

Instituto Superior Miguel Torga

Escola de Alto Estudos

Arrependimento, sintomas depressivos e ansiosos e défice cognitivo numa amostra de idosos



Diana Sofia Monteiro Maçarria

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Leiria, 2015



Arrependimento, sintomas depressivos e ansiosos e défice cognitivo numa amostra de idosos

Diana Sofia Monteiro Maçarria

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Ramo de especialização de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

(Professora Auxiliar Convidada, Instituto Superior Miguel Torga)

Co-orientador: Professor Doutor António Macedo

(Professor Auxiliar Agregado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e

Professor Afiliado da Faculdade de Medicina do Porto).

Coimbra, setembro de 2015

Figura da Capa: Esta imagem foi obtida em 18, junho, 2015, em
<https://www.pinterest.com/pin/573575702515747605/>

Pretende simbolizar o arrependimento

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, em particular, aos meus pais e namorado pelo incentivo e paciência.

Ao meu primo Micael por tudo.

Aos meus amigos, pelo apoio.

E em especial, a ti meu irmão, que apesar de ausente fisicamente, estiveste comigo todos os dias nesta caminhada, encorajando-me, não me deixando desistir.

A todos os demais que contribuíram para a concretização de mais uma etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho:

Agradeço à minha orientadora Prof. Dra. Mariana Marques, pela disponibilidade, paciência, dedicação e profissionalismo.

À minha orientadora de estágio, Dra Inês Vinagre, pelo apoio incondicional.

Ao Prof. Dr. António João Ferreira de Macedo e Santos por ter aceite co-orientar este trabalho e pela cedência dos instrumentos.

Às instituições e utentes que se disponibilizaram para participar neste estudo.

Resumo

Introdução: Existem poucos estudos internacionais e nacionais acerca do constructo do arrependimento em idosos. O arrependimento é uma emoção negativa, associada a outras emoções negativas, baseada numa inferência ascendente e autoconcentrada contrafactual (capacidade de refletir sobre o que teria acontecido, se se tivesse feito uma escolha diferente). Torna-se importante, por isso, que seja adequadamente explorada em qualquer faixa etária e, em particular, em pessoas que se encontram numa fase mais avançada da sua vida. São, então, nossos objetivos, explorar o constructo arrependimento numa amostra de idosos e, ao mesmo tempo, analisar a associação do mesmo com a sintomatologia depressiva e ansiosa e com o défice cognitivo nessa mesma amostra, sem deixar de explorar associações das diferentes variáveis com algumas variáveis sociodemográficas.

Métodos: 50 idosos do distrito de Leiria (sexo feminino, $n = 44$; 88,0%; idade, $M = 72,6$ anos; $DP = 5,66$; intervalo = 65-94) preencheram um questionário sociodemográfico e as versões portuguesas validadas da Escala de Arrependimento (EA), da Escala de Arrependimento ao longo da vida (QALV), da *Geriatric Depression Scale* (GDS), do *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) e do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA).

Resultados: Encontramos correlações entre as variáveis centrais do estudo. Torna-se importante mencionar o valor médio de arrependimento nesta amostra de idosos. Se atentarmos nos pontos de corte do GAI e GDS e explorando as médias obtidas na nossa amostra nestes instrumentos, estes valores (médios) podem ser vistos como preocupantes. É possível verificar que a maioria dos idosos apresentava eventual depressão e ansiedade ($n = 36$; 72%) (os mesmos valores em ambos os quadros clínicos). Nesta amostra de idosos verificou-se que os arrependimentos relativos ao último mês e em toda a vida, encontram-se associados a inações - arrependimento por algo que não fez (34,0% e 60,0%, respetivamente).

Curiosamente a pontuação total do GAI e do GDS correlacionaram-se negativamente (magnitude moderada) com a pontuação total do MoCA.

Discussão: Em consonância com a literatura o arrependimento mostra-se assim uma emoção negativa com graves consequências a nível psicológico contudo não comportamental para a faixa etária mais velha, não apresentando assim uma função adaptativa ao contrário do que acontece com outros estudos (em jovens). Também importa salientar, que tal como noutros estudos a sintomatologia ansiosa e depressiva apresentam forte correlação. Neste sentido seria importante a intervenção nestes grupos de forma a reduzir a mesma, com vista à melhoria da sua satisfação de vida.

Palavra-chave: arrependimento, idosos, sintomas depressivos e ansiosos, défice cognitivo; Escala de arrependimento; Escala de Arrependimento ao longo da vida.

Abstract

Introduction: There aren't many national or international studies on the construct of repentance in the elderly. Repentance is a negative emotion, coupled with some other negative emotions, based on an upward and auto concentrated counterfactual inference (ability to reflect on what would have happened if we had made a different choice). It is, therefore, important to be adequately explored in any age group and, in particular, in people who are at the latter stage of their lives. Bearing this in mind our objectives are to explore the repentance construct in a sample of elderly people and, at the same time, we aim to analyze its association with the depressive and anxious symptoms, as well as, cognitive deficits in the same sample, while exploring the associations of the different variables with some socio-demographic variables.

Method: 50 elderly from the district of Leiria (female, n=44; 88,0%; age, $M = 72,6$; $DP = 5,66$; range = 65-94) filled out a demographic questionnaire and the Portuguese validated versions of *Escala de Arrependimento* (EA), *Escala de Arrependimento ao longo da vida* (QALV), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) and the *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA).

Results: We found correlations between the central variables in the study. It is important to mention the average value of repentance in this sample. If we pay attention to the cut-off points of GAI and GDS, while exploring the averages obtained in the samples of these instruments, these values (medium) can be seen as worrisome. It is possible to verify that most of the elderly showed possible depression and anxiety (n = 36; 72%) (the same values in both clinical pictures). In this sample of elderly the regrets concerning the last month and their entire life, are associated with inactions-repentance for something they didn't do (34.0% and 60.0%, respectively).

Furthermore and interestingly the total score of GAI and GDS are negatively correlated (moderate magnitude) with the total score of MoCA.

Discussion: In line with the available literature, repentance shows itself as a negative emotion with serious psychological consequences, even though it doesn't show itself on the behavioral aspect at an older age and, therefore, not showing an Adaptive function in contrast to other studies (in youth). Moreover, it's important to note that, as in other

studies, the anxious and depressive symptomatology present strong correlation. Because of this, it would be important to intervene in these groups so as to reduce this anxious and depressive symptomatology in order to improve their life satisfaction.

Key-Words: repentance, elderly, depressive and eager symptoms, cognitive deficit, Scale of repentance, Scale of lifelong regret

Introdução

Existem, na literatura internacional e nacional, alguns estudos acerca do constructo/emoção arrependimento, mas nenhum em amostras de idosos (Connolly, Zeelenberg, 2002; Roese, Summerville, 2005; Zeelenberg e Pieters, 2007).

