito de obter informações abrangentes sobre os participantes, contemplando dimensões sociodemográficas e clínicas. No âmbito sociodemográfico, o instrumento incluiu variáveis como sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, informações relacionadas à institucionalização e situação profissional anterior à reforma. No domínio clínico, abrangeu dados como data da última consulta médica, o tipo de profissional de saúde consultado, o histórico de acompanhamento psiquiátrico e os medicamentos em uso no momento da avaliação.

Subjective Memory Complaints (SMC)

A SMC foi originalmente desenvolvida por Schmand et al. (1996), traduzida para a população portuguesa por Ginó et al. (2007) e validado para pessoas idosas institucionalizadas por Flores (2025). Este instrumento padronizado composto por oito itens, avalia diferentes dimensões das queixas de memória, incluindo a sua frequência e gravidade (e.g., Item 1: “Tem queixas acerca da sua memória?”). Os itens são cotados em escalas de Likert diferentes, variando entre 0 (*ausência de queixas*), um, dois ou três pontos, dependendo da gravidade da queixa reportada. A pontuação total pode atingir um máximo de 18 pontos, permitindo uma avaliação quantitativa do comprometimento subjetivo da memória. Pontuações mais elevadas indicam uma maior perceção de dificuldades mnésicas. A presente escala apresenta um ponto de corte situado entre três e quatro pontos, valor que indica a presença de queixas de memória clinicamente significativas. No que diz respeito à confiabilidade, no nosso estudo obteve-se um coeficiente ómega hierárquico de 0,86 demonstrando uma boa consistência interna.

Mini-Addenbrooke’s Cognitive Examination (M-ACE)

O M-ACE é um instrumento de avaliação neuropsicológica, desenvolvido com o intuito de averiguar o desempenho das diversas capacidades cognitivas (Grasina et al., 2024; Hsieh et al., 2015). Esta escala é composta por cinco domínios principais: atenção (e.g., “Qual é o dia

da semana?”), memória imediata (e.g., “Vou dizer-lhe o nome de uma pessoa e a sua direção e gostaria que a repetisse depois de mim. Vamos fazê-lo três vezes para que possa aprendê-la. Voltarei a perguntar-lhe o nome e a direção mais tarde.”), fluência (e.g., “Agora diga o nome de todos os animais que consiga. Tem um minuto. Pode começar.”), habilidades visuoespaciais (e.g., “Desenhe um relógio com números e ponteiros, a marcar as cinco e dez.”) e memória diferida (e.g., “Recorda-se do nome e da direção que repetimos no princípio três vezes? Digame do que se lembra.”). A pontuação total do M-ACE pode atingir um máximo de 30 pontos, sendo que um valor igual ou inferior a 17 pontos (ponto de corte) indica a possibilidade de deterioração cognitiva. No que concerne a distribuição da pontuação pelos cinco itens, na atenção e memória é baseada pelo número total de respostas corretas, sendo que respostas ausentes ou recusas são contabilizadas como erros e recebem pontuação zero. No item de fluência verbal, o número total de respostas corretas é registado e posteriormente convertido numa escala de zero a sete pontos. A avaliação das capacidades visuoespaciais é realizada conforme os três parâmetros seguintes: a precisão do desenho do círculo do relógio (até um ponto), a correta disposição dos números (até dois pontos) e a colocação apropriada dos ponteiros (até dois pontos). Relativamente à confiabilidade, o estudo de validação para a população portuguesa (Grasina et al., 2024) reportou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,85, indicando uma boa consistência interna. No presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,79, evidenciando também uma consistência interna aceitável. Contudo, neste estudo, foi utilizado especificamente a componente da memória, tendo-se obtido um alfa de 0,88, o que demonstra uma boa consistência interna.

Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

O GAI, originalmente desenvolvido por Pachana et al. (2007) e posteriormente traduzido e validado para a população portuguesa por Daniel et al. (2015), é um instrumento constituído por 20 itens, concebido para avaliar a sintomatologia ansiosa em pessoas idosas. Trata-se de

uma ferramenta psicométrica de aplicação simples e rápida (com duração máxima de poucos minutos), especificamente desenvolvida para a população geriátrica. O instrumento apresenta um formato de resposta dicotómico simples, com as opções (*Concordo* ou *Discordo*) para cada um dos seus itens (e.g., Item 20: “Muitas vezes sinto-me aflito(a).”). A pontuação total varia entre 0 e 20 pontos, sendo que valores mais elevados indicam níveis mais severos de ansiedade. Na versão portuguesa, foi estabelecido um ponto de corte de 13, que permite discriminar entre a presença e ausência de sintomas de ansiedade clinicamente significativos (Daniel et al., 2015). Relativamente às suas propriedades psicométricas, o GAI demonstrou excelentes índices de consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,91 na versão original (Pachana et al., 2007) e de 0,94 na versão portuguesa (Daniel et al., 2015). No presente estudo, o instrumento apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 demonstrando, deste modo, a manutenção das suas propriedades psicométricas satisfatórias.

Geriatric Depression Scale-8 (GDS-8)

A GDS-8 é um instrumento utilizado para avaliar sintomas depressivos em pessoas idosas (Figueiredo-Duarte et al., 2021; Yesavage et al., 1982). Neste estudo, foi utilizada a versão reduzida da escala, composta por oito itens apropriados à população geriátrica. Os itens apresentam respostas binárias “*sim*” ou “*não*”, com base na experiência dos participantes durante a semana anterior (e.g., Item 1: “Sente a sua vida vazia?”) (Figueiredo-Duarte et al., 2021). A pontuação total da escala pode variar entre zero e oito, sendo considerado indicativo de sintomatologia depressiva significativa um valor superior a cinco, o que corresponde ao ponto de corte definido. Conforme demonstrado na investigação original de Yesavage et al. (1982), o instrumento apresentou uma elevada consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,94. Já no estudo de validação para a população portuguesa, Figueiredo-Duarte et al. (2021) obtiveram um valor de 0,87. No presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach atingiu o valor 0,84, indicando uma boa consistência interna.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-8)

A DERS-8 é um instrumento originalmente desenvolvido por Gratz e Roemer (2004), posteriormente adaptado para uma versão reduzida por Bjureberg et al. (2015) e validado para a população portuguesa por Espírito-Santo et al. (2023). A versão portuguesa desta escala (Espírito-Santo et al., 2023) é composta por quatro subescalas que avaliam dimensões específicas da desregulação emocional: 1) Clareza Emocional, que avalia a dificuldade em diferenciar as diferentes emoções e compreender as suas causas e consequências; 2) Controlo do Impulso, que mede a dificuldade em resistir a comportamentos impulsivos perante emoções negativas; 3) Objetivos, que avalia a dificuldade em manter comportamentos alinhados com metas pessoais durante experiências emocionais negativas; e 4) Aceitação, que se refere à dificuldade em aceitar respostas emocionais negativas, recorrendo a estratégias como evitamento, supressão e negação (Baptista, 2023; Coutinho et al., 2010; Espírito-Santo et al., 2022, 2023). A presente escala é constituída por oito itens (e.g., Item 1: “Tenho dificuldade em compreender os meus sentimentos.”), cujas respostas são assinaladas numa escala de tipo Likert de 1 a 5 pontos, em que 1 corresponde a “*quase nunca*”, 3 a “*cerca de metade do tempo*” e 5 a “*quase sempre*”. A pontuação total varia entre 8 e 40 pontos, sendo que pontuações mais elevadas indicam maiores dificuldades na regulação emocional. Estudos anteriores demonstraram que a escala apresenta boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach de 0,92 (Espírito-Santo et al., 2023) e 0,94 (Baptista, 2023). Adicionalmente, os coeficientes de Spearman-Brown para as subescalas foram considerados adequados, com valores de 0,86 para Clareza Emocional, 0,81 para Objetivos, 0,87 para Controlo do Impulso e 0,85 para Aceitação (Espírito-Santo et al., 2023). No presente estudo, foram obtidos um alfa de Cronbach de 0,88 para a escala total e coeficientes de Spearman-Brown de 0,72 para a Clareza Emocional, 0,79 para os Objetivos, 0,76 para o Controlo do Impulso e 0,77 para a Aceitação.

