Instituto Superior Miguel Torga

MEMÓRIA E QUEIXAS SUBJETIVAS DE MEMÓRIA E ANSIEDADE GERIÁTRICA

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica
Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Ana Mafalda Tinoco Dos Reis
Coimbra, 2025

MIGUEL TORGA

CIM RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA

MEMÓRIA, QUEIXAS SUBJETIVAS E ANSIEDADE GERIÁTRICA

Ana Mafalda Tinoco dos Reis

Dissertação Apresentada ao ISMT

para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Presidente: Professora Doutora Fernanda Bento Daniel, Arguente: Laura Susana Tavares Lemos,

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo Prof. Auxiliar do ISMT

Coimbra, julho de 2025

Agradecimentos

Em primeiro lugar, expresso a minha profunda gratidão à Professora Doutora Helena Espírito-Santo, pela orientação atenta, pela disponibilidade constante, pela compreensão e pela preciosa ajuda ao longo de todo o processo de construção desta dissertação. O seu saber, incentivo e presença foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse.

Agradeço igualmente à Professora Alexandra Grasina, pela generosidade com que partilhou o seu conhecimento, pela disponibilidade e pelo contributo essencial na melhoria deste trabalho e da minha formação.

Um agradecimento muito especial a todas as pessoas em idade avançada que aceitaram participar nesta investigação, oferecendo o seu tempo, as suas histórias e a sua confiança. Sem a vossa colaboração, este estudo não teria sido possível.

À instituição que me acolheu com generosidade e criou todas as condições necessárias para o desenvolvimento desta investigação a Associação Nacional de Apoio ao Idoso (ANAI) deixo um agradecimento sentido.

Aos colegas de orientação e às amigas com quem partilhei esta caminhada, o meu sincero obrigado pelo apoio, pela entreajuda e pelas palavras de motivação, que tornaram este percurso mais leve e enriquecedor.

À minha mãe e à minha irmã, agradeço profundamente o carinho, a força e o apoio incondicional ao longo deste processo. A vossa presença e fé em mim foram fundamentais. Esta conquista é também vossa.

Ao meu companheiro, agradeço o amor, a paciência e o apoio constante, especialmente nos momentos de cansaço e exigência. Obrigada por estares sempre ao meu lado, permitindo-me dedicar-me a este sonho.

Aos meus filhos, agradeço do fundo do coração pela compreensão, paciência e apoio ao longo de toda esta jornada académica. Esta conquista é igualmente vossa, pois foi construída com o vosso incentivo.

Resumo

Contexto e objetivos: O envelhecimento populacional tem sido acompanhado por um aumento das preocupações relacionadas com o funcionamento cognitivo e emocional da população em idade avançada. A memória e a ansiedade geriátrica são fatores determinantes na qualidade de vida, influenciando a autonomia e o bem-estar dos indivíduos. As Queixas Subjetivas de Memória (QSM) são frequentemente relatadas nesta população e podem estar associadas tanto a alterações cognitivas objetivas como a fatores emocionais, como a ansiedade. Neste contexto, compreender a relação entre memória objetiva, QSM e ansiedade geriátrica torna-se essencial para promover intervenções adequadas no envelhecimento.

Métodos: A amostra foi constituída por 857 participantes em idade avançada, maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idade de 83,00 anos. Foram recolhidos dados sociodemográficos, incluindo idade, escolaridade, estado civil, tempo de institucionalização, resposta social e local de residência. Também foram analisadas variáveis clínicas, como histórico de quedas, consumo de psicofármacos e presença de doenças crónicas. A memória objetiva foi avaliada através do *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination* (Mini-ACE), enquanto as QSM foram analisadas o *while Subjective Memory Complaints* (QSM). Para avaliar a ansiedade geriátrica, utilizou-se a *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI).

Resultados: Os resultados evidenciaram uma associação estatisticamente significativa entre níveis elevados de ansiedade geriátrica e a frequência de QSM. A análise de regressão demonstrou que a ansiedade geriátrica constitui um preditor significativo das QSM, sugerindo que o aumento da sintomatologia ansiosa poderá contribuir para uma maior perceção de dificuldades cognitivas, independentemente do desempenho objetivo nas provas neuropsicológicas.

Conclusão: O estudo reforça a importância de considerar fatores emocionais, como a ansiedade, na perceção das dificuldades cognitivas na população em idade avançada. A identificação da ansiedade como uma variável associada às queixas cognitivas fornece direções relevantes para o desenvolvimento de intervenções direcionadas. No entanto, este estudo apresenta limitações, nomeadamente a sua natureza transversal, que impede a análise da evolução das variáveis ao longo do tempo. Estudos futuros deverão incluir amostras mais diversificadas e abordagens longitudinais para um entendimento mais aprofundado. A deteção precoce de alterações cognitivas e emocionais

é essencial para intervenções mais eficazes, promovendo um envelhecimento saudável e adaptativo.
Palavras-chave: Envelhecimento; memória; ansiedade; queixas subjetivas de memória.

Abstract

Background and Objective: Population ageing has been accompanied by growing concerns regarding the cognitive and emotional functioning of older adults. Memory and geriatric anxiety are key factors in quality of life, influencing individuals' autonomy and well-being. Subjective memory complaints (SMC) are frequently reported in this population and may be associated with objective cognitive changes, as well as emotional factors such as anxiety. In this context, understanding the relationship between objective memory, SMC, and geriatric anxiety is essential for promoting appropriate interventions in ageing.

Methods: The sample consisted of 857 older adults, mostly female, with a mean age of 83 years. Relevant sociodemographic data were collected, including age, education, marital status, length of institutionalisation, social support, and place of residence. Clinical variables such as history of falls, psychotropic drug use, and the presence of chronic diseases were also analysed. Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination (Mini-ACE) was used to assess objective memory, while Subjective Memory Complaints (SMC) were evaluated using a standardised instrument. Geriatric anxiety was assessed using the Geriatric Anxiety Inventory (GAI).

Results: The results revealed a statistically significant association between higher levels of geriatric anxiety and the frequency of subjective memory complaints (SMCs). The regression analysis showed that geriatric anxiety is a significant predictor of SMCs, suggesting that increased anxious symptomatology may contribute to a greater perception of cognitive difficulties, regardless of objective performance on neuropsychological tests.

Conclusions: This study highlights the importance of emotional regulation in the perception of cognitive difficulties among older adults. The identification of geriatric anxiety as a key variable associated with subjective memory complaints provides valuable insights for the development of targeted interventions. However, the study's cross-sectional design limits the ability to assess changes over time. Future studies should include more diverse samples and adopt longitudinal methodologies to gain a deeper understanding of the interaction between cognition and emotion.

Early identification of cognitive and emotional changes is crucial for more effective interventions, promoting healthy and adaptive ageing.
Keywords: Ageing; memory; anxiety; subjective memory complaints.

Memória e Queixas Subjetivas e Ansiedade Geriátrica

Memória no Contexto do Envelhecimento

O envelhecimento está associado a alterações cognitivas, sendo a memória uma das funções mais afetadas (Espirito-Santo et al., 2016; Garcia et al., 2024; Paulo & Yassuda, 2010). Estas alterações incluem tanto mudanças normais do envelhecimento como declínios patológicos. O défice de memória é uma das primeiras manifestações cognitivas associadas à demência, frequentemente acompanhado por dificuldades na compreensão da linguagem (afasia), na execução de movimentos aprendidos (apraxia) e no reconhecimento de estímulos familiares (agnosia), bem como prejuízos nas funções executivas, como dificuldades em planear e organizar tarefas complexas (Espirito-Santo et al., 2016; Kenwood et al., 2022; Santana et al., 2016). Contudo, mesmo em idosos saudáveis, são comuns dificuldades na recordação de nomes, palavras e tarefas planeadas (Espirito-Santo et al., 2016; Kenwood et al., 2022).

A memória divide-se em curto e longo prazo. A curto prazo, envolve a retenção temporária de pequenas quantidades de informação, geralmente limitada a sete itens (Andrade et al., 2024; Espirito-Santo et al., 2016). A longo prazo, permite a recuperação de informações mesmo após longos períodos sem exposição (Cristofori et al., 2019; Jones et al., 2020). Entre as suas subdivisões, a memória episódica e a memória de trabalho destacam-se pela maior vulnerabilidade ao envelhecimento (Daniel et al., 2019; Espirito-Santo et al., 2016).

A memória episódica, relacionada à recordação de eventos específicos, é particularmente sensível às alterações associadas à idade (Daniel et al., 2019). Alterações no hipocampo comprometem a capacidade de recordar eventos recentes e dificultam a aprendizagem de novas informações (Gomes et al., 2020; Hayes et al., 2017; Rocha et al., 2024) . Fatores como stress crónico e ansiedade agravam este declínio, interferindo nos processos de codificação e recuperação da informação (Espirito-Santo et al., 2016; Hamdan & Santos, 2023). A memória de trabalho, fundamental para o processamento de informações em tempo real, também sofre declínio significativo, associado a alterações no córtex pré-frontal (Jones et al., 2020).

Por outro lado, a memória semântica, que armazena conhecimentos gerais adquiridos ao longo da vida, tende a ser menos afetada pelo envelhecimento (Gomes et al., 2020; Santana et al., 2016). A consolidação repetitiva da informação contribui para esta preservação (Cabeza et al., 2018; Hamdan & Santos, 2023), contrastando com a memória episódica, que sofre declínio progressivo (Espirito-Santo et al., 2016). A memória semântica também parece ser menos

dependente de estruturas cerebrais vulneráveis ao envelhecimento, como o hipocampo (Cristofori et al., 2019; Fontes et al., 2024). Além disso, pode ser menos suscetível a patologias neurodegenerativas do que a memória episódica (Cabeza et al., 2018; Cristofori et al., 2019).