Segundo Marcatto e Ferrante (2008, citado por Kahneman e Tversky, 1982), o arrependimento tem sido definido como uma emoção contrafactual que se experimenta depois de se perceber ou imaginar que algo melhor poderia ter acontecido, caso se tivesse feito outra escolha. A palavra contrafactual significa, literalmente, “contra o facto”, revelando que somos capazes de pensar sobre os “estados” dos fatos contrários à realidade. Geralmente, o pensamento contrafactual é descrito através da proposição condicional do tipo “Se... então...”, envolvendo um antecedente e um conseqüente (Roese, 1994).

O pensamento contrafactual apresenta duas grandes funções: por um lado, a função preparativa, ou seja, ajudar as pessoas a aprender com os seus erros de forma a prepará-las para uma decisão futura; por outro lado, a função afetiva, a de ajudar as pessoas a sentirem-se melhor acerca de situações que podiam ter corrido pior (Markman e Miller, 2006, citado por Melles, Schwartz, Ho e Ritov, 1997). Quando a alternativa imaginada se revela mais positiva do que a situação presente, experimentamos um pensamento contrafactual ascendente. Quando a alternativa imaginada se revela mais negativa do que a situação presente, surge um pensamento contrafactual descendente (Kasimatis e Wells, 1995; Roese, 1994). Assim, o pensamento contrafactual refere-se a elaborações mentais de alternativas para eventos passados e apresenta uma importante função adaptativa (Roese e Summerville, 2005). A inferência contrafactual através da identificação da causa de um problema ajuda a dar sentido à experiência negativa e pode levar à mudança comportamental (Russell, 2003, citado por Epstude e Roese, 2008). De facto, Zeelenberg e seus colaboradores (2003) defendem, na sua teoria sobre a regulação do arrependimento, que as emoções existem por uma questão de orientação comportamental, pelo que a função do arrependimento, como de outras emoções, pode associar-se à alteração/correção do comportamento (Epstude e Roese 2008). Faz, então, sentido que Kahneman e Tversky (1982, citado por Epstude e Roese, 2008) acrescentem que a intensidade do arrependimento varia em relação à disponibilidade atual das alternativas contrafactuais. Assim, o pensamento contrafactual pode resultar em benefícios em termos da subsequente resolução de problemas e melhoria de desempenho (Roese, 1994, 1997).

Continuando na definição da emoção arrependimento, Bell (1982) e Loomes e Sugden (1992) acrescentam que arrependimento enquanto emoção contrafactual resulta, então, da comparação entre o que é e o que poderia ter sido. No entanto, os autores referem que não é suposto que todos os “poderia ter sido” produzam arrependimento, encontrando-se o arrependimento associado ao sentido de responsabilidade pelos resultados. Carmon, Wertenbroch e Zeelenberg (2003, citado por Marcel, Zeelenberg e Pieters, 2007) descobriram que o simples ato de escolher já produz uma sensação imediata de arrependimento pós decisão, que é acompanhado por um aumento da atratividade da alternativa não escolhida.

O arrependimento é, então, uma emoção negativa que emerge do reconhecimento de que uma ação pessoal “contrária” poderia ter “sido melhor” (Landman, 1993; Zeelenberg 1999) e que se associa à vivência de outras emoções, como a culpa (Connolly e Zeelenberg, 2002). De facto, o arrependimento é muitas vezes conceptualizado como possuindo o componente afetivo negativo e o componente da inferência contrafactual que envolve auto culpa (Connolly e Zeelenberg, 2002). Shimanoff (1984, citado por Saffrey, Summerville e Roese, 2008) no seu estudo verificou que arrependimento foi a segunda emoção mais frequentemente mencionada, sendo a primeira o amor, parecendo que as pessoas valorizem os seus arrependimentos mais do que valorizam outras emoções negativas. A existência de oportunidade (s)/alternativa(s) gera/m arrependimento, sentimentos de insatisfação e frustração e, se existe a possibilidade de resposta corretiva, estes tornam-se mais fortes (Roese e Summerville 2005). Assim, o arrependimento ocorre nas situações onde “existe outra oportunidade” (Roese e Summerville 2005). Faz, então, sentido que nos estudos sobre tomada de decisão, o arrependimento seja a emoção mais frequente (Kahneman e Tversky, 1982, citado por Marcatto e Ferrante 2008).

Zeelenberg, Dijk, Pligt, Manstead, Empelen e Reinderman (1998) referem o arrependimento e a decepção como emoções que podem ser experimentadas em resposta a um resultado desfavorável após uma decisão. Os resultados do seu estudo mostraram que o arrependimento encontra-se relacionado com o comportamento e, por sua vez, com o pensamento contrafactual focado nas ações do próprio decisor (que são alteradas), enquanto a decepção associa-se ao pensamento contrafactual focado nos aspetos da situação (que são alterados).

Nos trabalhos existentes sobre arrependimento (a maioria realizada em amostras de jovens) (a autora não encontrou estudos em idosos) não é consensual se o

arrependimento surge mais como resultado de ações (ter feito algo) (comissão) ou de inações (não ter feito algo) (omissão). No estudo de Gilovich e Medvec (1994, 1995, citado por Zeelenberg, Bos, Dijk e Pieters, 2002) “olhando para trás” as pessoas apresentaram mais arrependimento face aos caminhos que não tomaram (inações/omissões) do que aos que tomaram (ações/comissões). Parece que uma série de processos psicológicos diminui o arrependimento das ações tomadas e reforça o arrependimento as ações não tomadas. Já Zeelenberg, Van den Bos, Van Dijk (2002) mostraram, num estudo sobre o padrão temporal de arrependimento, que as decisões para agir (ações) produzem mais arrependimento do que as decisões de não agir (omissões). Contudo, Zeelenberg e Dijk (2004) mostraram que as decisões para agir/ações produzem mais arrependimento do que as decisões de não agir/omissões. Alguns estudos parecem acrescentar uma particularidade importante: ações ou erros de comissão geram mais arrependimento a curto prazo, mas ações ou erros de omissão produzem arrependimentos a longo prazo (e.g. Gilovich e Medvec 1994, 1995, citado por Zeelenberg, Bos, Dijk e Pieters, 2002). Parece que os fatores que reforçam a dor do arrependimento da inação/omissão, muitas vezes, demoram mais tempo a desenvolver-se, assim como a tendência para o arrependimento da inação parece permanecer cognitivamente mais disponível do que arrependimento da ação (Gilovich e Medvec 1994, 1995, cit Zeelenberg, Bos, Dijk e Pieters 2002).