Procedimentos

A presente investigação foi conduzida de acordo com as etapas detalhadas subsequentemente. Num primeiro momento, foi submetido um pedido de apreciação ética à Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, que emitiu um parecer favorável (Nº. Parecer: CE-PO5-25), assegurando o cumprimento das diretrizes éticas, incluindo a confidencialidade e o respeito pelos direitos dos participantes. Paralelamente, foram solicitadas autorizações aos autores das versões portuguesas dos instrumentos psicométricos selecionados, garantindo a sua utilização no presente estudo. Após a obtenção das autorizações necessárias, procedeu-se à elaboração de uma Bateria de Testes, composta por um formulário de consentimento informado, um questionário sociodemográfico e os instrumentos previamente autorizados.

No que diz respeito ao consentimento informado, este esclarecia os participantes sobre os objetivos da investigação, garantindo a confidencialidade, o anonimato e a participação voluntária, bem como o direito de desistência a qualquer momento, caso assim o desejassem. Deste modo, a aplicação da Bateria de Testes só era iniciada após o participante ter compreendido o consentimento informado e assinado o respetivo documento.

Relativamente ao questionário sociodemográfico, este foi desenvolvido com o propósito de recolher informações relevantes sobre as características dos participantes incluídos no estudo.

Por fim, no que concerne aos instrumentos que integraram o protocolo de investigação, foram utilizados o *World Health Organization Disability Assessment Schedule*, o M-ACE, a *Frontal Assessment Battery*, a *Satisfaction with Life Scale*, a DERS-8, a SMC, o GAI, a GDS-8, a *Positive and Negative Affect Schedule* e a *UCLA Loneliness Scale*.

No que diz respeito ao recrutamento dos participantes, este foi realizado através do envio de um e-mail aos recursos humanos de uma instituição, acompanhado por uma carta dirigida ao diretor, na qual se solicitava autorização para a recolha de dados no contexto institucional.

Após a obtenção da autorização formal, procedeu-se à seleção dos participantes com base nos critérios previamente definidos. A instituição facilitou o acesso aos indivíduos elegíveis, assegurando que a amostra fosse constituída por pessoas que cumpriam os requisitos estabelecidos para a investigação.

A aplicação da Bateria de Testes decorreu de forma individual, num ambiente privado, garantindo a confidencialidade e a privacidade dos participantes. A duração média da aplicação variou entre 45 minutos e uma hora. Salienta-se que todos os princípios éticos foram rigorosamente respeitados ao longo do processo, garantindo a confidencialidade, o anonimato e a proteção dos direitos dos participantes.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada utilizando os programas IBM SPSS Statistics (versão 26.0) e *Jeffrey's Amazing Statistics Program* — JASP (versão 0.18.3.0). Inicialmente, avaliou-se a consistência interna das escalas através do coeficiente alfa de Cronbach ou do Ómega Hierárquico conforme apropriado. A normalidade das distribuições foi testada com o teste de Shapiro-Wilk.

A fiabilidade interna estimada através do coeficiente Ómega Hierárquico (ω_h) deu-se em virtude da natureza ordinal dos itens da SMC e à heterogeneidade das respetivas escalas de resposta. Esta é uma medida mais robusta e apropriada em contextos que violam a pressuposição de tau-equivalência assumida pelo alfa de Cronbach. O cálculo do ω_h baseou-se nas cargas fatoriais padronizadas extraídas de um modelo de equações estruturais (SEM) unifatorial, ajustado no programa JASP. As estimativas foram posteriormente introduzidas na consola R integrada no JASP, onde se aplicou a fórmula de cálculo de ω_h com base na decomposição da variância explicada pelo fator geral e na variância de erro associada a cada item. Este procedimento seguiu as recomendações de McDonald (1999) e Revelle & Zinbarg

(2009), assegurando um índice de fiabilidade robusto à presença de variâncias residuais não homogêneas e diferentes amplitudes de resposta entre itens.

A caracterização sociodemográfica da amostra foi realizada através de estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, frequências e percentagens). Foram também apresentadas as estatísticas descritivas das pontuações das variáveis principais do estudo, incluindo as queixas subjetivas de memória (SMC), o desempenho de memória (M-ACE-M), os sintomas ansiosos (GAI), os sintomas depressivos (GDS-8) e as subdimensões da desregulação emocional (DERS-8).

As pontuações médias da SMC, M-ACE-M, GAI, GDS-8 e DERS-8, foram comparadas com valores normativos através do teste t para uma amostra. Para avaliar a magnitude das diferenças, calculou-se o d de Cohen, interpretado conforme os critérios convencionais: $d = 0,20$ (efeito pequeno), $d = 0,50$ (efeito médio) e $d \geq 0,80$ (efeito grande) (Cohen, 1988; Espírito-Santo & Daniel, 2015).

A comparação entre grupos sociodemográficos foi efetuada com o teste t de Student para amostras independentes, tendo-se reportado o d de Cohen para avaliar a magnitude das diferenças (interpretado de acordo com os critérios referidos anteriormente). Para a variável com mais de dois grupos (nível de escolaridade), foi utilizada a ANOVA unifatorial, complementada com o η^2 (eta quadrado; classificado como: 0,01 = pequeno; 0,06 = médio; $\geq 0,14$ = grande) (Espírito-Santo & Daniel, 2017).

Para descrever e comparar as estratégias específicas de desregulação emocional, foram realizadas análises descritivas e uma ANOVA de medidas repetidas. As estatísticas descritivas incluíram os valores médios e os desvios padrão das dimensões da DERS-8. A ANOVA foi utilizada para identificar diferenças entre as médias das dimensões: Clareza Emocional, Objetivos, Controlo do Impulso e Não Aceitação, tendo sido aplicada a correção de Greenhouse-Geisser devido à violação da suposição de esfericidade. De modo a identificar

quais comparações apresentavam diferenças estatisticamente significativas, foram realizados testes *t* para amostras emparelhadas e correção de Bonferroni, de modo a controlar o erro associado a comparações múltiplas.

As relações entre variáveis contínuas foram examinadas através da correlação de Pearson.

Para explorar o valor preditivo das dimensões da desregulação emocional sobre as queixas mnésicas, foi conduzida uma regressão linear múltipla hierárquica. As covariáveis sociodemográficas foram incluídas no Bloco 1 e as dimensões da DERS-8 no Bloco 2. Antes da análise, foram verificados os pressupostos de normalidade, linearidade, homocedasticidade e independência dos resíduos.

Resultados

Análises Preliminares

Normalidade e Consistência Interna

Relativamente à consistência interna das variáveis em estudo, conforme ilustrado na Tabela 2, todos os instrumentos demonstraram uma boa consistência interna, de acordo com os valores de alfa de Cronbach previamente mencionados na secção dos instrumentos. No caso específico da SMC, o cálculo do coeficiente ómega hierárquico revelou igualmente um elevado grau de consistência interna para os oito itens da escala incluídos na análise ($\omega_h = 0,86$).

As distribuições das pontuações nas cinco escalas violaram o pressuposto de normalidade, com resultados significativos no teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$) para todas as variáveis (Tabela 2). No entanto, os resultados demonstraram que as distribuições das pontuações dos instrumentos respeitaram os critérios de normalidade recomendados por Kline (2016), com valores de assimetria entre -3 e +3, e de curtose entre -10 e +10. Como as violações da normalidade não foram graves, procedeu-se à realização de análises estatísticas paramétricas.

Intensidade das Queixas de Memória, Desempenho Mnésico, Sintomas Ansiosos, Depressivos e Desregulação Emocional

A Tabela 2 expõe os resultados de um estudo descritivo dos instrumentos: SMC, M-ACE-M, GAI, GDS-8 e DERS-8, bem como as respetivas dimensões.