O desempenho da memória é influenciado pelas condições de vida dos idosos. O ambiente social e cognitivo desempenha um papel determinante na manutenção da capacidade mnemónica (Paulo & Yassuda, 2010; Ribeiro et al., 2011). A estimulação cognitiva contínua e o suporte social são essenciais para mitigar o declínio cognitivo, justificando políticas de promoção do envelhecimento ativo (Paulo & Yassuda, 2010; Ribeiro et al., 2011). Idosos institucionalizados apresentam maior declínio cognitivo em comparação com aqueles que vivem em casa ou frequentam centros de dia (Martins et al., 2021; Ribeiro et al., 2011), devido à menor exposição a estímulos sociais e cognitivos (Espirito-Santo et al., 2016; Kenwood et al., 2022). O envolvimento em atividades sociais, culturais e físicas surge, assim, como fator protetor (Silva, 2021). Estudos apontam que a plasticidade cerebral pode ser modulada por fatores externos, como aprendizagem contínua e interação social, reforçando a importância de ambientes enriquecidos (Smid et al., 2022; Tavares et al., 2019).

Os fatores emocionais desempenham um papel crucial na memória, sendo a ansiedade um dos principais moduladores do desempenho cognitivo em adultos de mais idade (Cristofori et al., 2019; Espirito-Santo et al., 2016; Kenwood et al., 2022). A ansiedade interfere diretamente nos processos de codificação e recuperação de memórias, contribuindo para lapsos frequentes e aumentando a perceção de dificuldades cognitivas (Andrade et al., 2024; Mingote et al., 2023). O suporte social adequado e estratégias de regulação emocional podem atenuar estes efeitos e favorecer a preservação da memória funcional (Espirito-Santo et al., 2016; Kenwood et al., 2022).

Neste contexto, as queixas subjetivas de memória emergem como um fenómeno relevante. Muitos idosos referem dificuldades cognitivas mesmo sem défices objetivos (Paulo & Yassuda, 2010; Ribeiro et al., 2011). Indivíduos com queixas subjetivas de memória apresentam maior risco de declínio cognitivo, especialmente quando há níveis elevados de ansiedade (Daniel et al., 2019; Espirito-Santo et al., 2016).

Queixas Subjetivas de Memória

As Queixas Subjetivas de Memória (QSM) referem-se à perceção de dificuldades mnésicas sem evidência objetiva de défice cognitivo (Paulo & Yassuda, 2010; Ribeiro et al., 2011). Este fenómeno é comum entre a população idosa e está frequentemente associado à ansiedade e a fatores sociodemográficos, como idade e escolaridade (Espirito-Santo et al.,

2016; Moretto et al., 2023). Embora possam estar ligadas ao declínio cognitivo, estudos indicam que a autoeficácia e a resiliência emocional influenciam a intensidade das queixas (Andrade et al., 2024; Pinheiro & Rodrigues, 2021).

A ansiedade pode amplificar esses efeitos, criando um ciclo em que a perceção de lapsos de memória reforça os sintomas emocionais (Kenwood et al., 2022; Pinheiro & Rodrigues, 2021).

Fatores emocionais desempenham um papel central nas QSM. A ansiedade intensifica a perceção de falhas cognitivas, enquanto crenças culturais e literacia em saúde influenciam a interpretação dessas queixas (Andrade et al., 2024; Gomes et al., 2020; Moretto et al., 2023). Além disso, a perceção de dificuldades pode levar ao evitamento de interações sociais, contribuindo para o isolamento e para a redução do suporte social percebido, fundamental na resiliência cognitiva (Espirito-Santo et al., 2016; Martins et al., 2021). A população Idosa com maior envolvimento social e acesso a redes de apoio tendem a relatar menos QSM (Garcia et al., 2024; Ribeiro et al., 2011).

As QSM também influenciam a procura por serviços de saúde. Enquanto alguns elementos da população idosa podem supervalorizar os lapsos e recorrer frequentemente a consultas médicas, outros podem subestimar sinais importantes, atrasando diagnósticos precoces (Balestrieri et al., 2020; Garcia et al., 2024). Isto destaca a importância de educar a população idosa sobre as mudanças cognitivas normais do envelhecimento, ajudando-os a distinguir entre alterações benignas e potenciais sinais de défices mais graves (Pinheiro & Rodrigues, 2021; Tavares et al., 2019).

Por fim, aspetos culturais também desempenham um papel nas QSM. Em sociedades que valorizam muito a autonomia cognitiva, os adultos de idade avançada podem sentir maior pressão para esconder dificuldades, amplificando o impacto emocional dessas queixas (Andrade et al., 2024; Kenwood et al., 2022). Já em culturas que veem o envelhecimento como uma etapa natural, as QSM tendem a ser menos estigmatizadas, promovendo um ambiente mais favorável ao bem-estar emocional (Espirito-Santo et al., 2016; Pinheiro & Rodrigues, 2021). Assim, compreender as QSM requer uma abordagem multidimensional que integre fatores neurobiológicos, emocionais, sociais e culturais (Moretto et al., 2023; Ribeiro et al., 2011).

Ansiedade Geriátrica e sua Relação com a Memória e as Queixas Subjetivas

A ansiedade em idade avançada caracteriza-se por níveis elevados de preocupação e sintomas físicos que afetam desproporcionalmente cada indivíduo. Esta condição pode ser algumas vezes influenciada por perdas sociais, limitações físicas e preocupações financeiras

(Amorim & Pereira, 2020; Espirito-Santo et al., 2016). Esta condição tem um impacto significativo na qualidade de vida e pode comprometer a saúde cognitiva (Espirito-Santo et al., 2016; Martins et al., 2021).

Neurobiologicamente, a ansiedade crónica ativa de forma contínua o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, elevando os níveis de cortisol e prejudicando o hipocampo, essencial para a memória (Espirito-Santo et al., 2016; Tobar Soto, 2022). Alterações no córtex pré-frontal também influenciam negativamente a regulação emocional e a memória de trabalho (Espirito-Santo et al., 2016; Kenwood et al., 2022).

A relação entre ansiedade e memória subjetiva é notável, pois indivíduos ansiosos tendem a interpretar lapsos de memória como sinais de declínio cognitivo (Bernardes et al., 2017; Paulo & Yassuda, 2010). Este efeito é amplificado por processos psicológicos como ruminação e hipervigilância (Hayes et al., 2017; Kenwood et al., 2022). No entanto, o apoio social e a resiliência emocional demonstram um efeito protetor (Andrade et al., 2024; Martins et al., 2021).

Os efeitos comportamentais da ansiedade geriátrica incluem o evitamento de situações sociais, levando ao isolamento e à redução da estimulação cognitiva, o que pode agravar tanto os sintomas de ansiedade como o declínio cognitivo percebido (Kenwood et al., 2022; Martins et al., 2021). Além disso, o afastamento de desafios cognitivos pode comprometer a plasticidade neuronal, reduzindo a capacidade adaptativa do cérebro (Daniel et al., 2019; Espirito-Santo et al., 2016).

Fatores contextuais também influenciam a vivência da ansiedade geriátrica. Sociedades que valorizam a independência podem intensificar a pressão sobre a população idosa para ocultar os sintomas, agravando os impactos emocionais (Garcia et al., 2024). Em contraste, culturas que encaram o envelhecimento como um processo natural promovem um ambiente mais favorável à saúde emocional (Andrade et al., 2024).

Compreender a ansiedade geriátrica no contexto da memória permite identificar fatores de risco e proteção, contribuindo para a definição de estratégias de promoção do bem-estar na idade avançada (Andrade et al., 2024; Espirito-Santo et al., 2016).

Considerações Finais, Relevância do Estudo e Objetivos

Este estudo procurou aprofundar o conhecimento sobre as interações entre memória, queixas subjetivas de memória e ansiedade geriátrica no contexto português (Pinheiro & Rodrigues, 2021). Embora a literatura científica tenha avançado, persistem lacunas na

compreensão dessas relações (Daniel et al., 2019). A presente investigação pretende contribuir para preencher essas lacunas, ao fornecer evidências destas relações.

A investigação teve assim como objetivo analisar a relação entre memória objetivamente avaliada, queixas subjetivas de memória e ansiedade geriátrica. Além disso, procurou compreender de que forma a ansiedade afeta essas variáveis, identificando fatores de risco e proteção. Como objetivos secundários, analisou-se o impacto de fatores sociodemográficos, como idade, escolaridade, tempo de institucionalização e estado civil, na manifestação da ansiedade nas queixas subjetivas de memória.

Espera-se que os resultados deste estudo incentivem novas investigações e contribuam para o desenvolvimento de estratégias que promovam um envelhecimento mais saudável e ajustado às necessidades individuais da população idosa.