Borges (2015) no seu estudo com estudantes universitários constatou que o arrependimento relativo a uma ação realizada pelo sujeito (que acabou por ter um desfecho negativo) aliou-se à existência de emoções negativas e à minoração de emoções positivas. Adicionalmente, o arrependimento resultante de inações associou-se, no caso de um arrependimento recente, a emoções “mornas” e de “desespero” e, no caso do arrependimento ao longo da vida, a emoções “mornas”, “quentes” e de “desespero”. Mais ainda, o arrependimento devido a uma ação associou-se, no caso do arrependimento ao longo da vida, a emoções “quentes”. A autora verificou ainda maior intensidade de algumas emoções “quentes” e “mornas”, comparando o arrependimento recente e o arrependimento ao longo da vida, o que pode sugerir que este último esteja relacionado a emoções negativas mais veementes. Não verificou, ainda, diferenças no que respeita à intenção de explorar alternativas comportamentais conforme o motivo do arrependimento (por ação ou inação) em ambos os tipos de arrependimento (Borges 2015).

Relativamente ao impacto negativo do arrependimento, estudos mostram que pessoas que ruminam sobre os seus arrependimentos são mais propensas a indicar satisfação de vida diminuída e a experimentar dificuldades em lidar com eventos de vida negativos (Lecci, Okun e Karoly, 1994, citado por Marcel, Zeelenberg e Pieters, 2007). Como qualquer outra emoção negativa, a vivência de arrependimento é intrinsecamente aversiva, portanto, as pessoas estão motivadas a evitá-la, mesmo que isso signifique sacrificar uma recompensa objetivamente superior (Zeelenberg e Beattie, 1996). Outros estudos estabeleceram uma ligação entre o arrependimento, a depressão e a ansiedade (Roese, Epstude, Fessel, Morrison, Smallman, Summerville, Galinsky e Segershom, 2009). Na sua pesquisa, estes autores num estudo com 370 adultos americanos procuraram relacionar arrependimento, pensamento repetitivo, depressão e ansiedade. Concluíram que tanto o arrependimento como o pensamento repetitivo encontravam-se associados a uma angústia geral, mas que apenas o arrependimento se associava à depressão e ansiedade. Adicionalmente, a interação entre o arrependimento e o pensamento repetitivo (ou seja, o arrependimento repetitivo) foi preditora da angústia geral, mas não da depressão ou da ansiedade (controlando variáveis como o sexo, raça/etnia, idade, escolaridade). Ainda acerca da associação do arrependimento com a depressão e a ansiedade, a direção da associação entre arrependimento e estados depressivos parece ser bidirecional, visto participantes deprimidos mencionaram sentirem-se mais arrependidos que os participantes não-deprimidos (Markman e Miller, 2006, citado por Roese et al., 2009).

Tal como não encontrou estudos gerais sobre o arrependimento em idosos, a autora também não encontrou estudos internacionais e nacionais sobre a associação entre o arrependimento e estados emocionais negativos, como a depressão e ansiedade, em idosos bem como com a presença de défice cognitivo (também em idosos). Porém, a ruminação, típica aquando da vivência de arrependimento já mostrou estar associada à depressão em idosos (Garnefski e Kraaij, 2006).

Atendendo ao que foi exposto e à ausência de estudos acerca do arrependimento no idoso (aspecto revelador da importância deste estudo exploratório do tema) são objetivos do nosso trabalho: analisar o constructo de arrependimento (recorrendo a dois instrumentos que medem o arrependimento, adaptados e validados numa amostra de estudantes universitários portugueses), numa amostra de idosos (nomeadamente verificando a associação desta emoção com outras emoções, nesta fase da vida, e se os idosos de arrependem mais por ação ou inação); explorar a associação do

arrependimento com a sintomatologia depressiva e ansiosa (na mesma amostra), bem com a pontuação obtida pelos idosos num instrumento que mede o défice cognitivo. Serão, também, exploradas associações entre o arrependimento e algumas variáveis sociodemográficas (e.g. sexo, estado civil).

2. Metodologia

2.1.Procedimentos

Foi apresentado junto da Diretora da Universidade Sénior de Alcobaça e da Nazaré, um documento formal em que se expôs o âmbito de realização do presente estudo (englobado no 2º ano do Mestrado em Psicoterapias e Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga e no âmbito do Projeto Trajetórias do Envelhecimento) e se solicitou formalmente a autorização para administrar um protocolo de questionários (Anexo 1), cujo objetivo era permitir a realização da dissertação de mestrado, em Psicologia Clínica, no Instituto Superior Miguel Torga. O protocolo ficou composto por um questionário sociodemográfico (idade, sexo, ano de habilitações literárias, profissão, estado civil, situação atual perante o trabalho, com quem vive) (Apêndice A), pela Escala de Arrependimento (EA, Macedo e Pereira, 2014) (Anexo 1), pelo Questionário de arrependimento ao longo da vida (QALV, Macedo e Pereira, 2012 (Anexo 2), pelo *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) /Inventário de Ansiedade Geriátrico (Anexo 3), pela *Geriatric Depression Scale* (GDS) /Escala de Depressão Geriátrica (Anexo 4) e pelo *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) / Avaliação Cognitiva Montreal (Anexo 5). Foram realizados os pedidos de autorização para uso dos instrumentos neste estudo (Apêndice B, C e D) e obtidas as autorizações, por parte dos respetivos autores (Anexo 6,7,8 e 9). Depois de obtida a autorização das instituições (Universidade Sénior de Alcobaça e Nazaré) o estudo foi divulgado junto das turmas de idosos dessas universidades. Os que se disponibilizaram a participar, preencheram o consentimento informado (Apêndice E) que referia os objetivos gerais do estudo e a confidencialidade dos dados, imperativo ético fundamental na investigação e avaliação psicológica (Simões, 1995). A recolha de dados para esta dissertação ocorreu entre março e junho de 2015.

2.2.Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário avaliou o sexo, a idade, a escolaridade, a profissão, o estado civil, a situação atual perante o trabalho e o contexto familiar, nomeadamente com quem vive.

2.2.2. Escala de arrependimento (EA; Schwartz Ward, Monterosso, Lyubomirsky, White e Lehman, 2002; Macedo e Pereira, 2014)

Esta escala trata-se do componente de arrependimento da Escala de Maximização e Arrependimento de Schwartz, Ward, Monterosso, Lyubomirsky, White e Lehman, 2002) e foi criada para avaliar a tendência para se sentir arrependido (arrependimento-traço). Foi traduzida por Macedo e Pereira (2014) e os dados relativos à sua validação são apresentados no trabalho de Borges (2015). Quer a versão original, quer a versão portuguesa da EA é unidimensional e apresenta 5 itens, classificados com uma escala tipo Likert, com 7 opções de resposta: “discordo completamente” (1 ponto) a “concordo completamente” (7 pontos). No estudo de Borges (2015) foi encontrado um coeficiente alfa de Cronbach de 0,721 (bom, segundo De Vellis, 1991), apontando para a uniformidade e coerência entre respostas dos sujeitos a cada um dos itens. Todos os itens mostraram possuir validade interna. Quanto à estabilidade temporal da versão portuguesa da EA esta mostrou ser elevada ($r_s = 0,723$). No nosso estudo encontramos um alfa de Cronbach de 0,716 (bom, De Vellis, 1991).