No que respeita à SMC, os resultados demonstraram uma diferença estatisticamente significativa nas pontuações médias ($M = 6,38$; $DP = 4,48$) face ao estudo de referência (Schmand et al., 1996) ($M = 2,62$; $DP = 2,68$; $t_{(781)} = 23,50$; $p < 0,001$); sugerindo um nível superior de queixas subjetivas de memória entre os participantes do nosso estudo, com um tamanho do efeito grande (d de Cohen = 0,84).

A pontuação média obtida no M-ACE-M ($M = 6,01$; $DP = 4,10$) foi significativamente inferior à média reportada no estudo original (Grasina et al., 2024), ($M = 7,48$; $DP = 3,46$; $t_{(773)} = -9,98$; $p < 0,001$); indicando um desempenho cognitivo global mais reduzido na amostra do presente estudo, com um tamanho do efeito pequeno (d de Cohen = -0,36).

Relativamente à GAI, a média da pontuação obtida ($M = 9,56$; $DP = 6,64$) revelou igualmente uma diferença significativa em relação à amostra do estudo original (Daniel et al., 2015) ($M = 10,63$; $DP = 6,94$; $t_{(206)} = -2,33$; $p = 0,021$); indicando que a amostra do presente estudo apresenta um nível de sintomatologia ansiosa ligeiramente inferior ao observado na amostra anterior com um tamanho do efeito insignificante (d de Cohen = -0,16).

A média das pontuações obtidas no GDS-8 ($M = 4,26$; $DP = 2,69$) não diferiu significativamente da média reportada no estudo original ($M = 4,24$; $DP = 2,83$; $t_{(778)} = 0,17$; $p = 0,86$) (Figueiredo-Duarte et al., 2021), indicando níveis de sintomatologia semelhantes nas duas amostras, sendo o tamanho do efeito insignificante (d de Cohen = 0,01).

Por sua vez a pontuação na DERS-8 ($M = 18,37$; $DP = 8,73$) foi ligeiramente superior à média obtida no estudo original ($M = 17,36$; $DP = 8,37$; $t_{(780)} = 3,23$; $p < 0,001$) (Espírito-Santo et al., 2023). No entanto, o tamanho do efeito foi diminuto (d de Cohen = 0,12).

Tabela 2*Análise Descritiva das Variáveis em Estudo, Confiabilidade e Correlações de Pearson*

Variáveis	$\alpha/\omega h$	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>S-W</i>	Min	Máx	Correlações
							1
1. SMC	0,86	6,38	4,48	0,96***	0	21	—
2. M-ACE-M ^a	0,88	6,01	4,10	0,92***	0	14	-0,21**
3. GAI ^b	0,94	9,56	6,64	0,92***	0	20	0,52**
4. GDS-8 ^c	0,84	4,26	2,69	0,90***	0	8	0,42**
5. DERS-8 ^d	0,88	18,37	8,73	0,92***	8	40	0,48**
6. Clareza ^d	0,72	4,43	2,43	0,85***	2	10	0,39**
7. Objetivos ^e	0,79	4,94	2,77	0,88***	2	10	0,42**
8. Impulso ^e	0,76	4,27	2,59	0,83***	2	10	0,38**
9. Não aceitação ^e	0,77	4,73	2,80	0,83***	2	10	0,40**

Nota. *N*=782; α = Alfa de Cronbach; ωh = Ómega Hierárquico; *S-W* = Teste de Shapiro- Wilk; SMC = *Subjective Memory Complaints*; M-ACE-M = Subescala da memória do *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; GDS-8 = *Geriatric Depression Scale – 8 items*; DERS-8 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale – 8 items*.

^a Nove pessoas não responderam.

^b Quinhentos e setenta e cinco não responderam.

^c Três não responderam.

^d Dois não responderam.

^e Um não respondeu.

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Presença e Intensidade das Queixas Subjetivas Mnésicas, Défice Cognitivo Global e Sintomas Emocionais

De acordo com os pontos de corte definidos para os instrumentos utilizados, os resultados (Tabela 3) indicam que a maioria dos participantes apresentou queixas subjetivas de memória severas (70,2%), défice cognitivo global (53,5%) e excedeu o limiar definido para risco clínico de depressão (50,1%), enquanto apenas uma minoria ultrapassou o limiar clínico para ansiedade (10,5%).

Tabela 3

Presença, Intensidade das Queixas Subjetivas Mnésicas, Défice Cognitivo Global e dos Sintomas Ansiosos e Depressivos

Variáveis	Categoria	<i>n</i>	%
SMC	Com queixas (≥ 4)	550	70,2
	Sem queixas (< 4)	233	29,8
M-ACE	Com défice (≤ 17)	419	53,5
	Sem défice (> 17)	184	23,5
GAI	Alto nível de sintomas ansiosos (> 13)	82	10,5
	Baixo nível de sintomas ansiosos (≤ 13)	125	16
GDS-8	Com sintomas depressivos (> 5)	392	50,1
	Sem sintomas depressivos (≤ 5)	387	49,4

Nota. SMC = *Subjective Memory Complaints*; M-ACE = *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; GDS-8 = *Geriatric Depression Scale – 8*.

Estratégias Específicas de Desregulação Emocional

As análises descritivas das subescalas do DERS-8 (Tabela 4) revelaram uma variabilidade moderada nas respostas dos participantes. A ANOVA de medidas repetidas, com correção de Greenhouse-Geisser, indicou um efeito estatisticamente significativo das subescalas da DERS-8, [$F(2,84, 2218,41) = 23,09, p < 0,001, \eta^2_p = 0,029$], evidenciando diferenças significativas entre as estratégias de desregulação emocional avaliadas. A suposição de esfericidade foi violada, conforme indicado pelo teste de Mauchly, $\chi^2(5) = 72,21, p < 0,001$, pelo que se procedeu à aplicação da correção de Greenhouse-Geisser nos graus de liberdade. As análises *post hoc*, com base em testes *t* emparelhados e correção de Bonferroni revelaram diferenças estatisticamente significativas entre várias subescalas da DERS-8. A subescala Objetivos obteve pontuações estatisticamente superiores às subescalas Clareza Emocional ($t_{(780)} = -5,40; p < 0,001$) e Controlo do Impulso ($t_{(781)} = 8,39; p < 0,001$). Similarmente, a subescala Não Aceitação apresentou valores significativamente superiores em comparação com a subescala Clareza Emocional ($t_{(780)} = -3,19; p = 0,009$) e com Controlo do Impulso ($t_{(781)} = 5,95; p < 0,001$). Em contrapartida, não se observaram discrepâncias estatisticamente significativas entre a Clareza Emocional e o Controlo do Impulso ($t_{(780)} = 1,70; p = 0,531$), assim como entre Objetivos e a Não Aceitação ($t_{(781)} = -2,35; p = 0,114$).

Tabela 4

Comparações entre as Médias das Subescalas da DERS-8

Comparação	ΔM	SE	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%
Clareza VS Objetivos	-0,51	0,10	-5,40	< 0,001	[-0,77; -0,26]
Clareza VS Controlo do Impulso	0,16	0,09	1,71	0,531	[-0,09; 0,40]
Clareza VS Não Aceitação	-0,30	0,09	-3,19	0,009	[-0,55; -0,05]
Não Aceitação VS Controlo do Impulso	0,45	0,08	5,95	< 0,001	[0,25; 0,66]
Objetivos VS Controlo do Impulso	0,67	0,08	8,38	< 0,001	[0,46; 0,88]
Objetivos VS Não Aceitação	-0,22	0,09	-2,35	0,114	[-0,03; 0,46]

Nota. ΔM = Diferença média; SE = Erro padrão; *t* = estatística do teste *t* emparelhado; IC = Intervalo de confiança a 95%. Valores de *p* ajustados para múltiplas comparações (Bonferroni). Dados obtidos através de ANOVA de medidas repetidas. Em negrito são assinaladas as pontuações mais altas nas comparações par a par.