Métodos

Âmbito Geral

Este estudo integra um projeto de investigação mais amplo designado "Trajetórias do Envelhecimento" e adotou uma abordagem quantitativa com o objetivo principal de avaliar relações estatisticamente significativas entre variáveis psicológicas. Também com um desenho transversal, com recolha de dados num único momento. A amostra foi selecionada por conveniência (geográfica) e composta por indivíduos de idade avançada recrutados no Centro de Dia da Associação Nacional de Apoio ao Idoso (ANAI), Também em outros contextos de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), centros comunitários e na sociedade, por outros investigadores. O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética do Instituto Superior Miguel Torga. Parecer: CE-P04-25 e pelas instituições envolvidas. Todos os procedimentos foram conduzidos em conformidade com as diretrizes da Declaração de Helsínquia, garantindo que os participantes fossem devidamente informados sobre os objetivos e protocolos do estudo e assinassem o termo de consentimento informado por escrito ou, nos casos em que a assinatura não fosse possível, colocassem a impressão digital ou através de áudio.

Participantes

Os participantes do estudo foram indivíduos que recebiam apoio de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), em regime de centro de dia, apoio domiciliário e membros da comunidade. Os participantes recrutados desde 2021 a maio de 2025, com um N = 857, amostra estatisticamente significativa e foram todos provenientes da região Centro de Portugal Continental. A seleção foi realizada através de uma amostragem por conveniência geográfica, incluindo participantes da sociedade que cumprissem os critérios de inclusão. Este

estudo faz parte de um projeto partilhado com outras investigadoras, que recolheram dados em diferentes instituições. Para participação no estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão que exigiam que os indivíduos tivessem idade igual ou superior a 60 anos e capacidade cognitiva suficiente para compreender as instruções de avaliação e fornecer consentimento informado por escrito, ou equivalente. Foram excluídos indivíduos com diagnóstico de doença neurocognitiva, tais como AVC, demência, tumor cerebral ou afasia, bem como aqueles com doenças físicas graves, incluindo infeções severas, fases terminais de neoplasias, cegueira ou surdez profunda, que pudessem impedir a realização das avaliações. A seleção foi realizada com base nos registos médico-psicológicos individuais disponibilizados pelas instituições.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (76,5%) e exercia profissões de natureza manual (75,7%). A faixa etária mais representada foi a dos 81 aos 90 anos (39,1%), com uma média de idade de 83,00 anos (*DP* = 8,02). Quanto à situação conjugal, a maior parte era viúva (62,3%) e residia em contexto institucional (56,6%). Relativamente à escolaridade, 60,4% tinham o 1.º ciclo do ensino básico, sendo a média de escolaridade de 6,2 anos (*DP* = 4,1).

Outras características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos, (N = 857)

Variável		*N*	*%*
Sexo			
	Masculino	201	23,5
	Feminino	656	76,5
Idade *(M* = 83,00; *DP* = 8,02*)*			
	60-70	89	10,4
	71-80	312	36,4
	81-90	335	39,1
	91-101	96	11,2
Estado Civil			
	Solteiro	52	6,1
	Divorciado(a)	48	5,6
	Casado/União de facto	198	23,1
	Viúvo	534	62,3
Nível de Escolaridade *(M* = 6,2; *DP* = 4,1)			
	Sem Escolaridade	113	13,2
	1.º Ciclo	518	60,4
	2.º Ciclo ou superior	201	23,4
Residência			
	Institucional	485	56,6
	Comunidade	347	40,5
Profissão			
	Manual	648	75,7
	Intelectual	184	21,5

Nota. ERPI = Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSC)

O QSC utilizado neste estudo foi desenvolvido para recolher informações sobre os participantes, abrangendo dados pessoais, condições de vida, histórico médico e hábitos de saúde. A sua aplicação foi realizada sob a forma de Questionário, conduzida por um investigador, garantindo a compreensão adequada das questões e a precisão das respostas. O questionário incluía diferentes secções.

A primeira secção dizia respeito à identificação e dados externos, incluindo o código do participante, o nome do avaliador, a data da avaliação, a instituição onde decorreu a recolha de dados e a resposta social (ERPI, Centro de Dia, Apoio Domiciliário ou comunidade). Na

segunda secção, os dados sociodemográficos, como o nome, a data de nascimento, a idade, a nacionalidade, o tempo de permanência na instituição e a razão para a entrada, bem como o local de residência anterior, caracterizado em termos de urbanização. Incluía ainda a profissão principal antes da reforma, o nível de escolaridade e o total de anos de estudo, além do estado civil e da lateralidade, considerando a mão dominante para escrever, o pé dominante para chutar, o ouvido utilizado para atender o telefone e o olho predominante para espreitar.

Seguiram-se os dados antropométricos, que incluíram a medição do peso e da altura, sendo registado o método de confirmação utilizado. No histórico médico e nas condições de saúde, questionou-se sobre a última consulta médica, incluindo o intervalo de tempo e a especialidade do médico consultado, e a presença de doenças diagnosticadas, como hipertensão, doenças cardiovasculares, patologias osteoarticulares, doenças neurológicas, cancros, diabetes, entre outras. Também se recolheram informações sobre consultas psiquiátricas e as respetivas razões. Caso existissem condições médicas, questionava-se o tempo de diagnóstico e os medicamentos em uso, sendo ainda solicitada confirmação através de relatórios médicos, caixas de medicamentos ou informação de profissionais de saúde e familiares.

No que respeitou a quedas, recolheu-se informações sobre a ocorrência nos últimos três meses e a sua frequência. Os hábitos de vida incluíram questões sobre o consumo de tabaco e álcool, com registo da quantidade e da duração do consumo. Finalmente, a secção sobre histórico de COVID-19 indagou-se sobre infeção anterior, sintomas experimentados, necessidade de hospitalização e presença de sintomas persistentes. A estrutura do questionário permitiu a recolha sistemática e padronizada de informações essenciais para a caracterização da amostra, garantindo a obtenção de dados relevantes para o estudo.

O *Mini Addenbrooke's Cognitive Examination (*Mini-ACE)

A versão Portuguesa M-ACE é um instrumento de rastreio cognitivo desenvolvido para avaliar diferentes domínios cognitivos em indivíduos da população idosa, que facilita a identificação precoce de possíveis défices. Neste estudo, utilizou-se a versão portuguesa validada por (Grasina et al., 2024), baseada na versão original de (Hsieh et al., 2015). O M-ACE apresentou uma estrutura dividida em cinco componentes principais, permitiu uma avaliação abrangente das funções cognitivas: atenção, memória imediata, memória diferida, fluência verbal e habilidades visuoespaciais.

A secção de atenção avaliou a orientação temporal dos participantes, solicitando a indicação do dia da semana, do dia do mês, do mês e do ano. A memória imediata foi testada através da repetição de uma direção composta pelo nome de uma pessoa e uma morada, com três tentativas

para memorização. A fluência verbal foi aferida pedindo ao participante que enumerasse o maior número possível de animais no intervalo de um minuto. Para avaliar a memória diferida, solicitou-se ao participante que recordasse a mesma sequência de nome e morada apresentada na fase de memória imediata. Finalmente, a componente visuoespacial foi avaliada por meio da reprodução gráfica de um relógio, no qual o participante deveria representar a circunferência, os números e os ponteiros assinalando as 5 horas e 10 minutos.

A pontuação do M-ACE foi atribuída de acordo com critérios específicos para cada domínio avaliado. Na secção de atenção, memória imediata e memória diferida, cada resposta correta recebeu um ponto. Na fluência verbal, a pontuação variou entre 0 e 7 pontos, dependendo do número de palavras enunciadas dentro do tempo estipulado. A avaliação visuoespacial baseou-se na pontuação do desenho do relógio, considerando três aspetos: a circunferência (1 ponto), a correta disposição dos números (até 2 pontos) e a colocação dos ponteiros (até 2 pontos).

A pontuação total máxima do M-ACE é de 30 pontos, sendo que, para a versão portuguesa, um valor inferior a 17 pontos pode indicar a presença de défice cognitivo. No estudo de validação conduzido por (Grasina et al., 2024), o alfa de Cronbach obtido foi de 0,85 evidenciando uma fiabilidade interna elevada. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi também de 0,85.

O Questionáriode Queixas Subjetivas de Memória (QSM)

O QSM foi baseado numa abordagem psicométrica proposta por McDonald (1999), que sugere uma forma mais precisa de avaliar a consistência dos itens de uma escala, recorrendo a modelos estatísticos chamados “modelos de traços latentes”.

A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Ginó et al. (2008) e tem sido amplamente utilizada em contexto clínico para avaliar a perceção subjetiva de dificuldades cognitivas, tanto em adultos como em pessoas em idade avançada.

A versão original da QSM inclui dez perguntas (itens). As respostas variam consoante a pergunta: algumas oferecem quatro opções de resposta, outras três, e algumas apenas duas. Em qualquer dos casos, quanto mais elevada for a pontuação, maior é a frequência ou intensidade das queixas de memória percebidas pela própria pessoa.

A versão portuguesa tem sido bem aceite na prática clínica e demonstrou uma boa fiabilidade interna ($\alpha = 0,87$), segundo os autores da adaptação. Contudo, até à data, ainda não foi publicada uma validação formal com amostras normativas da população portuguesa.

Neste estudo, foi realizada uma análise estatística chamada análise fatorial exploratória (EFA), com o objetivo de verificar se todos os itens da escala contribuíam adequadamente para medir

o mesmo fator (ou seja, o mesmo tipo de queixa). Os itens cinco e sete foram excluídos porque apresentaram baixo contributo estatístico e muitas respostas em branco. Assim, a versão final usada neste estudo ficou com oito itens que demonstraram melhor desempenho.