2.2.2. Questionário de arrependimento ao longo da vida (QALV; Macedo, 2012)

O QALV foi criado por Macedo (2012) para avaliar aspetos do arrependimento. Os dados da validação portuguesa do instrumento são apresentados no trabalho de Borges (2015). O QALV é constituído por 3 partes:

- a) Acontecimento com desfecho negativo e sobre o qual se avaliam emoções sentidas, grau de controlo, arrependimento e reflexão sobre alternativas (parte A)
- b) Arrependimento recente (ultimo mês) (parte B)
- c) Arrependimento ao longo da vida, em que se avalia o motivo (omissão ou comissão), emoções sentidas e consequência comportamental do arrependimento. A resposta aos itens é dada através de diversos formatos de resposta (parte C)

Borges (2015) apresentou a estabilidade temporal para os itens da parte C do QALV, com os valores de correlação a variarem entre moderada a elevada.

Escala de Depressão Geriátrica/*Geriatric Depression Scale* (GDS; Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, 1983; Pocinho, Farate, Amaral Dias, Lee e Yesavage, 2009)

A Escala de Depressão Geriátrica foi elaborada por Yesavage e colaboradores e é a única escala de depressão desenvolvida e direcionada especificamente para a população idosa. A versão portuguesa é de Pocinho, Farate, Amaral Dias, Lee e Yesavage (2009).

É composta por 30 questões de resposta dicotômica Sim/Não em que todas as questões são alusivas à última semana da pessoa e são referentes à forma como a pessoa se sentiu. As questões são cotadas com 0 ou 1 pontos, consoante esta indique, respetivamente, a presença ou ausência de um sintoma depressivo, a pontuação total variar entre 0 e 30, uma pontuação entre 0 e 10 indica “ausência de depressão”, entre 11 e 20 indica “depressão ligeira” e entre 21 e 30 sugere a presença de “depressão grave” (Cardão, 2009; Grupo de Estudo de Envelhecimento Cerebral e Demências, 2007; Simões et al., 2010). Usa-se como pontuação o número total de sintomas, depois os sujeitos são classificados segundo a sua pontuação total.

O estudo de validação da versão original demonstrou uma excelente consistência interna, com um coeficiente de alfa de 0,94. O teste-reteste foi aplicado com uma semana de intervalo entre cada aplicação, demonstrando uma boa fiabilidade com uma correlação de 0,85 (Yesavage e Brink, 1983). Na versão portuguesa, três itens da escala original (itens 27, 29 e 30) foram removidos por não apresentarem consistência interna. Os resultados do estudo comprovaram a consistência interna do GDS (alfa de Cronbach de 0,906), elevada estabilidade temporal (teste-reteste = r de 0,995) e elevada concordância entre avaliadores (kappa de Cohen = 0,87). A validade concorrente da GDS foi testada com a Escala de Hamilton, e os resultados revelaram uma elevada correlação ($r = 0,83$). Na amostra da validação portuguesa a média de pontuação total encontrada foi de 9,6 e o ponto de corte de 11 é apresentado como aquele que deve ser usado para estabelecer o eventual diagnóstico de depressão. No nosso trabalho, o GDS apresentou um alfa total de 0,824 (muito bom, de acordo com De Vellis, 1991).

Inventário Geriátrico de Ansiedade/*Geriatric Anxiety Inventory* (GAI; Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., e Arnold, E., 2007; Espírito-Santo e Daniel, 2010)

O Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI) foi desenvolvido por Pachana e sua equipa (2007) para avaliar os sintomas comuns da ansiedade em pessoas idosas. É

constituído por 20 itens, de resposta concordo ou discordo, sobre a sintomatologia ansiosa vivenciada durante a última semana. Na validação da versão original consistência interna do instrumento o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,91 e a pontuação média total do GAI foi de 2,3 ($DP = 3,8$). O GAI foi posteriormente testado numa amostra clínica constituída por 46 idosos (média de idade de 78 anos; intervalo 66-94). A pontuação média nesta amostra foi de 5,22 ($DP = 5,83$). Os sujeitos que preenchem os critérios do DSM-IV de qualquer distúrbio de ansiedade estado ($n = 11$) obtiveram uma pontuação média de 10,64 ($DP = 5,87$). A fidelidade teste-reteste encontrada foi elevada ($r = 0,91$) (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley, & Arnold, 2007). Os autores apresentaram o ponto de corte de 10/11, para transtorno de ansiedade generalizada numa amostra psicogeriatrica.

Existem duas validações portuguesas da GAI: de Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011) e Espírito-Santo e Daniel (2010). No presente estudo, usamos a versão destas últimas autoras que encontraram no seu estudo de validação uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach de 0,93), uma validade concorrente elevada ($r = 0,74$) com o GDS-30 e uma estabilidade temporal razoável (passados dois anos) ($r = 0,290$). As autoras apresentaram o valor de 13 como ponto de corte para detetar sintomas de ansiedade. Dado que esta versão foi validada numa amostra de idosos institucionalizados e visto ser muito semelhante/equivalente em conteúdo à versão de Ribeiro e colaboradores (2011) (que foi validada numa amostra de idosos da comunidade e em amostras clínicas) e visto que estes autores apresentaram um ponto de corte de 8/9 para a presença de um quadro de ansiedade, sendo a nossa amostra constituída por idosos que frequentam as atividades de Centro de Convívio e Universidade Sénior, optamos por usar este ponto de corte no nosso estudo. O alfa de Cronbach do GAI no presente estudo foi de 0,892 (muito bom, De Vellis, 1991).

Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA; Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings e Chertkow, 2005; Freitas, Simões, Martins, Vilar e Santana, 2010; Freitas, Simões, Alves e Santana (2011))

A Avaliação Cognitiva Montreal foi desenvolvida por Nasreddine e seus colaboradores (2005) e traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Freitas e colaboradores (2010, 2011). É um teste de avaliação cognitiva breve, especificamente desenvolvido para a avaliação das formas mais ligeiras de declínio cognitivo, que fornece uma medida rápida do estado cognitivo global dos indivíduos.

Trata-se de um teste com uma página respondida em formato papel e lápis, cuja administração requer aproximadamente 10 a 15 minutos. Avalia uma ampla gama de domínios cognitivos, tais como: funções executivas; capacidade visuoespacial; memória a curto prazo; linguagem; atenção, concentração e memória de trabalho; e orientação temporal e espacial. As funções executivas (4 pontos) são avaliadas através de uma tarefa de alternância adaptada do Trail Making Test B, de uma tarefa de fluência fonémica e de duas tarefas de abstração verbal.