Comparação das Variáveis em Estudo pelas Categorias das Variáveis Sociodemográficas

A Tabela 5 apresenta as diferenças da SMC, do M-ACE-M, da GAI, do GDS-8 e da DERS-8 em função de três variáveis sociodemográficas, o sexo, a idade e o nível de escolaridade.

Considerando o fator sexo, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na SMC, $t_{(782)} = -2,60$; $p = 0,009$, com mulheres ($M = 6,63$; $DP = 4,50$) a reportarem mais queixas mnésicas que os homens ($M = 5,67$; $DP = 4,36$). Contrariamente é observado no M-ACE-M $t_{(773)} = 2,29$; $p = 0,022$, os homens apresentam um desempenho superior. Adicionalmente, também se verifica diferenças significativas, $p < 0,001$ na GAI, no GDS-8 e na DERS-8, com mulheres a pontuarem mais alto em todas estas variáveis.

Quanto à idade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na variável M-ACE-M $t_{(769)} = 5,33$; $p < 0,001$, com os participantes mais jovens (60–80 anos) a demonstrarem melhor desempenho mnésico ($M = 7,21$; $DP = 4,06$) em comparação com os mais velhos (81–110 anos) ($M = 5,52$; $DP = 4,01$). Nenhuma diferença foi significativa nas restantes variáveis $p > 0,05$.

Em termos do nível de escolaridade, verificaram-se discrepâncias estatisticamente significativas na variável M-ACE-M $F_{(2, 763)} = 24,25$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,06$, indicando que indivíduos com maior escolaridade ($> 2.^\circ$ ciclo: $M = 7,98$, $DP = 4,23$) demonstram um desempenho superior na memória em comparação com os demais. Em seguida, verificam-se discrepâncias significativas, ainda que de pequena magnitude, no GDS-8 $F_{(2, 767)} = 5,08$; $p = 0,006$ e na DERS-8 $F_{(2, 769)} = 8,04$, $p < 0,001$. Estes resultados indicam que os indivíduos do 2.º ciclo obtiveram classificações substancialmente mais baixas nessas escalas em comparação com os restantes grupos $p < 0,05$.

Por fim, não se observaram discrepâncias estatisticamente significativas nas pontuações da SMC e a GAI pelas categorias das variáveis sociodemográficas.

Tabela 5*Comparação das Variáveis em Estudo entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas*

Variáveis	SMC		M-ACE-M		GAI		GDS-8		DERS-8	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo										
Masculino	5,67	4,36	6,59	4,24	6,31	6,74	3,36	2,69	16,49	7,93
Feminino	6,63	4,50	5,81	4,04	10,85	6,16	4,56	2,62	19,01	8,90
<i>t</i> Student (<i>t</i> , <i>gl</i>)	<i>t</i> (782) = -2,60**		<i>t</i> (773) = 2,29*		<i>t</i> (207) = -4,66***		<i>t</i> (779) = -5,54***		<i>t</i> (781) = -3,54***	
<i>d</i> de Cohen	-0,21		0,19		-0,72		-0,46		-0,29	
Idade										
60–80	6,32	4,86	7,21	4,06	9,27	7,13	4,23	2,68	19,06	8,84
81–110	6,40	4,30	5,52	4,01	9,82	6,38	4,27	2,69	17,99	8,62
<i>t</i> Student (<i>t</i> , <i>gl</i>)	<i>t</i> (777) = -0,23		<i>t</i> (769) = 5,33***		<i>t</i> (205) = -0,55		<i>t</i> (774) = -0,18		<i>t</i> (776) = 1,58	
<i>d</i> de Cohen	-0,18		0,42		-0,83		-0,14		0,12	
Escolaridade										
S/escolaridade	6,55	4,96	4,62	3,61	10,68	6,95	4,76	2,65	19,99	9,49
1ºCiclo	6,45	4,45	5,88	4,01	9,81	6,45	4,28	2,69	18,66	8,72
2º Ciclo	6,02	4,23	7,98	4,23	8,08	7,21	3,71	2,64	15,87	7,64
<i>F</i> (<i>gl</i>); η^2	<i>F</i> (2, 770) = 0,59 η^2 = 0,002		<i>F</i> (2, 763) = 24,25*** η^2 = 0,06		<i>F</i> (2, 200) = 1,36 η^2 = 0,013		<i>F</i> (2, 767) = 5,08** η^2 = 0,013		<i>F</i> (2, 769) = 8,04*** η^2 = 0,02	

Nota. *N* = 731; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *t* = Teste *t* de Student; *gl* = Graus de Liberdade; *F* = Análise de Variância; η^2 = tamanho do efeito (eta quadrado); SMC = *Subjective Memory Complaints*; M-ACE-M = Subescala da memória do *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; GDS-8 = *Geriatric Depression Scale – 8 items*; DERS-8 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale – 8 items*.

^a Dez pessoas não responderam.

^b Quinhentos e setenta e seis não responderam.

^c Quatro não responderam.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Correlatos das Queixas Mnésicas

As correlações de Pearson demonstraram que a SMC se correlacionou negativamente com o M-ACE-M, ($r = -0,21$, $p < 0,01$), e positivamente com a GAI, ($r = 0,52$, $p < 0,01$), com o GDS-8, ($r = 0,42$, $p < 0,01$), e por fim com a DERS-8, ($r = 0,48$, $p < 0,01$). Verificou-se ainda uma associação positiva entre a SMC e todas as subdimensões da DERS-8: Clareza Emocional ($r = 0,39$, $p < 0,01$), Objetivos ($r = 0,42$, $p < 0,01$), Controlo do Impulso ($r = 0,38$, $p < 0,01$) e Não Aceitação ($r = 0,40$, $p < 0,01$).

Análise do Modelo Preditivo Proposto

Os resultados da regressão linear hierárquica demonstraram padrões distintos de associação entre as variáveis. No Bloco 1 (variáveis sociodemográficas), apenas o sexo demonstrou uma associação estatisticamente significativa com as queixas subjetivas de memória ($B = 0,98$; $p = 0,009$), indicando que os participantes do sexo feminino reportaram, em média, 1,01 a mais nestas queixas em comparação com os do sexo masculino.

Com a inclusão das dimensões da DERS-8 no Bloco 2, emergiram três subescalas como preditores significativos: Clareza Emocional ($B = 0,36$; $p < 0,001$), Objetivos ($B = 0,33$; $p < 0,001$) e Não Aceitação ($B = 0,25$; $p < 0,001$). Estes resultados sugerem que maiores níveis de desregulação nestas dimensões estão associadas a um aumento das queixas mnésicas (Tabela 6).

Este segundo bloco demonstrou um aumento substancial de 24% na variância das queixas ($\Delta R^2 = 0,24$; $p < 0,001$), em contraste com a contribuição reduzida das variáveis sociodemográficas no primeiro bloco ($R^2 = 0,01$). É importante salientar que a subescala Controlo do Impulso não apresentou associação estatisticamente significativa com as queixas mnésicas ($B = 0,10$; $p = 0,24$).

Tabela 6
Preditores das Queixas Subjetivas de Memória

Variável	B	IC 95%		EP B	β	t	R²	ΔR²
		LI	LS					
Bloco 1: Sociodemográficas								
Constante	4,93	2,95	6,91	1,01		4,88***	0,01	0,01
Sexo	0,98	2,50	1,72	0,37	0,10	2,63**		
Idade Categorical	-0,05	-0,77	-0,66	0,37	-0,01	-0,15		
Escolaridade Categorical	-0,17	-0,73	0,40	0	-0,02	-0,57		
Bloco 2: DERS-8								
Constante	-0,27	-2,13	1,58	0,95		-0,29	0,25	0,24
Sexo	0,37	-0,28	1,02	0,33	0,04	1,12		
Idade Categorical	0,45	-0,18	1,09	0,32	0,05	1,41		
Escolaridade Categorical	0,42	-0,08	0,92	0,26	0,05	1,64		
Clareza Emocional	0,36	0,22	0,50	0,07	0,19	4,97***		
Objetivos	0,33	0,19	0,47	0,07	0,21	4,64***		
Controlo do Impulso	0,10	-0,07	0,27	0,09	0,06	1,17		
Não Aceitação	0,25	0,11	0,40	0,08	0,16	3,38***		

Nota. B = Coeficiente não padronizado; β = Coeficiente padronizado; IC = Intervalo de Confiança a 95%. LI = limite inferior; LS = limite superior; EP B = erro padrão; R^2 = coeficiente de determinação ajustado; ΔR^2 = variação explicada no modelo. DERS-8 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale- 8 items*.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a relação entre queixas subjetivas de memória, o desempenho mnésico e a desregulação emocional em idosos institucionalizados, considerando ainda a presença de sintomas ansiosos e depressivos, dado o seu conhecido impacto tanto na perceção de défices cognitivos como no desempenho objetivo da memória (Ávila & Bottino, 2006; Christensen et al., 1997). Procurou-se igualmente determinar em que medida a desregulação emocional, poderia predizer a intensidade e a frequência de queixas de mnésicas nesta população específica.