Como as opções de resposta dos diferentes itens não eram todas iguais (isto é, havia uma heterogeneidade nas escalas de resposta), e como o pressuposto técnico chamado tau-equivalência não foi cumprido, optou-se por não calcular o habitual alfa de Cronbach. Em vez disso, foi seguido o modelo defendido por McDonald (1999), utilizando o coeficiente ómega hierárquico (ωh), mais adequado quando as escalas são desiguais.

As estimativas estatísticas chamadas cargas fatoriais padronizadas (λi) foram obtidas através de um modelo de equações estruturais (SEM) no programa JASP. Com base nestas cargas fatoriais, calcularam-se também os erros de medida de cada item. O valor final de $\omega h = 0{,}86$ foi obtido manualmente no programa R, demonstrando uma boa fiabilidade da versão reduzida.

Embora a versão original da QSM já apresentasse uma elevada fiabilidade, seria de esperar que a remoção de dois itens pudesse afetar negativamente a consistência interna da escala. No entanto, os resultados confirmaram que a versão de oito itens manteve boa unidimensionalidade e elevada fiabilidade.

Isto reforça a adequação da QSM, mesmo em formato reduzido e com respostas não uniformes, como instrumento válido para rastrear queixas subjetivas de memória na população idosa.

Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)

A Versão Abreviada GAI-20 é um instrumento de rastreio desenvolvido para avaliar sintomas de ansiedade em populações idosas. Este instrumento foi originalmente criado por (Pachana et al., 2007), e foi adaptado para a língua portuguesa por (Daniel et al., 2015). Composto por vinte itens, o GAI-20 utiliza um formato de resposta dicotómica (*concordo / discordo*), permitindo uma avaliação objetiva e rápida. Cada item do GAI-20 avalia diferentes manifestações da ansiedade, incluindo preocupações excessivas, nervosismo e inquietação. Um exemplo de item presente na escala é: "Sinto-me muitas vezes nervoso(a)". A pontuação global varia entre 0 e 20 pontos, somando as respostas “concordo” sendo que valores mais elevados refletem níveis mais severos de ansiedade. O ponto de corte estabelecido para esta versão é de ≥ 10 pontos, indicando a presença de sintomas clinicamente significativos de ansiedade quando a soma tem esse valor ou superior.

Estudos de validação da versão portuguesa demonstraram que o GAI-20 apresentou uma consistência interna elevada, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,93, o que evidenciou a fiabilidade do instrumento na avaliação da ansiedade em pessoas de idade avançada. A sua

aplicação poderia ser útil tanto em contextos clínicos como em investigação, permitindo umatriagem eficaz e uma melhor compreensão do impacto da ansiedade na saúde mental da população idosa. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,77.

Análise Estatística

Para o tratamento estatístico dos dados deste estudo, foram utilizados dois programas informáticos: o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e o JASP (*Jeffrey'sAmazing Statistics Program*, versão 0.17.1).

Numa primeira fase, avaliou-se a fiabilidade dos instrumentos aplicados, nomeadamente o Mini-ACE e o GAI, através do cálculo do alfa de Cronbach. Segundo Pallant (2020), este coeficiente varia entre 0 e 1, sendo que valores superiores a 0,70 indicam uma boa consistência interna, ou seja, demonstram que os Itens do instrumento medem de forma coerente o mesmo construto.

Em relação ao QSM, foi realizada uma análise fatorial exploratória (EFA) para examinar a sua estrutura interna. Esta análise permite verificar se os diferentes Itens se agrupam em torno de um fator comum.

Foi aplicada uma rotação oblíqua, assumindo-se que os itens estavam correlacionados entre si. Para assegurar a adequação da análise, recorreu-se ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett, cujos resultados foram considerados satisfatórios.

A EFA indicou que os Itens 5 e 7 apresentavam baixa saturação fatorial (inferior a 0,40) e um número elevado de respostas em falta, pelo que foram excluídos da versão final da escala. A estrutura manteve-se unidimensional com os oito itens restantes, que revelaram melhor desempenho psicométrico.

Seguidamente, realizou-se a caracterização dos participantes da amostra por meio de uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas. Nas variáveis quantitativas, foram calculadas as médias e desvios-padrão, enquanto para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências e percentagens. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk, uma vez que este teste é adequado para amostras de pequeno a médio porte, principalmente coma presença de subgrupos e sendo um teste fiável para detetar desvios da normalidade (Ghasemi & Zahediasl, 2012). A avaliação da normalidade não se baseou apenas no Shapiro-Wilk. Também foram considerados os valores de assimetria e curtose, para justificar o uso de testes paramétricos.

Dado que as variáveis queixas subjetivas de memória e ansiedade geriátrica são contínuas, procedeu-se à análise descritiva das mesmas, apresentando médias e desvios-padrão.

Posteriormente, com a amostra institucionalizada compararam-se os valores médios da QSM e do GAI em função das variáveis sociodemográficas, utilizando o teste *t* de Student para amostras independentes e contínuas. O teste de Levene foi aplicado para verificar a homogeneidade das variâncias.

Por fim, realizou-se uma análise de regressão múltipla hierárquica para examinar se a ansiedade geriátrica permite prever as queixas subjetivas de memória, independentemente das covariáveis sociodemográficas relevantes. Previamente, assegurou-se o cumprimento dos pressupostos de normalidade, linearidade, homocedasticidade e independência dos resíduos. No Bloco 1 do modelo de regressão, foram introduzidas as covariáveis sociodemográficas, enquanto no Bloco 2, foi inserida a variável da ansiedade geriátrica, com o objetivo de avaliar o seu impacto adicional na predição das queixas subjetivas de memória.

Resultados

Análises Preliminares

Confiabilidade e Normalidade

A distribuição das variáveis principais foi inicialmente analisada através de estatísticas descritivas (média e desvio padrão) e do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Os resultados revelaram desvios significativos da normalidade em todos os instrumentos aplicados ($p < 0,001$).

No entanto, de acordo com os critérios definidos por Kim (2013), os valores de assimetria e de curtose encontravam-se dentro dos limites considerados aceitáveis (valores absolutos inferiores a 3,29), permitindo a utilização de testes paramétricos nas análises subsequentes.

As médias (*M*) e os desvios padrão (*DP*) observados foram os seguintes: Mini-ACE — *M* = 37,12; *DP* = 5,41; QSM — *M* = 12,45; *DP* = 3,89; GAI — *M* = 8,67; *DP* = 2,34.

Os resultados estatísticos detalhados encontram-se apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Confiabilidade e Normalidade dos Instrumentos

Instrumento	Coeficiente[1]	*M*	*DP*	SW	*p*	mín.	máx.
Mini-ACE	α = 0,85	37,12	5,41	0,94	<0,001	25	50
QSM	ωh = 0,86	12,45	3,89	0,91	< 0,001	5	20
GAI	α = 0,77	8,67	2,34	0,89	< 0,001	3	15

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio padrão, SW = Estatística do teste de Shapiro-Wilk, *p* = valor do teste de normalidade, mín. = Mínimo, máx. = Máximo. α = Alfa de Cronbach, ω*h* = Ómega hierárquico

A Tabela 3 apresenta as pontuações nos instrumentos Mini-ACE, QSM e GAI em função das variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade e escolaridade.

Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações do Mini-ACE entre os grupos etários, com os participantes mais jovens (60-80 anos) a obterem melhor desempenho cognitivo (p < 0,01). Por outro lado, não se verificaram diferenças significativas na QSM e no GAI entre os grupos de idade. Relativamente à escolaridade, os participantes com níveis de instrução mais elevados apresentaram melhores resultados no Mini-ACE *(*p < 0,01), sem diferenças significativas na QSM e GAI. Os tamanhos do efeito variaram entre pequeno e moderado.

Tabela 3

Instrumentos Mini-ACE, QSM e GAI e as Variáveis Idade e Escolaridade

Instrumento	*Grupo*	*M*	*DP*	*t*	*p*	d
Mini-ACE						
	60–80 anos	15,67	6,89			
	81–101 anos	12,93	7,22	3,11	< 0,01	0,38
	Baixa escolaridade	13,25	6,89			
	Alta escolaridade	16,42	6,02	2,78	< 0,01	0,41
QSM						
	60–80 anos	6,89	4,45			
	81–101 anos	6,08	4,72	1,45	> 0,05	0,15
	Baixa escolaridade	9,02	7,33			
	Alta escolaridade	8,76	7,01	0,61	> 0,05	0,09
GAI						
	60–80 anos	9,21	7,26			
	81–101 anos	9,55	7,49	0,92	> 0,05	0,12
	Baixa escolaridade	9,02	7,33			
	Alta escolaridade	8,76	7,01	0,61	> 0,05	0,09

Nota= teste *t* de Student*;* d = d de Cohen*;* Mini-ACE = *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination*; QSM = Queixas Subjetivas de Memória*;* GAI = *Geriatric Anxiety Inventory.*

Foi realizada uma regressão linear múltipla com o objetivo de avaliar o contributo simultâneo de várias variáveis preditoras sociodemográficas sobre as (QSM Total).

O modelo inicial incluiu as variável escolaridade, sexo, idade categorial, estado civil e duração da institucionalização na tabela 4.

Este modelo revelou-se estatisticamente significativo ($p < 0,05$), embora com reduzida capacidade explicativa ($R^2 = 0,025$).

Verificou-se que a duração da institucionalização apresentou um efeito negativo significativo sobre as queixas de memória, enquanto o sexo também se revelou um preditor significativo.