A capacidade visuoespacial (4 pontos) é examinada através da cópia de um desenho geométrico tridimensional e da tarefa do desenho do relógio (contorno, números e ponteiros). A memória a curto prazo (5 pontos) é avaliada através de uma tarefa de evocação diferida de cinco palavras previamente aprendidas (5 minutos) em dois ensaios. A linguagem (6 pontos) é testada pela nomeação de três animais pouco familiares, pela repetição exata de duas frases sintaticamente complexas e pela tarefa de fluência fonémica (acima referida). A atenção, concentração e memória de trabalho (6 pontos) avalia-se através de uma sequência de dígitos no sentido direto e inverso, uma tarefa de atenção sustentada e uma tarefa de subtração em série. Por fim, a orientação temporal (4 pontos) é examinada perguntando ao sujeito o dia do mês, o mês, o ano e o dia da semana; enquanto que a orientação espacial (2 pontos) é testada através das perguntas sobre em que lugar e localidade estamos.

A pontuação total desta prova é calculada pela soma dos pontos das tarefas completas com sucesso, numa amplitude de 0 a 30 pontos com pontuações mais elevadas a indicarem melhor desempenho cognitivo.

A versão experimental portuguesa do MoCA (Freitas et al., 2010) foi amplamente estudada para avaliar as suas características psicométricas. No estudo de Martins (2007) para além da excelente consistência interna (alfa de Cronbach de 0,94) e estabilidade temporal, o MoCA discriminou três grupos: grupo de controlo (saudáveis), grupo com défice cognitivo ligeiro (DCL) e grupo com demência. Freitas e colaboradores (2008a; 2008b) analisaram as características psicométricas da mesma versão numa amostra de idosos saudáveis e verificaram adequada consistência interna ($\alpha = 0,71$) e boa validade concorrente (correlação MoCA e MMSE de 0,66). Duro (2008) voltou a comprovar a validade discriminante do instrumento (grupo com DCL, com demência de Alzheimer, com outras demências degenerativas e com demência vascular). Neste estudo verificou-se um alfa de Cronbach de 0,861 (muito bom, De Vellis, 1991).

2.3.Amostra

A nossa amostra de conveniência ficou constituída por 50 idosos (idade média = 72,6; $DP = 5,66$). A maioria era do sexo feminino ($n = 44$, 88,0%), tinha apenas o 1º ciclo do ensino básico ($n = 30$, 60%), era viúva ($n = 25$, 50,0%), encontrava-se reformada ($n = 45$, 90,0%) e vivia sozinha ($n = 19$, 38,0). Na altura em que eram profissionalmente ativos, a maioria exerceu uma profissão manual ($n = 42$, 84,0%) (Tabela 1).

Tabela 1
Caraterização sociodemográfica da amostra

	<i>M (DP)</i>	Intervalo
Idade	72,6 (5,66)	65-94
	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	44	88,0
Masculino	6	12,0
Total	50	100
Habilitações Literárias		
Não sabe ler nem escrever	2	4,0
Sabe ler e escrever (mas sem escolaridade)	8	16,0
1º Ciclo do ensino básico	30	60,0
Ensino Secundário	7	14,0
Ensino Superior	3	6,0
Total	50	100
Profissão (quando trabalhava)		
Manual a)	42	84,0
Intelectual b)	5	10,0
Total	50	100
Estado Civil		
Casado(a)	18	36,0
Solteiro(a)	2	4,0
Divorciado(a)	3	6,0
Viúvo(a)	25	50,0
União de facto	2	4,0
Total	50	100
Situação atual de trabalho		
Empregado(a)	2	4,0
Doméstica	3	6,0
Reformado(a)	45	90,0
Total	50	100
Com quem vive		
Conjuge	18	36,0
Conjuge e filhos	2	4,0
Filho (s)	10	20,0
Sozinho(a)	19	38,0
Outros (Lar)	1	2,0
Total	50	100

n = frequência; M = média; DP = desvio-padrão; a) Manual: empregada de comércio ($n = 3$, 6%); trabalho no campo ($n = 3$, 6%); doméstica ($n = 20$; 40%); costureira/bordados ($n = 4$; 8%); empregada

fabril ($n = 7$; 14%); auxiliar de Lar ($n = 2$, 4%). b). Intelectual: técnica de recursos humanos ($n = 1$; 2%); administrativa ($n = 3$; 6%); função pública ($n = 3$; 6%) e empresária ($n = 1$; 2%)

Na Tabela 2 apresentamos os valores médios e desvios-padrão obtidos pela nossa amostra nas variáveis centrais do nosso estudo (arrependimento/EA; sintomas ansiosos/GAI; sintomas depressivos/GDS; e pontuação total no MoCA/défice cognitivo). Atendendo ao intervalo teórico possível do EA, é importante mencionar o valor médio de arrependimento nesta amostra de idosos. Se atentarmos nos pontos de corte do GAI e GDS e explorando as médias obtidas na nossa amostra nestes instrumentos, estes valores (médios) podem ser vistos como preocupantes.

Tabela 2
Médias, desvios-padrão e intervalos (EA, GAI, GDS e MoCA)

	<i>M (DP)</i>	Intervalo teórico
	Intervalo	
EA total (Arrependimento total)	21,68 (6,53) 6-33	1-35
GAI total	12,33 (7,36) 0-20	0-20
GDS total	15,00 (5,52) 5-26	0-27
MoCA total	16,83 (5,89) 6-28	0-30

M = Média; DP = desvio-padrão; GAI = Geriatric Anxiety Inventory; GDS = Geriatric Depression Scale; MoCA = Montreal Cognitive Assessment

Na tabela 3 apresentamos o número e percentagem de idosos da nossa amostra com eventual depressão e ansiedade (segundo os pontos de corte dos autores das validações). É possível verificar que a maioria dos idosos apresentava eventual depressão e ansiedade ($n = 36$; 72%) (os mesmos valores em ambos os quadros clínicos).

Tabela 3
Frequência e percentagem de idosos com eventual quadro de depressão e de ansiedade

	<i>n</i>	%
GDS		
Sem depressão	14	28
Com Depressão	36	72
Total	50	100
GAI		
Sem Ansiedade	14	28
Com Ansiedade	36	72
Total	50	100

n = frequência

Nas Tabelas 4, 5, 6 e 7 apresentamos as frequências de resposta aos itens da parte A do QALV. Verifica-se que nesta amostra as categorias de situações com desfecho negativo mais frequente são as referentes à saúde/bem-estar próprio (24,0%) e de outros significativos e às relações interpessoais (16,0%).

Tabela 4.