Esta abordagem é justificada pelo facto de tais queixas serem, habitualmente, associadas a níveis elevados de ansiedade, uma vez que os indivíduos com níveis mais elevados de ansiedade, tendem a experienciar os seus esquecimentos com maior intensidade emocional (Beaudreau & O'Hara, 2008; Bolla, 1991; Paulo & Yassuda, 2010). Paralelamente, a sintomatologia depressiva é associada a um desempenho cognitivo inferior em domínios específicos e no funcionamento global (Ávila & Bottino, 2006; Christensen et al., 1997).

Concomitantemente, o impacto da desregulação emocional na perceção subjetiva da memória tem vindo a ser progressivamente reconhecida. A dificuldade em compreender, aceitar e regular as próprias emoções pode resultar numa perceção mais negativa do funcionamento mnésico, mesmo na ausência de défices objetivos (Leahy et al., 2013; M. M. Linehan et al., 2007; McMain et al., 2001). Deste modo, os resultados obtidos no presente estudo possibilitam uma melhor compreensão das interações entre a desregulação emocional e a experiência subjetiva da memória, num contexto particularmente vulnerável como o da institucionalização.

Além da exploração das associações supracitadas, procedeu-se à caracterização da prevalência e intensidade das queixas de memória, do desempenho cognitivo e dos sintomas emocionais na população em estudo, bem como à análise da influência das variáveis sociodemográficas nos fenómenos referidos.

Relativamente ao primeiro objetivo do estudo, os resultados demonstraram uma incidência significativamente elevada de queixas subjetivas de memória, com um tamanho de efeito elevado e pontuações médias superiores às reportadas no estudo original (Schmand et al., 1996). Paralelamente, observou-se que uma proporção significativa da amostra apresentava défice cognitivo global, sendo que o desempenho médio no M-ACE-M foi estatisticamente inferior ao reportado pela validação para a população portuguesa (Grasina et al., 2024), com um tamanho de efeito pequeno a moderado, o que sugere um funcionamento cognitivo global mais comprometido na presente amostra. Este resultado pode refletir o impacto da institucionalização, na qual fatores como a redução da estimulação cognitiva, redução de autonomia e possivelmente um menor acesso a oportunidades para a manutenção de competências cognitivas (Daniel et al., 2015).

Como referido anteriormente, a elevada prevalência de queixas mnésicas poderá não só refletir alterações cognitivas típicas do envelhecimento, mas também estar associada a fatores emocionais, como a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva (Ávila & Bottino, 2006; Beaudreau & O'Hara, 2008). De acordo com a presente amostra, os níveis de ansiedade revelaram-se inferiores aos descritos no estudo de referência (Daniel et al., 2015), contudo, com um tamanho de efeito insignificante a pequeno. Apesar da diferença ser estatisticamente significativa é clinicamente trivial. Em contraste, verificou-se uma prevalência similar de sintomas depressivos em comparação com a amostra do estudo original de (Figueiredo-Duarte et al., 2021), o seu tamanho de efeito foi nulo o que demonstra que os níveis de depressão são equivalentes entre as amostras. Este resultado da presença de sintomas ansiosos e depressivos encontrados em contextos institucionais, possivelmente está associado a fatores como luto prolongado, limitação na rede social ou dificuldade na adaptação à institucionalização (Gaspar, 2022; Oliveira et al., 2014).

Os níveis de desregulação emocional observados revelaram-se substancialmente superiores aos observados na amostra do estudo de validação (Espírito-Santo et al., 2023), sugerindo uma maior vulnerabilidade emocional na amostra deste estudo. Contudo apesar da significância estatística, o tamanho do efeito é pequeno. Este resultado pode estar associado a múltiplos fatores contextuais, nomeadamente o impacto prolongado da pandemia da doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, também conhecida como *Covid-19*, nos ERPI, cujos efeitos adversos na saúde mental persistem mesmo após o término das restrições sanitárias (Gaspar, 2022).

De igual modo, é plausível que ocorram repercussões indiretas em resultados dos confrontos armados em curso, tais como o aumento do custo de vida e a diminuição dos recursos financeiros nas instituições, que tenham contribuído para a criação de um ambiente mais stressante (Martins & Istoe, 2025). A conjugação destas circunstâncias com as características inerentes ao processo de institucionalização, pode ter contribuído para a maior desregulação emocional observada na amostra em estudo.

Em suma, o perfil da presente amostra, é caracterizado por queixas mnésicas proeminentes, com a presença de défice cognitivo, de sintomas ansiosos e depressivos e de desregulação emocional, revelando um perfil clínico complexo, que requer intervenções integradas, combinando estimulação cognitiva com estratégias de regulação emocional.

No que diz respeito ao segundo objetivo, os resultados obtidos indicam que a dimensão mais comprometida da desregulação emocional foi a dificuldade em manter comportamentos orientados para Objetivos, seguida pela Não Aceitação. A Clareza Emocional apresentou valores significativamente inferiores à Não Aceitação, enquanto que o Controlo do Impulso é a subdimensão mais preservada. Este padrão sugere que os participantes enfrentem maiores dificuldades em orientar os seus comportamentos de modo a estarem dirigidos aos objetivos e a experienciarem as emoções negativas como particularmente aversivas.

As dificuldades na subdimensão Objetivos sugerem que, a amostra em estudo, apresenta maior dificuldade em manter comportamentos direcionados para objetivos/metapessoais. Esta limitação pode estar associada a uma diminuição da motivação, presença de sintomatologia depressiva, ou défice nas funções executivas (McMain et al., 2001; Wilson, 2004).

A subdimensão Não Aceitação, apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação à Clareza Emocional e ao Controlo do Impulso, mas não em relação aos Objetivos. Este resultado evidencia uma predisposição para rejeitar ou evitar emoções negativas. Esta dificuldade está frequentemente associada a estratégias desadaptativas de regulação emocional, tais como a supressão emocional ou o evitamento (Espírito-Santo et al., 2022; Gross & Levenson, 1993, 1997; Richards & Gross, 2000, 2006). No contexto de institucionalização esta questão pode revelar-se particularmente problemática, uma vez que a capacidade de tolerar emoções difíceis se reveste de particular importância para a adaptação. Neste sentido, a institucionalização pode exacerbar esta dificuldade, na medida em que limita as possibilidades de processamento adaptativo das emoções (Espírito-Santo et al., 2023; Vicente et al., 2014).

Os níveis de dificuldade na Clareza Emocional, apesar de moderados, indicam uma limitação na capacidade de identificar e compreender os próprios estados emocionais. Esta competência é considerada essencial para uma regulação emocional eficaz e adaptativa (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2002). Em consonância com esta perspetiva, a falha da Clareza Emocional poderá comprometer significativamente a adaptação emocional ao contexto institucional, onde as rotinas são frequentemente rígidas e pouco individualizadas, esta limitação pode ter um impacto particularmente significativo, reduzindo ainda mais expressão individual e reflexão emocional (Gaspar, 2022; Oliveira et al., 2014).