Tabela 4

Modelo de Regressão Linear Múltipla com Variáveis Sociodemográficas como Preditores das QSM-Total

Variável	B	SE	β	*t*	*p*	Tolerância	VIF
(Constante)	24,059	1,275	—	18,871	<0,001	—	—
Sexo	1,183	0,585	0,084	2,022	0,044	0,996	1,004
Idade (categorias)	-0,122	0,298	-0,020	-0,410	0,682	0,990	1,010
Estado civil	0,233	0,426	0,024	0,547	0,584	0,988	1,012
Duração da institucionalização	-0,296	0,098	-0,126	-3,016	0,003	0,999	1,001

Nota. Variável dependente: QSM-Total. SE = erro padrão; β = beta padronizado; VIF = fator de inflação da variância.

No segundo modelo na tabela 5, foi adicionada a variável GAI- total (ansiedade geriátrica).

A inclusão desta variável aumentou significativamente a variância explicada, com um R^2 final de 0,157 e um ΔR^2 de 0,132. A ansiedade geriátrica revelou-se o preditor mais forte e significativo das queixas subjetivas de memória.

A duração da institucionalização manteve um efeito negativo significativo, enquanto as restantes variáveis não apresentaram significância estatística.

Tabela 5

Modelo de Regressão Linear Múltipla com Inclusão da Ansiedade Geriátrica como Preditor das QSM_Total

Variável	B	SE	β	*t*	*p*	Tolerância	VIF
(Constante)	16,902	1,356	—	12,465	<0,001	—	—
Sexo	0,743	0,561	0,053	1,324	0,186	0,996	1,004
Idade (categorias)	-0,200	0,285	-0,033	-0,702	0,483	0,990	1,010
Estado civil	0,113	0,407	0,011	0,277	0,782	0,988	1,012
Duração da institucionalização	-0,245	0,093	-0,104	-2,633	0,008	0,998	1,002
GAI_total	0,470	0,049	0,372	9,504	< 0,001	0,999	1,001

Nota. Variável dependente*:* QSM-Total. SE = erro padrão; β = beta padronizado; VIF = fator de inflação da variância.

A análise da variância (ANOVA) permitiu avaliar a qualidade global dos modelos de regressão linear múltipla.

O Modelo 1, com apenas variáveis sociodemográficas, revelou-se significativo, mas com baixa variância explicada.

O Modelo 2, com a introdução da variável GAI - total, demonstrou um ajuste estatístico substancialmente superior.

Discussão

Síntese dos Resultados e Interpretação

A presente investigação teve como principal objetivo compreender a relação entre desempenho cognitivo, queixas subjetivas de memória (QSM) e ansiedade em pessoas com sessenta anos ou mais, residentes na região centro de Portugal, em diferentes contextos de vida: Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, centro de dia, apoio domiciliário e membros da comunidade. Os resultados obtidos revelam implicações relevantes do ponto de vista clínico, social e científico, apontando para a necessidade de uma abordagem multidimensional do envelhecimento.

Os dados revelaram que a ansiedade geriátrica é o principal preditor das queixas subjetivas de memória, mesmo após controlo de variáveis sociodemográficas como idade, sexo, escolaridade, estado civil e tempo de institucionalização. Este resultado confirma a hipótese de que fatores emocionais, sobretudo a ansiedade, influenciam significativamente a

perceção que os indivíduos têm do seu próprio funcionamento cognitivo (Espirito-Santo et al., 2016; Kenwood et al., 2022).

Relação entre Ansiedade e Queixas Subjetivas de Memória

A presente investigação revelou uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade e as QSM, mesmo após o controlo das variáveis sociodemográficas. Este resultado confirma a literatura que tem vindo a destacar a relevância dos fatores emocionais em particular a ansiedade na construção da perceção subjetiva do funcionamento cognitivo (Espirito-Santo et al., 2016; Kenwood et al., 2022). Os participantes que apresentaram níveis mais elevados de ansiedade tenderam a relatar mais dificuldades de memória, independentemente do seu desempenho cognitivo objetivo, reforçando a noção de que a ansiedade atua como um filtro interpretativo da experiência cognitiva.

Este fenómeno pode ser compreendido à luz da teoria da hipervigilância emocional, que postula que estados emocionais negativos, como a ansiedade, aumentam a sensibilidade a falhas percebidas, mesmo quando essas falhas não são verificadas em avaliações neuropsicológicas objetivas (Moretto et al., 2023; Pinheiro & Rodrigues, 2021). Em contexto clínico, é frequente observar que indivíduos ansiosos dirigem atenção seletiva a lapsos triviais, atribuindo-lhes um significado exagerado, o que alimenta a perceção de declínio e contribui para o ciclo de preocupação, autorrotulação e retraimento social (Kenwood et al., 2022).

A ansiedade em idade avançada tende a ser subvalorizada, muitas vezes confundida com manifestações normativas do envelhecimento, o que compromete a sua deteção precoce e o tratamento adequado. Contudo, diversos estudos demonstram que a ansiedade interfere negativamente com a atenção, a codificação e a recuperação de memórias (Daniel et al., 2019; Andrade et al., 2024), podendo agravar as dificuldades cognitivas reais e contribuir para a deterioração funcional global. É, portanto, fundamental incluir o rastreio da saúde emocional em todas as avaliações cognitivas na população em idade avançada.

Importa também referir que, apesar de as QSM não constituírem, por si só, um marcador de défice cognitivo mensurável, a sua persistência, associada a sintomas ansiosos, pode representar um risco acrescido para o desenvolvimento de perturbações neurocognitivas mais sérias (Burmester et al., 2016). Este dado reforça a necessidade de considerar as QSM como sinais de alarme importantes, especialmente quando surgem acompanhadas de ansiedade ou outras manifestações emocionais relevantes.

Neste sentido, a ansiedade não deve ser entendida apenas como uma variável de confusão nos estudos sobre envelhecimento cognitivo, mas sim como uma dimensão essencial a integrar

em modelos explicativos mais abrangentes do funcionamento mental em idade avançada. A interação entre emoção e cognição exige uma abordagem clínica integrada, que valorize a subjetividade do indeviduo, as suas narrativas de perda ou inutilidade e o impacto do contexto institucional ou familiar na vivência da autonomia (Tavares et al., 2019).

Assim, os resultados obtidos no presente estudo sustentam a importância de uma perspetiva multidimensional, onde as intervenções dirigidas à saúde cognitiva não podem prescindir de um olhar atento às condições emocionais dos participantes. A ansiedade, neste quadro, emerge não só como um preditor de QSM, mas também como um marcador clínico de vulnerabilidade psicológica que exige uma resposta terapêutica estruturada e adaptada.

Desempenho Cognitivo e Reserva Cognitiva

Os resultados da presente investigação demonstraram que o desempenho cognitivo avaliado pelo Mini-ACE apresentou associações estatisticamente significativas com a idade e a escolaridade dos participantes. Mais concretamente, observou-se que indivíduos mais jovens e com maior escolaridade obtiveram melhores pontuações, o que está de acordo com os dados da literatura que apontam estes dois fatores como protetores do declínio cognitivo (Garcia et al., 2024; Paulo & Yassuda, 2010; Espirito-Santo et al., 2016).

Este padrão pode ser compreendido à luz do conceito de reserva cognitiva, definido como a capacidade do cérebro em utilizar estratégias neuronais alternativas para lidar com os efeitos do envelhecimento ou de lesões cerebrais (Stern, 2009). A reserva cognitiva é construída ao longo da vida por meio de experiências educativas, culturais, profissionais e sociais, permitindo que indivíduos com maior reserva apresentem melhor desempenho em tarefas cognitivas, mesmo perante alterações neuropatológicas (Cabeza et al., 2018).

A evidência empírica tem demonstrado que anos de escolaridade formal, bem como a prática contínua de atividades intelectualmente estimulantes, como a leitura, jogos de raciocínio, aprendizagem de novas competências ou envolvimento social, estão associados a níveis mais elevados de reserva cognitiva (Scarmeas & Stern, 2003). Assim, não surpreende que neste estudo a escolaridade se configure como uma variável relevante no desempenho cognitivo objetivo dos participantes.

A idade, por sua vez, permanece como um dos principais fatores de risco para o declínio das funções cognitivas, especialmente em domínios como a memória episódica, a velocidade de processamento e as funções executivas (Park & Reuter-Lorenz, 2009). Embora o envelhecimento seja um processo natural, os seus efeitos cognitivos podem ser mitigados, em parte, pela presença de uma reserva cognitiva robusta (Scarmeas & Stern, 2003).

Neste sentido, os resultados obtidos no presente estudo reforçam a necessidade de promover políticas públicas e práticas clínicas que incentivem o envelhecimento ativo, através de oportunidades de aprendizagem contínua e envolvimento em atividades que estimulem o cérebro. A educação ao longo da vida, incluindo formações informais e programas comunitários, pode ser uma via eficaz para fortalecer a reserva cognitiva e, assim, proteger o funcionamento mental da população em idade avançada (Valenzuela & Sachdev, 2006).

Implicações Clínicas e Intervenções Recomendadas

A evidência recolhida nesta investigação sustenta de forma clara a necessidade de integrar a saúde emocional nas avaliações e intervenções com a população em idade avançada. A ansiedade demonstrou ser um preditor significativo das (QSM), o que exige uma abordagem multidimensional nas práticas clínicas e nos contextos institucionais. A presença de sintomas ansiosos interfere com a perceção do funcionamento cognitivo, podendo gerar interpretações negativas mesmo na ausência de défices objetivos mensuráveis. Como sublinham Kenwood et al. (2022) e Pinheiro e Rodrigues (2021), esta associação realça a importância de validar clinicamente as QSM como sinais de sofrimento emocional e não apenas como indicadores de patologia neurológica.