Categorias de resposta ao item A.0. da parte A do QALV

Item	Frequência de categorias de resposta							
	1 <i>n</i> (%)	2 <i>n</i> (%)	3 <i>n</i> (%)	4 <i>n</i> (%)	5 <i>n</i> (%)	6 <i>n</i> (%)	7 <i>n</i> (%)	8 <i>n</i> (%)
A.0. Tente lembrar-se de um acontecimento recente , por exemplo no último mês, o qual teve um desfecho negativo e que potencialmente, pode vir acontecer novamente. Descreva o acontecimento.	-	8 (16.0)	3 (6.0)	12 (24.0)	-	1 (2.0)	3 (6.0)	23 (46.0)

Md= 7,00; *Mo*=8; Intervalo = 2-8

1. Estudos; 2. Relações interpessoais; 3. Relações conjugais; 4. Saúde/bem-estar próprio e outros significativos; 5. Carreira; 6. Dinheiro e Investimentos; 7. Miscelânea; 8. Não respondeu

Na Tabela 5 verifica-se que as situações com desfecho negativo associaram-se mais a emoções negativas (e.g tristeza e ansiedade) do que a emoções como alegria e satisfação. Quanto ao grau de controlo em relação ao acontecimento com desfecho negativo, a grande maioria dos idosos optou pelas categorias “nada” e “um pouco”.

Tabela 5

Respostas aos itens A.1. (tipo de emoção) e A.2. (grau de controlo)/parte A do QALV

Itens	Frequências de resposta			
	Nada <i>n</i> (%)	Um pouco <i>n</i> (%)	Razoavelmente <i>n</i> (%)	Muito <i>n</i> (%)
A.1.1. Triste <i>M</i> ± <i>DP</i> = 1,362 ± 1,32; <i>Md</i> = 1,00; <i>Mo</i> = 0; Intervalo = 0-3	23 (46,0)	5 (10,0)	5 (10,0)	17 (34,0)
A.1.2. Ansioso <i>M</i> ± <i>DP</i> = 1,00 ± 1,262; <i>Md</i> = ,00; <i>Mo</i> = 0; Intervalo = 0-3	28 (56,0)	5 (10,0)	5 (10,0)	11 (22,0)
A.1.3. Culpado <i>Md</i> ± <i>DP</i> = ,15 ± ,422; <i>Md</i> = ,00; <i>Mo</i> = 0; Intervalo = 0-2	43 (86,0)	6 (12,0)	1 (2,0)	-
A.1.4. Alegre <i>M</i> ± <i>DP</i> = ,12 ± ,389; <i>Md</i> = ,00; <i>Mo</i> = 0; Intervalo = 0-2	44 (88,0)	5 (10,0)	1 (2,0)	-

A.1.5. Satisfeito				
$M \pm DP = ,12 \pm ,385$; $Md = ,00$; $Mo = 0$;	45	4	1	-
Intervalo = 0-2	(90,0)	(8,0)	(2,0)	
A.2.(...) grau de controlo (...) em relação a esse desfecho negativo.	36	10	4	
$M \pm DP = ,36 \pm ,631$; $Md = ,00$; $Mo = 0$;	(72,0)	(22,0)	(8,0)	
Intervalo = 0-2				

Legenda: $M \pm DP$, Média \pm desvio-padrão; Md = Mediana; Mo = Moda;

Na Tabela 6 verifica-se que a maioria dos idosos não se sentiu arrependido por causa do que aconteceu (70,0%) e não pensou em alternativas para que no futuro as coisas fossem como a pessoa queria (62,0%).

Tabela 6:
Respostas ao item A.3. e A.4. - parte A do QALV

Itens	Frequência de respostas	
	Não <i>n</i> (%)	Sim <i>n</i> (%)
A.3. Sentiu-se arrependido por causa do que aconteceu	35 (70,0)	15 (30,0)
A.4. Pensou em alternativas para que no futuro as coisas corram como quer.	31 (62,0)	19 (38,0)

Após pensarem em alternativas, os idosos, apesar de numa percentagem pequena, continuaram a referenciar sentirem-se “muito” tristes e ansiosos (Tabela 7).

Tabela 7
Respostas ao item A.5. - parte A do QALV

Itens	Nada	Um	Razoavelmente	Muito
	<i>n</i> (%)	pouco <i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
A.5.1. Triste				
$M \pm DP = 0,68 \pm 0,935$; $Md = 0,00$; $Mo = 0$;	28	14	4	4
Intervalo = 0-3	(56,0)	(28,0)	(8,0)	(8,0)
A.5.2. Ansioso				
$M \pm DP = 0,64 \pm 0,942$; $Md = 0,00$; $Mo = 0$;	30	12	42	4 (8,0)
Intervalo = 03	(60,0)	(24,0)	(4,0)	
A.5.3. Culpado				
$M \pm DP = 0,20 \pm ,495$; $Md = ,00$; $Mo = 0$;	42	6		-
Intervalo = 0-2	(84,0)	(12,0)		
A.5.4. Alegre				
$M \pm DP = 0,14 \pm ,405$; $Md = 0,00$; $Mo = 0$;	44	5	1	-
Intervalo = 0-2	(88,0)	(10,0)	(2,0)	
A.5.5. Satisfeito				
$M \pm DP = 0,14 \pm 0,415$; $Md = 0,00$; $Mo = 0$;	44	5	1	-
Intervalo = 0-2	(88,0)	(10,0)	(2,0)	

Legenda: $M \pm DP$, Média \pm desvio-padrão; Md = Mediana; Mo = Moda;

Nesta amostra de idosos verifica-se, no último mês e em toda a vida, uma maior percentagem de arrependimento por algo que não fez (34,0% e 60,0%, respetivamente) (Tabela 8).

Tabela 8

Respostas ao item B.1. (último mês) e C.1. (ao longo de toda a vida) - QALV

Itens	Frequências de respostas		
	Omissão (algo que não fez) n (%)	Comissão (algo que fez) n (%)	Não respondeu n (%)
B.1. relativamente ao último mês, pense no maior arrependimento que sentiu. Aconteceu por:	14 (34,0)	12 (24,0)	21 (42,0)
C.1. relativamente a toda a sua vida, pense no maior arrependimento que sentiu. Aconteceu por:	30 (60,0)	16 (32,0)	4 (8,0)

Na Tabela 9 verifica-se, que as emoções que os idosos associam ao arrependimento recente são: contemplativo, nostálgico, triste, frustrado, sentimental, irritado, desesperado e não realizado.

Tabela 9

Respostas ao item B.2. (último mês) do QALV

Itens	Frequências de respostas		
	Nada n (%)	Razoavelmente n (%)	Muito n (%)
B.2.1. Zangado	31 (62,0)	15 (30,0)	4 (8,0)
B.2.2. Envergonhado	45 (90,0)	3 (6,0)	2 (4,0)
B.2.3. Enjoado	45 (90,0)	4 (8,0)	1 (2,0)
B.2.4. Contemplativo	28 (56,0)	17 (34,0)	5 (10,0)
B.2.5. Embaraçado	34 (68,0)	14 (28,0)	2 (4,0)
B.2.6. Nostálgico	29 (58,0)	16 (32,0)	5 (10,0)
B.2.7. Triste	25 (50,0)	18 (36,0)	7 (14,0)
B.2.8. Frustrado	29 (58,0)	17 (34,0)	4 (8,0)
B.2.9. Sentimental	30 (60,0)	14 (28,0)	6 (12,0)
B.2.10. Culpado	35 (72,0)	12 (24,0)	2 (4,0)
B.2.11. Irritado	30 (60,0)	17 (34,0)	3 (6,0)
B.2.12. Desesperado	32	16	2

	(64,0)	(32,0)	(4,0)
B.2.13. Vazio	30	14	6
	(60,0)	(28,0)	(12,0)
B.2.14. Não realizado	25	21	4
	(50,0)	(42,0)	(8,0)

Na Tabela 10 verifica-se que as emoções que os idosos associam ao arrependimento ao longo da vida são: zangado, contemplativo, nostálgico, triste, frustrado, sentimental, culpado, irritado, desesperado, vazio e não realizado.