Não obstante as dificuldades mencionadas, os resultados obtidos demonstraram uma relativa preservação da capacidade de Controlo do Impulso, com pontuações substancialmente mais baixas nesta subescala, indicando preservação robusta. Este dado sugere que os

participantes apresentam, de forma geral, a capacidade de inibir comportamentos impulsivos, mesmo na presença de estados emocionais negativos, o que pode ser considerado um fator potencialmente protetor para a estabilidade emocional e social.

O padrão global de desregulação emocional identificado, caracterizado por dificuldades, na orientação de comportamentos dirigidos para Objetivos e na Não Aceitação, mas com preservação parcial da Clareza Emocional, e preservação total do Controlo do Impulso, sugere a necessidade de intervenções específicas que promovam competências de identificação, aceitação e gestão emocional na população idosa institucionalizada. Estes resultados corroboram a literatura que associa o envelhecimento em contextos de vulnerabilidade a maiores desafios na regulação emocional (De Souza Alves et al., 2021; Vicente et al., 2014; Wilson, 2004).

A análise da comparação das variáveis em estudo entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, referente ao Objetivo 3, revelou diferenças estatisticamente significativas, embora com magnitude reduzida, particularmente em função do sexo e da escolaridade. As participantes do sexo feminino reportaram níveis significativamente mais elevados de queixas mnésicas, sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e de desregulação emocional, em comparação com os participantes do sexo masculino. Contrariamente, os homens apresentam melhor desempenho mnésico. Estes resultados estão alinhados com a literatura que documenta uma maior vulnerabilidade emocional nas mulheres, possivelmente relacionada com diferenças nos processos de socialização emocional e na maior tendência para a ruminação (Abbott, 2005; Baptista, 2023; Selby et al., 2008).

Relativamente à idade, os resultados mostraram-se particularmente destintos, relevando uma associação significativa apenas com o desempenho objetivo de memória, onde os participantes mais jovens (60–80 anos) apresentaram resultados claramente superiores face ao grupo etário mais idoso (81–110 anos). Este declínio mnésico é consistente com o esperado no

envelhecimento normativo (De Souza Alves et al., 2021; Wilson, 2004). Não obstante, não se observaram discrepâncias substanciais entre grupos etários nas variáveis emocionais ou nas queixas subjetivas, sugerindo que, apesar do declínio cognitivo gradual associado ao envelhecimento, os sintomas emocionais e a adoção de estratégias de regulação emocional ou de desregulação emocional, tendem a permanecer relativamente estáveis ao longo da senescência (Espírito-Santo et al., 2022; M. M. Linehan et al., 2007; McMMain et al., 2001; Wilson, 2004).

No que concerne o nível de escolaridade, os resultados demonstram efeitos diferenciados. Enquanto se observou um impacto significativo e de magnitude moderada no desempenho mnésico, com indivíduos com maior escolaridade a apresentarem um desempenho superior, os efeitos emocionais, embora estatisticamente significativos para a depressão e desregulação emocional, mostraram-se de pequena magnitude. É importante notar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade entre os diversos níveis de escolaridade. Estes achados corroboram o papel protetor da reserva cognitiva (Pereira, 2021) e sugerem que níveis mais baixos de escolaridade podem estar associados a estratégias de desregulação emocional (Mennin et al., 2005, 2007), embora este efeito seja consideravelmente mais pronunciado no domínio mnésico do que no emocional.

A análise das correlações no âmbito do Objetivo 4, demonstrou um padrão claro de associações entre as queixas subjetivas mnésicas e as demais variáveis em estudo, revelando que os participantes que reportaram mais queixas de memória apresentaram uma correlação negativa estatisticamente significativa ainda que de pequena magnitude com o desempenho objetivo da memória, sugerindo que a percepção subjetiva não reflete diretamente a capacidade mnésica real mas antes se encontra mais vinculada a fatores emocionais e psicológicos conforme documentado na literatura (González et al., 2008; Wilson, 2004).

As associações mais robustas emergiram entre as queixas e os sintomas emocionais, onde se verificaram correlações positivas moderadas com os níveis de ansiedade, a correlação mais forte, seguida pela desregulação emocional e sintomas depressivos, indicando que os indivíduos com maior sintomatologia emocional negativa tendem a relatar um maior número de queixas mnésicas, padrão que corrobora estudos prévios sobre como os estados afetivos negativos podem amplificar a percepção de dificuldades cognitivas através de mecanismos como a redução da capacidade atencional (Richards & Gross, 2000).

A análise demonstrou igualmente correlações positivas significativas entre as queixas mnésicas e a desregulação emocional, bem como com todas as suas subdimensões. Estas associações, ainda que de magnitude moderada, indicam que as dificuldades na compreensão, aceitação e regulação das emoções podem contribuir para uma percepção mais negativa da memória. Estes dados reforçam a relevância dos processos emocionais como determinantes na forma como as pessoas idosas experienciam e interpretam as suas capacidades cognitivas (Coutinho et al., 2010).

Em suma, os resultados das correlações confirmam que as queixas subjetivas de memória estão mais fortemente associadas a fatores emocionais do que ao desempenho objetivo de memória. Esta evidência reforça a importância de considerar a sintomatologia ansiosa, depressiva e da desregulação emocional na avaliação das queixas mnésicas em pessoas de idade avançada, especialmente em contextos institucionais.

O Objetivo 5 consistiu na análise do papel preditivo da desregulação emocional nas queixas subjetivas mnésicas na população idosa institucionalizada. Para esse efeito, foi realizado um modelo de regressão linear hierárquica que revelou padrões distintos de associações. No primeiro bloco de análise contendo variáveis sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), apenas o sexo feminino emergiu como preditor significativo, corroborando pesquisas sobre maior tendência das mulheres reportarem queixas mnésicas, possivelmente

relacionadas com fatores referidos anteriormente, como a diferenças nos processos de socialização emocional e maior predisposição para ruminação (Abbott, 2005; Baptista, 2023; Selby et al., 2008), enquanto idade e escolaridade não demonstraram contribuição significativa, sugerindo que o impacto destas variáveis é reduzido quando analisado isoladamente.

No segundo bloco, foram incluídas as subdimensões da escala da desregulação emocional. Esta adição contribuiu significativamente para o modelo, elevando a sua capacidade explicativa para 25% da variância das queixas mnésicas. Três subdimensões específicas emergiram como preditoras significativas: a dificuldade em manter comportamentos direcionados para Objetivos, a Clareza Emocional e a Não Aceitação. É importante salientar que com a inclusão destas variáveis emocionais, o efeito do sexo perdeu a significância estatística neste bloco, sugerindo que as diferenças inicialmente atribuídas ao sexo refletem na verdade processos subjacentes de regulação emocional.

Estes resultados podem ser interpretados considerando que as dificuldades em orientar comportamentos para Objetivos perante emoções negativas levam as pessoas idosas a interpretar os lapsos de memória normativos como sinais de declínio cognitivo, enquanto a baixa Clareza Emocional dificulta a perceção ajustada dos estados emocionais, resultando numa atribuição incorreta de dificuldades cognitivas. Já a Não Aceitação de emoções negativas pode criar um ciclo de hipervigilância, no qual o desconforto emocional aumenta a atenção para possíveis falhas cognitivas, amplificando, deste modo, a perceção subjetiva de problemas de memória (Benson et al., 2018; Coutinho et al., 2010).

A pertinência destas dimensões sugere que a forma como os idosos lidam com as suas emoções pode influenciar significativamente a perceção do seu funcionamento cognitivo e mnésico, o que está em consonância com estudos prévios que destacam o papel da desregulação emocional como fator preditivo de queixas mnésicas e sofrimento psicológico (Espírito-Santo et al., 2023). A desregulação emocional, ao comprometer a capacidade de lidar eficazmente

com emoções negativas, pode aumentar a atenção subjetiva a falhas cognitivas menores, amplificando a percepção de défices de memória.