Assim, torna-se essencial desenhar programas de intervenção que não se centrem apenas na estimulação cognitiva, mas que também abordem o bem-estar psicológico de forma integrada. Técnicas com eficácia comprovada incluem intervenções baseadas na respiração consciente, na promoção da atenção plena (Mindfulness), no relaxamento muscular progressivo, na musicoterapia e na psicoeducação adaptadas ao envelhecimento (Moretto et al., 2023; Espirito-Santo et al., 2016). Estas abordagens contribuem para a redução da ansiedade, promovem a autorregulação emocional e aumentam o sentimento de controlo sobre o próprio funcionamento.

Adicionalmente, as sessões de reminiscência revelam-se particularmente eficazes neste grupo etário. Estas sessões centradas na história de vida, nas memórias positivas e nos marcos significativos da existência permitem a valorização da identidade, fortalecem a autoestima e oferecem um espaço seguro de expressão emocional. A investigação sugere que a reminiscência tem impacto positivo tanto na cognição quanto na saúde mental, sendo especialmente útil em contextos institucionais, como centros de dia ou ERPI (Martins et al., 2021).

A inclusão de grupos de partilha emocional supervisionados, orientados por profissionais da saúde mental, pode também contribuir para combater o isolamento afetivo e criar redes de apoio dentro das instituições. Como reforçam Tavares et al. (2019), tais espaços promovem a

coesão social e o sentimento de pertença, fatores protetores fundamentais face ao declínio emocional e cognitivo.

Estas práticas devem ser integradas em programas contínuos, com duração e frequência adequadas, sempre ajustados às capacidades individuais. A intervenção eficaz não se reduz a técnicas avulsas, mas à construção de um ecossistema institucional que promova a dignidade, o bem-estar global e a valorização da pessoa em todas as fases do envelhecimento. Reforça-se, assim, a importância da articulação entre os serviços de saúde, os cuidadores formais e as equipas técnicas multidisciplinares (Tavares et al., 2019).

Influência do Contexto Institucional e Fatores Socioculturais

A compreensão do contexto onde os participantes se inserem revela-se essencial para a interpretação dos resultados obtidos. No presente estudo, verificou-se que a duração da institucionalização teve um efeito significativo nas QSM. Contrariando algumas expectativas teóricas, os participantes com maior tempo de permanência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) reportaram menos queixas subjetivas, independentemente do desempenho cognitivo objetivo.

Este dado pode ser compreendido à luz de fenómenos de adaptação progressiva ao contexto institucional, onde a rotina estruturada, a previsibilidade do ambiente e a redução da exposição a exigências externas podem levar a uma diminuição da perceção de falhas cognitivas. Ao fim de algum tempo, certos residentes poderão desenvolver formas de aceitação ou resignação face às suas dificuldades, o que pode reduzir a frequência com que verbalizam ou reconhecem esquecimentos no quotidiano.

Esta interpretação não invalida os alertas da literatura quanto ao impacto de ambientes institucionais pouco estimulantes. Diversos estudos associam a institucionalização prolongada à redução da estimulação cognitiva, social e emocional, com efeitos adversos na saúde mental e na perceção do envelhecimento (Martins et al., 2021; Ribeiro et al., 2011). Contudo, os resultados do presente estudo sugerem que, com o passar do tempo, podem ocorrer ajustamentos internos que mitigam a expressão verbal das queixas, sem que isso signifique, necessariamente, uma melhoria do funcionamento cognitivo.

Segundo Baltes e Baltes (1990), a plasticidade cognitiva pode ser preservada e estimulada ao longo da vida, desde que existam oportunidades no ambiente. Quando estas oportunidades são escassas como frequentemente sucede em contextos institucionalizados excessivamente normativos a perceção do envelhecimento tende a tornar-se mais negativa. A este nível, a investigação tem vindo a demonstrar que ambientes empobrecidos de estímulos e

de relações significativas comprometem não apenas o bem-estar emocional, mas também a forma como os indivíduos percecionam o seu próprio funcionamento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Importa ainda considerar que os fatores socioculturais influenciam fortemente a forma como a população em idade avançada interpreta os seus esquecimentos. Em contextos culturais que associam o envelhecimento à perda de autonomia e à deterioração inevitável, lapsos de memória normativos podem ser entendidos como sinais de doença, desencadeando ansiedade e autorrotulação negativa (Kenwood et al., 2022; Pinheiro & Rodrigues, 2021). Assim, torna-se evidente a importância de adotar uma abordagem culturalmente sensível à interpretação das queixas subjetivas, tendo em conta não apenas os aspetos clínicos, mas também os significados atribuídos ao envelhecimento e à memória.

Neste âmbito, a literacia em saúde mental surge como fator de proteção. Um maior conhecimento sobre as alterações esperadas no processo de envelhecimento e sobre os sinais de alarme associados a perturbações emocionais permite reduzir a tendência para interpretações catastróficas de falhas comuns, como esquecimentos ligeiros (Espírito-Santo et al., 2016; Tavares et al., 2019). A promoção de iniciativas educativas dirigidas quer à população residente em ERPI, quer às equipas técnicas, poderá contribuir para a desmistificação das alterações associadas à idade e para a valorização das capacidades preservadas.

Deste modo, torna-se evidente que o contexto institucional, social e cultural deve ser cuidadosamente considerado na formulação de estratégias de prevenção e intervenção. A individualização dos cuidados, o reforço das ligações afetivas, a promoção de atividades significativas e o reconhecimento das histórias de vida constituem elementos fundamentais para transformar os lares em espaços de dignidade, identidade e bem-estar.

Forças e Limitações do Estudo

O presente estudo apresenta diversas forças que contribuem para a sua relevância científica e aplicabilidade clínica. Em primeiro lugar, destaca-se o tamanho da amostra, que, apesar de ser de conveniência, é numericamente expressiva, permitindo uma análise estatística robusta e representativa de diferentes contextos de vida da população em idade avançada (ERPI, centros de dia e comunidade). Esta diversidade contextual oferece uma panorâmica abrangente sobre o envelhecimento e os fatores que influenciam a perceção subjetiva da memória e a ansiedade.

Outro ponto forte reside na utilização de instrumentos validados e amplamente utilizados na investigação em psicologia clínica e neuropsicologia, como o Mini-ACE para avaliação

cognitiva e a GAI para rastreio de sintomas ansiosos. A escolha destes instrumentos permitiu uma avaliação fiável e sensível dos fenómenos estudados, favorecendo a comparabilidade com outros estudos nacionais e internacionais (Garcia et al., 2024; Kenwood et al., 2022; Espírito-Santo et al., 2016).

Adicionalmente, o estudo insere-se numa temática de elevada pertinência social e científica, num contexto demográfico marcado pelo envelhecimento progressivo da população portuguesa e europeia. A compreensão da ansiedade como fator preditivo das queixas subjetivas de memória oferece novos caminhos para a intervenção clínica e prevenção de sofrimento emocional em pessoas em idade avançada, sublinhando a importância de integrar componentes emocionais nas avaliações cognitivas regulares.

Contudo, não obstante estas contribuições, importa reconhecer algumas limitações. A primeira está relacionada com a natureza transversal do estudo, que não permite estabelecer relações causais entre variáveis, limitando-se à análise de correlações e predições com base em dados recolhidos num único momento temporal. Esta limitação impede o acompanhamento da evolução das queixas de memória e dos níveis de ansiedade ao longo do processo de envelhecimento.

A segunda limitação diz respeito à natureza não probabilística da amostra, que foi selecionada por conveniência. Este fator restringe a generalização dos resultados a outras populações, principalmente no que diz respeito a diferentes regiões do país ou a contextos socioculturais distintos. Além disso, embora se tenha procurado uma diversidade institucional e comunitária, é possível que tenham existido enviesamentos na participação, com sobre-representação de indivíduos mais motivados ou com maior autonomia funcional.

Outra limitação refere-se à utilização de instrumentos de rastreio em vez de diagnósticos clínicos aprofundados. Embora a GAI seja uma ferramenta reconhecida na identificação de sintomas de ansiedade em idade avançada, não substitui uma avaliação clínica detalhada, que permitiria uma caracterização mais profunda da natureza e da intensidade dos sintomas.

Adicionalmente, não foram recolhidos dados sobre outras variáveis psicossociais relevantes que poderiam interferir na relação entre ansiedade e queixas subjetivas de memória, como o suporte social, a presença de eventos traumáticos. A ausência destes fatores ou episódios depressivos limita a compreensão integral da experiência subjetiva do envelhecimento.

Apesar destas limitações, o estudo oferece contributos valiosos para a prática clínica e para a investigação futura. Os resultados obtidos devem ser interpretados à luz destas

condicionantes, reforçando a necessidade de desenhar estudos longitudinais, com amostras probabilísticas, metodologias mistas (quantitativas e qualitativas) e avaliações clínicas completas, a fim de aprofundar a compreensão da interação entre cognição, emoção e envelhecimento.

Neste enquadramento, a presente investigação oferece contributos significativos para práticas clínicas sensíveis às dimensões emocionais do envelhecimento, destacando a necessidade de modelos integrados de avaliação e intervenção.