Tabela 10

Respostas ao item C.2. (ao longo de toda a vida) - QALV

Itens	Frequências de respostas		
	Nada <i>n</i> (%)	Razoavelmente <i>n</i> (%)	Muito <i>n</i> (%)
C.2.1. Zangado	30 (60,0)	15 (30,0)	5 (10,0)
C.2.2. Envergonhado	41 (82,0)	5 (10,0)	4 (8,0)
C.2.3. Enjoado	47 (94,0)	3 (6,0)	
C.2.4. Contemplativo	15 (30,0)	28 (56,0)	7 (14,0)
C.2.5. Embaraçado	36 (72,0)	12 (24,0)	2 (4,0)
C.2.6. Nostálgico	18 (36,0)	21 (42,0)	11 (22,0)
C.2.7. Triste	16 (32,0)	21 (42,0)	13 (26,0)
C.2.8. Frustrado	26 (52,0)	19 (38,0)	5 (10,0)
C.2.9. Sentimental	19 (38,0)	19 (38,0)	12 (24,0)
C.2.10. Culpado	35 (70,0)	11 (22,0)	4 (8,0)
C.2.11. Irritado	24 (48,0)	20 (40,0)	6 (12,0)
C.2.12. Desesperado	31 (62,0)	17 (34,0)	2 (4,0)
C.2.13. Vazio	15 (30,0)	27 (54,0)	8 (16,0)
C.2.14. Não realizado	18 (36,0)	25 (50,0)	7 (14,0)

No caso do arrependimento mais recente, a maioria dos idosos não ficou a remoer no que fez e no que não fez (54,0%), mas no arrependimento ao longo da vida a maioria ficou a remoer nisso mesmo (74,0%). No que toca ao arrependimento recente e ao longo da vida a maioria dos idosos não pensou em alternativa para que no futuro as coisas

corram melhor (70,0% e 56,0%, respectivamente). Quanto ao arrependimento recente e ao longo da vida a maioria não referiu não ter a intenção de colocar em prática essas alternativas (78,0% e 68,0%, respectivamente) (Tabela 11).

Tabela 11

Respostas ao item B.3. (último mês) e C.3. (ao longo de toda a vida) - QALV

Itens	Frequência de respostas	
	Não <i>n</i> (%)	Sim <i>n</i> (%)
Último mês		
B.3.1. ficar a remoer sobre o que fiz/ não fiz	27 (54,0)	23 (46,0)
B.3.2. pensar sobre alternativas para que no futuro as coisas corram melhor	35 (70,0)	15 (30,0)
B.3.3. ter a intenção de colocar em prática essas alternativas	39 (78,0)	11 (22,0)
Longo de toda a vida		
C.3.1. ficar a remoer sobre o que fiz/ não fiz	13 (26,0)	37 (74,0)
C.3.2. pensar sobre alternativas para que no futuro as coisas corram melhor	28 (56,0)	22 (44,0)
C.3.3. ter a intenção de colocar em prática essas alternativas	34 (68,0)	16 (32,0)

2.4. Análise estatística

A análise estatística foi efetuada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Calculámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central, de dispersão e de assimetria. Apesar do *n* da nossa amostra ser maior do que 30, atendendo ao *n* reduzido em algumas das categorias de algumas das variáveis estudadas (e.g. sexo), optamos maioritariamente pelos testes não paramétricos. Foi usado o nível de significância (*p*) de 0,05. Realizaram-se testes U de Mann-Whitney para explorar a existência de diferenças por sexo nas variáveis centrais (pontuação total na EA, pontuação total na GDS, no GAI e no MoCA). Dada a ausência de diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis por sexo, através de correlações Spearman testámos associações entre as diferentes variáveis (entre si) na amostra total. Para avaliar a magnitude das correlações, seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,10 (baixa); 0,30 (moderada); e 0,50 (elevada). Depois de se recategorizarem algumas variáveis sociodemográficas, testes U de Mann-Whitney e testes de Kruskal-Wallis permitiram testar diferenças nas variáveis centrais já referidas, em função das variáveis sociodemográficas.

Através de testes U de Mann Whitney testamos a presença de diferenças na pontuação total da GDS, do GAI e do MoCA pelas seguintes variáveis do QALV: relativamente a um *arrependimento recente*, se sentiu arrependido pelo que aconteceu e se pensou em alternativas para que no futuro as coisas corram como quer; e relativamente a um *arrependimento no último mês e em toda a sua vida*, se o arrependimento se deveu a algo que a pessoas fez ou não fez, se ficou a remoer no que fez/não fez, se pensou em alternativas para no futuro as coisas corram melhor e se teve a intenção de colocar em prática essas alternativas

3. Resultados

Um teste U de Mann-Whitney mostrou não existirem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis centrais por sexo. Assim, as análises seguintes foram conduzidas na amostra total. Na Tabela 5 encontramos as correlações entre as variáveis centrais do estudo. É possível verificar que a pontuação total no GAI se correlacionou positivamente com a pontuação total do GDS (magnitude elevada, Cohen, 1992) e com a pontuação total do EA (magnitude moderada, Cohen, 1992). Por outro lado, a pontuação total do GAI correlacionou-se negativamente (magnitude moderada) com a pontuação total do MoCA. A pontuação total do GDS também mostrou correlacionar-se negativamente com a pontuação total do MoCA (magnitude moderada, Cohen, 1992) e positivamente (magnitude moderada, Cohen, 1992) com a pontuação total do EA. Finalmente a pontuação total do MoCA não se associou significativamente com a pontuação total do EA.