Em suma, os resultados do modelo preditivo corroboram a hipótese teórica de que a desregulação emocional constitui um fator explicativo relevante na ocorrência de queixas subjetivas de memória em pessoas de idade avançada e institucionalizados. Estes resultados salientam a necessidade de intervenções que visem a regulação emocional, de modo a prevenir e mitigar queixas mnésicas, contribuindo para uma abordagem mais holística da saúde mental e cognitiva na velhice.

Limitações

O presente estudo, apesar das suas contribuições, apresenta algumas limitações que devem ser consideradas durante a interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, a amostra foi selecionada por conveniência, o que pode limitar a sua generalização à população idosa institucionalizada em geral. Adicionalmente, uma vez que a seleção dos participantes não ocorreu de forma aleatória, mas sim através de voluntários, é possível que tenha ocorrido um viés de seleção.

Além disso, o facto de a amostra ser composta exclusivamente por idosos da região Centro de Portugal e por uma maioria de indivíduos do sexo feminino restringe a generalização dos resultados, dado que homens e mulheres podem experienciar e relatar sintomas emocionais de forma distinta. Em investigações subsequentes, é aconselhável incluir outras regiões ou distritos, de modo a ampliar a abrangência dos resultados.

A avaliação das variáveis em estudo foi realizada através de questionários de heteroadministração. Embora esta metodologia seja amplamente utilizada, apresenta limitações inerentes, como o viés de desejabilidade social e a influência da percepção subjetiva dos participantes. Adicionalmente, no caso da população idosa, a capacidade cognitiva poderá afetar a compreensão e a precisão das respostas obtidas. Em estudos subsequentes, seria

aconselhável incluir entrevistas ou métodos mistos, de modo a reduzir a variância comum do método.

É ainda importante referir que o presente estudo não controlou de forma sistemática variáveis intervenientes potencialmente relevantes, como a presença de comorbilidades clínicas ou a utilização de medicação. Estes fatores podem exercer uma influência sobre o funcionamento cognitivo, o estado emocional e, consequentemente, sobre as variáveis em análise. A sua não inclusão poderá ter condicionado os resultados, pelo que é pertinente tê-los em consideração em futuros modelos de investigação, de modo a aprofundar a compreensão dos determinantes da saúde mental na população idosa.

Por fim, a natureza transversal do delineamento metodológico constitui uma limitação adicional, na medida em que não permite inferir relações causais entre as variáveis em estudo. Embora as análises de regressão indiquem associações entre a desregulação emocional e as queixas subjetivas de memória, não é possível determinar a direção dessas relações nem excluir a interferência de variáveis não controladas. A realização de estudos longitudinais mostra-se, portanto, essencial para validar empiricamente as hipóteses causais derivadas das associações observadas.

Conclusão

Este estudo mostra que as queixas subjetivas de memória em idosos institucionalizados estão mais fortemente associadas à desregulação emocional e à sintomatologia ansiosa e depressiva do que ao desempenho mnésico objetivo.

Entre as subdimensões da desregulação emocional avaliadas, a dificuldade em manter comportamentos orientados para Objetivos emergiu como a principal dificuldade, seguida pela Não Aceitação e por défices de Clareza Emocional, reforçando o papel central dos fatores psicológicos na perceção das capacidades mnésicas.

Os resultados sustentam a necessidade de intervenções que articulem a estimulação cognitiva com o treino da regulação emocional, focando-se em três eixos: ativação comportamental para reforçar a motivação e o foco no comportamento dirigido a Objetivos, a promoção da aceitação emocional e a melhoria da clarificação emocional. Tal abordagem poderá não só mitigar as queixas mnésicas, como também o impacto de fatores contextuais críticos, como por exemplo o isolamento em ERPI.

Este estudo realça a importância de abandonar abordagens simplistas às queixas de memória na senilidade, propondo uma metodologia holística que reconheça a complexa relação entre emoção e cognição em contextos de vulnerabilidade social.

Por fim, futuros estudos devem considerar a inclusão de amostras mais diversificadas e a utilização de metodologias longitudinais, a fim de confirmar as direções causais e alargar a generalização dos resultados. Para se obter uma compreensão mais abrangente das interações entre a desregulação emocional e a saúde mental na população idosa, recomenda-se a realização de entrevistas e o controlo de variáveis adicionais, como por exemplo a presença de comorbilidades e o uso de medicação.

Referências

- Abbott, B. V. (2005). *Emotion dysregulation and re-regulation: Predictors of relationship intimacy and distress* [Universidade do Texas A&M].
<https://hdl.handle.net/1969.1/2380>
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Gamst, A., Holtzman, D. M., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Snyder, P. J., Carrillo, M. C., Thies, B., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 270–279. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>
- Ávila, R., & Bottino, C. M. de C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 316–320.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000010>
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 471–507.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.471>
- Baptista, M. (2023). *Que dimensões da desregulação emocional predizem os sintomas depressivos em pessoas idosas?* Instituto Superior Miguel Torga.
- Beaudreau, S. A., & O'Hara, R. (2008). Late-Life Anxiety and Cognitive Impairment: A Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 790–803.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817945c3>
- Benson, G., Schwarz, C., Horn, N., Marchant, N. L., Flöel, A., & Wirth, M. (2018). *Beyond anxiety and depression: Rumination, stress coping, and quality of life in subjective cognitive decline*. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.06.330>

- Best, D. L., Hamlett, K. W., & Davis, S. W. (1992). Memory complaint and memory performance in the elderly: The effects of memory-skills training and expectancy change. *Applied Cognitive Psychology*, 6(5), 405–416. <https://doi.org/10.1002/acp.2350060505>
- Birch, R. C., Hocking, D. R., & Trollor, J. N. (2016). Prevalence and predictors of subjective memory complaints in adult male carriers of the *FMRI* premutation. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(6), 834–848. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1145905>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2015). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Bolla, K. I. (1991). Memory complaints in older adults: Fact or fiction? *Archives of Neurology*, 48(1), 61. <https://doi.org/10.1001/archneur.1991.00530130069022>
- Brown, R. M., Robertson, E. M., & Press, D. Z. (2009). Sequence skill acquisition and off-line learning in normal aging. *PLOS ONE*, 4(8), e6683. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0006683>
- Brown, T. H., Kairiss, E. W., & Keenan, C. L. (1990). Hebbian Synapses: Biophysical Mechanisms and Algorithms. *Annual Review of Neuroscience*, 13(1), 475–511. <https://doi.org/10.1146/annurev.ne.13.030190.002355>
- Cabral, J. A. R. (2020). *(Des)regulação Emocional, saúde mental e desempenho profissional: Um estudo em trabalhadores portugueses*.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments. Em *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). The Guilford Press.

- Canli, T., Ferri, J., & Duman, E. A. (2009). Genetics of emotion regulation. *Neuroscience*, 164(1), 43–54. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2009.06.049>
- Christensen, H., Griffiths, K., Mackinnon, A., & Jacomb, P. (1997). A quantitative review of cognitive deficits in depression and Alzheimer-type dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 3(6), 631–651.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 145–151. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832010000400001>
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 1–22. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.001>
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Santo, H. M. A. E. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22>
- Davidson, R. J. (1992). Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain and Cognition*, 20(1), 125–151. [https://doi.org/10.1016/0278-2626\(92\)90065-T](https://doi.org/10.1016/0278-2626(92)90065-T)
- De Souza Alves, K., Caetano Trindade, S., & Niemeyer Da Rocha, F. (2021). Atuação do psicólogo no processo de envelhecimento. *Revista Mosaico*, 12(1), 99–104. <https://doi.org/10.21727/rm.v12i1.2265>
- Espírito-Santo, H., Costa-Santos, H., Simões-Cunha, L., Lemos, L., Grasina, A., & Daniel, F. (2022). Does emotional dysregulation mediate the relationship between disability and