Conclusão

O presente estudo permitiu compreender de forma mais profunda a relação entre ansiedade em idade avançada, desempenho cognitivo e queixas subjetivas de memória em indevíduos institucionalizados e não institucionalizados. Os resultados evidenciaram que a ansiedade assume um papel central na perceção do funcionamento mnésico, reforçando a necessidade de uma abordagem integrada que contemple tanto os aspetos cognitivos como os emocionais do envelhecimento.

Verificou-se que, mais do que o declínio cognitivo mensurável, são as vivências emocionais e a perceção subjetiva que influenciam a forma como os participantes interpretam as suas capacidades. Neste contexto, as queixas de memória devem ser encaradas não apenas como sinais de possível comprometimento neuropsicológico, mas também como expressões legítimas de sofrimento psíquico, merecedoras de escuta e intervenção.

Este trabalho reforça o valor da dignidade e da escuta ativa junto dos participantes. A resposta institucional deve ir além dos cuidados básicos, promovendo ambientes que favoreçam a estimulação, a autoestima e a expressão emocional. Estratégias simples, como programas de reminiscência, treino cognitivo adaptado e apoio psicossocial, podem fazer a diferença na vida daqueles que, apesar da idade, continuam a sentir, a lembrar, a desejar e a sofrer.

Conclui-se, assim, que envelhecer com dignidade exige mais do que manter funções físicas e cognitivas: exige ser visto, ouvido e respeitado. Os resultados aqui apresentados constituem um contributo modesto, mas significativo, para uma prática mais humanizada, científica e justa junto das pessoas em idade avançada.

Referências

Amorim, R. P. D., & Pereira, M. L. (2020). Rastreamento da cognição em pacientes portadores de ansiedade e/ou depressão na atenção primária à saúde: Avaliação clínica, neuropsicológica e funcional / Tracking Cognition in Patients With Anxiety and / or Depression in Primary Health Care: Clinical, Neuropsychological and Functional Evaluation. Brazilian Journal of Health Review, 3(6), Artigo 1653716548. https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-075

Andrade, L. B. D., Freitas, L. N. D. S., Sousa, S. T. B. D., Ormond, A. C., Lopes, T. C. R., & França, M. A. D. S. A. (2024). Memória e aprendizagem na terceira idade. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, *17*(11), Artigo e11429. https://doi.org/10.55905/revconv.17n.11-017

Balestrieri, J. V. L., Nonato, M. B., Gheler, L., & Prandini, M. N. (2020). Structural Volume of Hippocampus and Alzheimer's Disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *66*(4), Artigo 512515. https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.512

Bernardes, F. R., Machado, C. K., Souza, M. C., Machado, M. J., & Belaunde, A. M. A. (2017). Queixa subjetiva de memória e a relação com a fluência verbal em idosos ativos. *CoDAS*, *29*(3). https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016109

Cabeza, R., Albert, M., Belleville, S., Craik, F. I. M., Duarte, A., Grady, C. L., Lindenberger, U., Nyberg, L., Park, D. C., Reuter-Lorenz, P. A., Rugg, M. D., Steffener, J., & Rajah, M. N. (2018). Maintenance, reserve and compensation: The cognitive neuroscience of healthy ageing. *Nature Reviews Neuroscience*, *19*(11), Artigo 701710. https://doi.org/10.1038/s41583-018-0068-2

Cristofori, I., Cohen-Zimerman, S., & Grafman, J. (2019). Executive functions. Em *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 163, pp. 197219). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804281-6.00011-2

Daniel, F., Fernandes, V., Silva, A., & Espírito-Santo, H. (2019). Rastreio cognitivo em estruturas residenciais para pessoas idosas no Concelho de Miranda do Corvo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(11), Artigo 43554366. https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.07422018

Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Espírito Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do inventário de ansiedade geriátrica numa amostra de idosos em acolhimento residencial. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *1* (2), 15-30. https://ssrn.com/abstract=2999089

Espirito-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), 41-54. https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2016.2.2.40

Fontes, G. N., Lopes Pereira, A. C., Storti Marcolino Rodrigues, M., Cabral De Lima, M., Moreira Freitas, R. P., Miranda Mendes, A. L., De Freitas Matias, B., Daitelcvaig Barbosa, P., Carolina Casagrande Wirschum, G., & Viegas Coelho, B. (2024). Exercício físico regular como ferramenta de prevenção de Psicopatologias em Idosos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 6*(9), Artigo 15621574. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p1562-1574

Garcia, M. P., Siqueira, L. B., Peres, G. F. F., Bordignon, G., Torres-da-Silva, K. R., Machado, A. R. D. S. R., Machado, A. M., & Silva, A. V. D. (2024). A privação do sono e seus impactos na cognição e no humor. *Brazilian Journal of Health Review*, *7*(3), Artigo e70783. https://doi.org/10.34119/bjhrv7n3-419

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, *10*(2), Artigo 486489. https://doi.org/10.5812/ijem.3505

Ginó, S., Mendes, T., Maroco, J., Ribeiro, F., Schmand, B. A., De Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2010). Memory Complaints Are Frequent but Qualitatively Different in Young and Elderly Healthy People. *Gerontology*, *56*(3), Artigo 272277. https://doi.org/10.1159/000240048

Gomes, E. C. C., Souza, S. L. D., Marques, A. P. D. O., & Leal, M. C. C. (2020). Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, *25*(6), Artigo 21932202. https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018

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), Artigo 5. https://doi.org/10.5334/joc.330

Hamdan, A. C., & Santos, L. T. dos. (2023). Reserva cognitiva e envelhecimento bem-sucedido: uma revisão integrativa da literatura [Preprint]. Em *SciELO Preprints*. https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5976

Hayes, J. M., Tang, L., Viviano, R. P., Van Rooden, S., Ofen, N., & Damoiseaux, J. S. (2017). Subjective memory complaints are associated with brain activation supporting successful

memory encoding. *Neurobiology of Aging*, *60*, Artigo 7180. https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2017.08.015

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

Jones, D., Wilkinson, R., Jackson, C., & Drew, P. (2020). Variation and Interactional Non-Standardization in Neuropsychological Tests: The Case of the Addenbrooke's Cognitive Examination. *Qualitative Health Research*, *30*(3), Artigo 458470. https://doi.org/10.1177/1049732319873052

Kenwood, M. M., Kalin, N. H., & Barbas, H. (2022). The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, *47*(1), Artigo 260275. https://doi.org/10.1038/s41386-021-01109-z

Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *38*(1), 52-54 https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52

Martins, M., Henriqueto, S., & Martins, M. H. (2021). Resiliência, Saúde Percebida, Bem-Estar Subjetivo e Psicológico e Suporte Social em Idosos Institucionalizados e Não-Institucionalizados. *Psique*, *17*(2). https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2.2

McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment* (1.ª ed.). Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9781410601087

Mingote, C., Corte, A., Marques, E., & Mendes, R. (2023). Estratégias de Coping de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes. *Egitania Sciencia*, Artigo 91107. https://doi.org/10.46691/es.vi.101

Moretto, R. G., Favarin, T. S., Costanaro, C., Malacarne, V., & Tavares, K. O. (2023). O que é Ser uma Pessoa Idosa que Apresenta Queixas de Memória: A Percepção de Mulheres Atendidas em um Centro de Reabilitação Física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *26*, Artigo e220166. https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.220166.pt

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), Artigo 103114. https://doi.org/10.1017/S1041610206003504

Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS* (7.ª ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003117452

Paranhos, R., Figueiredo Filho, D. B., Rocha, E. C. D., Silva Júnior, J. A. D., Neves, J. A. B., & Santos, M. L. W. D. (2014). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson: O Retorno. *Leviathan (São Paulo)*, *8*, 66. https://doi.org/10.11606/issn.2237-4485.lev.2014.132346

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), Artigo 2326. https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100005

Pinheiro, D., & Rodrigues, M. (2021). Os Benefícios do Mindfulness para um Envelhecimento Saudável e Sustentável. *JIM*, 036052. https://doi.org/10.29073/jim.v2i2.426

Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese Version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural Adaptation and Psychometric Validation. *Aging & Mental Health*, *15*(6), Artigo 742748. https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562177

Rocha, A. M. F., Rocha, C. F., Melo, G. A. D., Ferreira, H. R. M., Garcia, I. A. F., Tuzura, K. Y., Mada, L. O., Silva, M. O. D., Cabral, M. G. C., Pranuvio, V. G., Paula, V. C. D., Molitor, L. D. P., Andrade, R. S., Almeida, R. A. D., & Araujo, S. P. D. (2024). Influência do Código Genético no Desenvolvimento do Alzheimer e Possível Tratamento. *Studies in Health Sciences*, *5*(3), Artigo e8064. https://doi.org/10.54022/shsv5n3-053

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, *29*(4), Artigo 240248. https://doi.org/10.20344/amp.6889

Silva, R. (2021) Intervenções não Farmacológicas como a Roboterapia em Pessoas com Demência. In *III Congresso Internacional de Educação e Saúde da Universidade de Marília*. 53-61.