- depressive symptoms in older people? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(6), 312–319. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.009>
- Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3–16. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.1.14>
- Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2017). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 3(1), 53–64. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2017.3.1.48>
- Espírito-Santo, H., Paraíso, L., Andrade, D., Daniel, F., Grasina, A., Lemos, L., Simões-Cunha, L., & Bjureberg, J. (2023). Emotion dysregulation in older people: Validity and reliability of an 8-item version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Aging & Mental Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2260329>
- Espírito-Santo, H., Pena, I. T., Garcia, I. Q., Pires, C. F., Couto, M., & Daniel, F. (2016). Memória e envelhecimento: Qual o real impacto da idade? *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2016.2.2.40>
- Figueiredo-Duarte, C., Espírito-Santo, H., Sérgio, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (2021). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. *Aging & Mental Health*, 25(3), 492–498. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739>
- Fjell, A. M., McEvoy, L., Holland, D., Dale, A. M., & Walhovd, K. B. (2014). What is normal in normal aging? Effects of aging, amyloid and Alzheimer's disease on the cerebral

- cortex and the hippocampus. *Progress in Neurobiology*, 117, 20–40.
<https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2014.02.004>
- Flores, B. (2025). *Validação da Escala Queixas Subjetivas de Memória para a população idosa*. Instituto Superior Miguel Torga.
- García, G. E. (2022). *Memória. Recordar e esquecer* (Atlântico Press). Bonatella Alcompas, S.L.
- Gaspar, A. (2022). *Impacto da Pandemia COVID-19 na saúde mental de um grupo de idosos: Estudo exploratório em utentes de serviço de apoio domiciliário*. Escola Superior de Educação Politécnico de Coimbra.
- Ginó, S., Mendes, T., Mendonça, A. de, Guerreiro, M., & Garcia, C. (2007). Escala de Queixas de Memória. Em *Escalas e Testes na Demência* (2.^a ed., pp. 117–120). GEECD.
- González, H. M., Bowen, M. E., & Fisher, G. G. (2008). Memory decline and depressive symptoms in a nationally representative sample of older adults: The health and retirement study (1998–2004). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(3), 266–271. <https://doi.org/10.1159/000115976>
- Grasina, A., Espirito-Santo, H., Lemos, L., Vilar, M. M., Simões-Cunha, L., & Daniel, F. (2024). Mini-ACE: Validation study among older people in long-term care. *Journal of Cognition*, 7(1). <https://doi.org/10.5334/joc.330>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>
- Gregorio, G. P. (2018). *Neurodegeneração. Alzheimer, Parkinson e ELA* (Atlântica Press). Bonatella Alcompas, S.L.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970–986. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.6.970>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>
- Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of Emotion Regulation*, 3–27.
- Hasher, L., & Zacks, R. T. (1988). Working Memory, Comprehension, and Aging: A Review and a New View. Em *Psychology of Learning and Motivation* (Vol. 22, pp. 193–225). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60041-9](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60041-9)
- Hsieh, S., McGrory, S., Leslie, F., Dawson, K., Ahmed, S., Butler, C. R., Rowe, J. B., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2015). The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination: A new assessment tool for dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 39(1–2), 1–11. <https://doi.org/10.1159/000366040>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024, novembro 15). *Estatísticas demográficas 2023: População residente em Portugal aumenta pelo quinto ano consecutivo em resultado do crescimento migratório positivo.* INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646169385&DESTAQUESTema=55466&DESTAQUESmodo=2

- Jessen, F., Amariglio, R. E., van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., Dubois, B., Dufouil, C., Ellis, K. A., van der Flier, W. M., Glodzik, L., van Harten, A. C., de Leon, M. J., McHugh, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., Mosconi, L., Osorio, R. S., Perrotin, A., ... Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 10(6), 844–852. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.01.001>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4.^a ed.). The Guilford Press.
- Latorre Postigo, J. M. (2019). *Psicologia do envelhecimento: A velhice como oportunidade*. Atlântico Press.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. Em *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). The Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Kheir, C. (1993). Borderline personality disorder. Em *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2^a, pp. 396–411). The Guilford Press.
- Litvock, J., & Brito, F. C. D. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. Em *Handbook of the psychology of aging* (1.^a ed., pp. 3–23). Academic Press.

- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181–205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- Martins, K. F. C., & Istoe, R. S. C. (2025). Impacto das condições socioeconômicas na autopercepção de saúde dos idosos. *Revista Contemporânea*, 5(6). <https://doi.org/10.56083/RCV5N6-008>
- McDermott, L. M., & Ebmeier, K. P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.022>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 183–196. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2<183::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<183::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Y)
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 17–29. <https://doi.org/10.1002/cpp.389>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284–302. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>

- Mitchell, A. J., & Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia – meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 252–265. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01326.x>
- Oliveira, S. C. D., Santos, A. A. D., & Pavarini, S. C. I. (2014). The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 65–71. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100008>
- 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>
- Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The Adaptive Brain: Aging and Neurocognitive Scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 173–196. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093656>
- Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(1), 23–26. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100005>
- Pereira, I. F. A. (2021). *O efeito moderador da reserva cognitiva na associação negativa entre depressão e cognição*. Universidade Católica Portuguesa.
- Petersen, R. C. (2011). Mild cognitive impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227–2234. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp0910237>
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 214–228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>

- Raz, N., Lindenberger, U., Rodrigue, K. M., Kennedy, K. M., Head, D., Williamson, A., Dahle, C., Gerstorf, D., & Acker, J. D. (2005). Regional Brain Changes in Aging Healthy Adults: General Trends, Individual Differences and Modifiers. *Cerebral Cortex*, 15(11), 1676–1689. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhi044>
- Rebok, G. W., & Balcerak, L. J. (1989). Memory self-efficacy and performance differences in young and old adults: The effect of mnemonic training. *Developmental Psychology*, 25(5), 714–721. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.5.714>
- 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. <https://doi.org/10.1159/000096295>
- Revelle, W., & Zinbarg, R. E. (2009). Coefficients Alpha, Beta, Omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1), 145–154. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9102-z>
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410–424. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.410>
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2006). Personality and emotional memory: How regulating emotion impairs memory for emotional events. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 631–651. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.07.002>
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029–2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Rodrigues, A. P. G., & Gondim, S. G. (2014). Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: Um estudo com servidores públicos. *São Paulo*, 15(2), 38–65. <https://doi.org/10.1590/S1678-69712014000200003>

- Salthouse, T. A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(5), 754–760.
<https://doi.org/10.1017/S1355617710000706>
- Schmand, B., Jonker, C., Hooijer, C., & Lindeboom, J. (1996). Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*, 46(1), 121–125.
<https://doi.org/10.1212/WNL.46.1.121>
- Scogin, F., Storandt, M., & Lott, L. (1985). Memory-skills training, memory complaints, and depression in older adults. *Journal of Gerontology*, 40(5), 562–568.
<https://doi.org/10.1093/geronj/40.5.562>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 593–611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- Stella, F. (2007). Ansiedade no idoso. Em *Psiquiatria geriátrica: Do diagnóstico precoce à reabilitação* (1.^a ed., pp. 97–106). Atheneu.
- Veloso, M., Gouveia, J. P., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, Artigo 54. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_4
- Vicente, F., Espirito-Santo, H., Cardoso, D., Silva, F. da, Costa, M., Martins, S., Torres-Pena, I., Pascoal, V., Rodrigues, F., Pinto, A., Moitinho, S., Guadalupe, S., Vicente, H. T., & Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63, 308–316. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000039>
- West, R. L., Welch, D. C., & Thorn, R. M. (2001). Effects of goal-setting and feedback on memory performance and beliefs among older and younger adults. *Psychology and Aging*, 16(2), 240–250. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.2.240>

- Wilson, R. S. (2004). Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 75(1), 126–129.
- Yadav, E., & Chanana, S. (2018). Emotional regulation and well-being among elderly. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 8(2), 196–200.
- Yassuda, M. S., Lasca, V. B., & Neri, A. L. (2005). Meta-memória e auto-eficácia: Um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 78–90. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000100011>
- 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)
- Zarit, S. H., Cole, K. D., & Guider, R. L. (1981). Memory training strategies and subjective complaints of memory in the aged. *The Gerontologist*, 21(2), 158–164. <https://doi.org/10.1093/geront/21.2.158>