Smid, J., Studart-Neto, A., César-Freitas, K. G., Dourado, M. C. N., Kochhann, R., Barbosa, B. J. A. P., Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Frota, N. A. F., Souza, L. C. D., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Resende, E. D. P. F., & Vale, F. A. C. (2022). Declínio Cognitivo Subjetivo, Comprometimento Cognitivo Leve e Demência - Diagnóstico Sindrômico: Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de

Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, *16*(3 suppl 1), 124. https://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2022-s101pt

Tavares, J. J. C., Ventura, J. R., & Fernández-Calvo, B. (2019). Reserva Cognitiva e Abertura à Experiência em idosos sem demência: Um estudo correlacional. *Revista Kairós: Gerontologia, 22*(4), Artigo 7797. https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i4p77-97

Tobar Soto, L. C. (2022). Hipercortisolemia y estrés. Impacto en las funciones cognitivas. *Revista Científica UISRAEL*, *9*(1), Artigo 139157. https://doi.org/10.35290/rcui.v9n1.2022.497

Apêndices A

Declaração de consentimento informado

Vou ler-lhe um breve texto. Peço-lhe que ouça com atenção e que faça as perguntas que entender, antes de participar neste estudo. O nosso objetivo é que fique esclarecido(a).

Esta investigação, realizada pela Investigadora Ana Reis sob orientação de Helena Espírito Santo Professora Auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga e da Professora Alexandra Grasina. A investigação tem por objetivo estudar as queixas subjetivas de memória na idade avançada. Este estudo vai analisar como as Memórias, Queixas Subjetivas e ansiedade geriátrica se relacionam. Compreender como esses fatores interagem é fundamental para desenvolver intervenções que possam melhorar a sua qualidade de vida.

Convido-o(a) a participar neste estudo, pois a sua colaboração é muito importante. A sua ajuda permite compreender o funcionamento psicológico e sua subjetividade.

A sua participação é voluntária e pode recusar ou desistir de participar a qualquer momento, sem que essa decisão implique qualquer consequência ou prejuízo para si. Todos os dados recolhidos têm a garantia de anonimato e confidencialidade e serão utilizados apenas de forma conjunta, para fins de investigação científica.

A equipa de investigação estará disponível para qualquer dúvida ou questão acerca do estudo, em qualquer momento.

Assinatura da investigadora Assinatura do(a) participante

_____ _____

Contacto da investigadora:

Ana Reis: psicoanatinoco@gmail.com

Apêndice B

Questionário Sociodemográfico

Código: _____

1. DADOS EXTERNOS

Avaliador (nome): Data de hoje: / /

Instituição (nome e local): **Resposta Social** (Círculo à volta do que se aplica): ERPI | Centro de Dia

DADOS SOCIODEMOGRAFICOS (seguir as perguntas)

Como se chama? (nome):

Qual a sua data Nasc.? / / **Quantos anos tem**? **Qual a sua nacionalidade?**

Há quanto tempo está aqui? (lar, centro de dia):_____ anos; _____meses. **Porque veio para aqui?** (pergunte sobre cada uma e faça

um círculo à volta de TODAS as que se aplicam): Era porque morava sozinha/o? | Era por já não conseguir fazer as coisas sozinha/o | A sua

família pensou ser o melhor para si? | Outra razão (escrever):

Onde residia antes de vir para aqui? (nome da terra):

(Fazer círculo à volta do que se aplica): Predominantemente urbano | Medianamente urbano | Predominantemente Rural

Qual foi a sua profissão principal (antes de se reformar):

Qual o seu grau de Escolaridade? (Círculo à volta do que se aplica):

Sem escolaridade | 1º ciclo (1º- 4º ano) | 2º ciclo (5º - 6º ano) | 3º ciclo (7º - 9º ano) | Secundário (10º - 12º ano) | Licenciatura ou bacharelato |

Mestrado | doutoramento. **Durante quantos anos estudou** (não contar chumbos):

Qual é o seu estado civil? (Círculo à volta do que se aplica): Solteiro | Divorciado/Separado | Viúvo | Namoro | Casado/União de facto

(Círculo à volta do que se aplica) **Qual a mão que usa para escrever?** Dta. | Esq. // **Qual o pé que usa para chutar?** Dto. | Esq. // **Qual o**

ouvido que usa para ouvir o telefone? Dto. | Esq. // **Qual o olho que usa para espreitar?** Dta. | Esq.

Quanto pesa? (confirmar): KG **Quanto mede**? (confirmar): cm. (Como confirmou?)

DADOS CLÍNICOS (seguir as perguntas)

Quando foi a última vez que foi ao médico? (Círculo à volta do que se aplica):

Menos de um mês | mais ao menos um mês | mais de 3 meses | mais de 6 meses | mais de um ano.

Que médico era? (Círculo à volta de TODOS os que se aplicam): médico de família | cardiologista (coração) | oftalmologista (olhos) |

neurologista (nervos) | outro:

Tem alguma destas doenças: (pergunte sobre cada uma e faça um círculo à volta de TODAS as que se aplicam): Hipertensão | Doença do

coração | Ataque do coração (enfarte agudo do miocárdio) | Doença de ossos | Reumatismo | Traumatismo Craniano | AVC | Desmaios |

Epilepsia | Esclerose Múltipla | Parkinson | Alzheimer | Demência Vascular | Demência Frontotemporal | Outra Demência | Cancro dos

Pulmões | Cancro da Mama | Cancro da Próstata (Homens) | Outro Cancro | Dores de Cabeça Fortes | Diabetes | Problema nos Rins | Alergias

| Febres Altas | Infeções Urinárias | Cirurgias | Quaisquer Outras Doenças (sempre que assinalar outro/a especificar):

Já foi alguma vez a um médico psiquiatra (médico da cabeça)? Sim | Não **Se sim, há quanto tempo?**

Se sim, porquê? (Círculo à volta de TODAS as que se aplicam): Depressão | Perturbação Obsessivo-compulsiva | Esquizofrenia | Doença

bipolar | Perturbação de Pânico | Alcoolismo | Tentativa de suicídio | Violência doméstica | Anorexia | Bulimia | Insónia | Ansiedade (geral) |

Fobia (qual):

Questionário Sociodemográfico e clínico

(Se tem um problema) **Há quanto tempo**?

Que medicamentos anda a tomar? (Escreva todos e confirme TODOS)

Confirme o diagnóstico e fármacos, pedindo relatório, caixas de medicamentos ou perguntando a informante, fazendo um traço sob a doença.

Indique a fonte (Círculo à volta do que se aplica): Processo clínico | Caixas de Medicamentos | Receitas médicas | Médica/o | Enfermeira/o |

Diretor/a | Psicóloga/o | Assistente Social | Familiar:

Costuma cair (dar quedas)? (Círculo à volta do que se aplica) Sim | Não. **Se sim, quantas vezes caiu nos últimos 3 meses?**

Fuma ou já fumou? Sim | Não **Se sim, quantos cigarros/dia? Durante quantos anos?**

Consome bebidas alcoólicas? Sim | Não **Se sim, qual? Quantos copos/dia? Qual a frequência?** D | S | Raramente

Esteve infetada/o com COVID-19? Sim | Não **Se sim, há quanto tempo? Teve sintomas?** Sim | Não **Se sim, quais?** Febre |

Dores de cabeça | Cansaço | Dores no corpo/articulações | Perda de cheiro | Perda de sabor |Perda de memória

Esteve internado? Sim | Não **Se sim, quanto tempo?**

Sente que ainda tem sintomas? Sim | Não **Se sim, quais?** F| Dores de cabeça | Cansaço | Dores no corpo/articulações | Perda de cheiro |

Perda de sabor | Perda de memória

Código:

Anexo 1

Cronograma de Atividades

Período	Atividades	Observação
Outubro a dezembro	Escolha do tema- Definição da amostra e instrumentos- Tipo de estudo e pedido à Comissão de Ética do ISMT- Elaboração de carta para o local de estágio para recolha de amostra- Redação e envio do consentimento informado ao Conselho de Administração da ANAI Revisão da literatura em paralelo (outubro a junho)	
Janeiro a fevereiro	Início da recolha de dados Análise estatística com SPSS- Uso do Zotero para organização de referências e JASP para análises	
Março a julho	Elaboração da conclusão e apresentação dos resultados	

Nota: Este cronograma detalha as etapas do estudo, desde a definição inicial até a apresentação dos resultados em junho.

Anexo 2

Carta à administração da ANAI

Coimbra, 28 de outubro de 2024

Exma. Senhora Doutora Isabel Gonçalves

Eu, Ana Mafalda Tinoco dos Reis aluna do Curso de mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), sob orientação de Helena Espírito-Santo, Professora Auxiliar no ISMT e de Alexandra Grasina, Professora Assistente no ISMT, encontro-me a desenvolver a minha tese de mestrado, cujo tema é "**Memórias, Queixas Subjetivas e Ansiedade Geriátrica**". Esta investigação justifica-se para ampliar a analise da relação entre as variáveis em estudo. Posteriormente este conhecimento científico poderá dar origem a estudos com foco em intervenções eficazes que melhorem a qualidade de vida da população idosa.

A avaliação será realizada através de instrumentos psicológicos e questionários (em anexo a esta carta), adequados às dimensões a avaliar (cognitiva e emocional) para recolha de dados. Nos momentos de avaliação, os participantes serão informados dos objetivos do estudo, da sua participação voluntária, da garantia de anonimato e confidencialidade no tratamento dos dados recolhidos.

Os princípios éticos inerentes a esta investigação consideram as orientações da Ordem dos Psicólogos Portugueses e da Declaração de Helsínquia, preconizadas para a realização de estudos em seres humanos.

Neste âmbito, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª, autorização para a recolha destes dados, na Vossa Instituição, junto dos utentes institucionalizados, com idade superior a 60 anos.

Agradeço desde já toda a atenção que este pedido possa merecer da sua parte. Encontro-me disponível para qualquer questão que considere necessária.

Com os meus melhores cumprimentos,