Tabela 5

Correlações entre as variáveis centrais do estudo (pontuação total GDS, pontuação total GAI, pontuação total MoCA e pontuação total EA)

	GDS	MoCA	EA
GAI	0,625**	-0,373**	0,403**
GDS	-	-0,355*	0,408**
MOcA	-	-	NS
EA	-	-	-

GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; GDS = *Geriatric Depression Scale*; EA = Escala de Arrependimento; ** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,005$; NS = não significativo

De seguida, depois de recategorizarmos as nossas variáveis sociodemográficas (habilitações literárias: não sabe ler, nem escrever, sabe ler e escrever/sem escolaridade vs. 1º ciclo do ensino básico vs. Ensino secundário +superior; estado civil: solteiro/a+viúvo/a+divorciado/a) vs. Casado/a) +união de facto; com quem vive: sozinha vs. com

cônjuge+com filhos+com outros) fomos realizar testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para testar diferenças nas variáveis centrais do nosso estudo, pelas variáveis sociodemográficas. Apresentamos, de seguida, os resultados significativos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do GAI, do GDS e do MoCA por habilitações literárias (GAI, $\chi^2 = 7,089$; $p = 0,029$; $Md = 17,0$ vs. $Md = 13,5$ vs. $Md = 10,0$; GDS $\chi^2 = 8,135$; $p = 0,017$; $Md = 18,5$ vs. $Md = 15,5$ vs. $Md = 9,5$; MoCA $\chi^2 = 12,450$; $p = 0,002$; $12,0$ vs. $15,5$ vs. $21,5$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do EA por esta variável sociodemográfica. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do MoCA por tipo de profissão (quando os idosos eram ativos) ($U = 40,000$; $p = 0,023$; $Md = 15,5$ vs. $Md = 22,0$).

No que toca à exploração de diferenças na pontuação total da GDS, do GAI e do MoCA por algumas variáveis do QALV, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do GAI e do MoCA pela variável “ter-se sentido arrependido” (não vs. sim) num acontecimento recente (GAI, $\chi^2 = 109,500$; $p = 0,003$; $Md = 11,0$ vs. $Md = 19,0$; MoCA, $\chi^2 = 131,500$; $p = 0,012$; $Md = 18,0$ vs. $Md = 12,5$) e no GAI pela variável “pensou em alternativas” num acontecimento recente (não vs. sim). (GAI, $\chi^2 = 160,500$; $p = 0,019$; $Md = 9,0$ vs. $Md = 15,0$). Da mesma forma, relativamente a um acontecimento no último mês de que a pessoa se arrependeu, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do GAI e do GDS pela variável “ficar a remoer pelo que fez/não fez” (não vs. sim) (GAI, $\chi^2 = 159,500$; $p = 0,009$; $Md = 7,5$ vs. $Md = 15,5$; GDS, $\chi^2 = 174,000$; $p = 0,008$; $Md = 8,0$ vs. $Md = 14,0$). Relativamente a um acontecimento em toda a vida pela qual a pessoa se arrependeu encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do GDS pela variável “arrependimento por algo que não fez ou que fez” (não fez vs. fez) (GDS, $\chi^2 = 148,500$; $p = 0,034$; $Md = 13,0$ vs. $Md = 16,0$), e na pontuação total do GAI e da GDS pela variável “ficar a remoer pelo que fez/não fez” (não vs. sim) (GAI, $\chi^2 = 82,000$; $p = 0,002$; $Md = 4,0$ vs. $Md = 16,0$; GDS, $\chi^2 = 115,500$; $p = 0,007$; $Md = 4,0$ vs. $Md = 13,0$).

4. Discussão

Com este estudo exploratório (dado o tamanho da amostra) pretendeu-se analisar o constructo/emoção de arrependimento numa amostra de idosos e as relações entre o arrependimento, os sintomas ansiosos/eventual quadro de ansiedade, os sintomas

depressivos/eventual quadro de depressão e o estado cognitivo na mesma amostra, aspetos nunca explorados, segundo sabemos, ao nível nacional e internacional.

Começamos por discutir algumas das características sociodemográficas da nossa amostra. Tal como noutras amostras de idosos (quer institucionalizados, quer que frequentam Universidades Sêniores), verifica-se o predomínio das mulheres no nosso estudo (88%). No estudo de Vigário (2012) a amostra era constituída, também, maioritariamente por mulheres (76,7%), sucedendo o mesmo no estudo de Falcão e colaboradores (2012) (74%), no estudo de Gonçalves (2012) (76,70%) e de Pena (2012) (76,5%). Da mesma forma, a escolaridade da nossa amostra não mostrou ser muito elevada (a maioria situou-se no 1º ciclo do ensino básico) (e quando os idosos ainda eram ativos dominavam as profissões manuais), mesmo sendo uma amostra de idosos que frequenta Universidades Sêniores. Estes resultados foram semelhantes aos de Vigário (2012) que verificou, na sua subamostra com idosos não institucionalizados (frequentando a Universidade Sénior), que nesta mesma subamostra, dos 84,8% com escolaridade, a maioria possuía ensino básico primário (37,0%). Segundo Leite, Salvador e Araújo (2009, citado por Vigário, 2012), antigamente os “estudos” não era tão valorizados, pelo que era difícil para ambos os sexos frequentar a escola, o que pode explicar a baixa escolaridade e o tipo de profissão quando eram ativos, em idosos que atualmente frequentam a Universidade Sénior.

Discutindo, agora, alguns dos dados centrais do nosso estudo, visto existirem poucos estudos relativos ao arrependimento em Portugal e atendendo à ausência de estudos nesta área com idosos (os existentes foram realizados com jovens), tal impediu a análise comparativa dos resultados obtidos com outros estudos. Ainda assim, a autora discutirá os resultados, comparando-os com os de alguns estudos realizados em jovens, em particular o estudo de Borges (2015), que recorreu aos mesmos instrumentos centrais de avaliação do arrependimento (EA e QALV).

Assim, quanto ao arrependimento traço (EA) e atendendo ao intervalo teórico possível, é importante verificar que o valor obtido na nossa amostra situa-se no meio do extremo mínimo e extremo máximo desse intervalo. Comparando com o estudo de Borges (2015), verificou-se que o valor médio na escala de arrependimento-traço obtido foi de 22,32, apenas ligeiramente superior ao do nosso estudo (21,68). A diferença mínima de valores pode dever-se ao facto do instrumento EA avaliar um constructo com características de traço, bem como avaliar apenas escolhas e decisões. Se Borges refere que o arrependimento tende a tornar-se mais intenso ao longo da vida, isso pode não

fazer tanto sentido para uma variável com “essência” de traço, mas sim se avaliarmos o arrependimento do ponto de vista longitudinal (incluindo todos os arrependimentos, os recentes e ao longo da vida).

Em relação aos valores médios obtidos no GAI e na GDS, os valores médios pareceram ser preocupantes, atendendo aos pontos de corte apresentados pelos autores das validações portuguesas, por serem marcadamente superiores aos mesmos. Da mesma forma, atendendo a esses mesmos pontos de corte, verificou-se que uma percentagem elevada de idosos apresentou eventual depressão e ansiedade, mesmo tratando-se de idosos que se encontravam a frequentar uma Universidade Sénior (frequentando, então, aulas e sendo pessoas ativas, reconhecendo-se o papel da ativação comportamental no decréscimo dos sintomas depressivos em qualquer faixa etária). E quanto aos valores médios encontrados na nossa amostra, quanto ao GAI, a pontuação média obtida na nossa amostra de sintomas ansiosos (12,33) foi semelhante à do estudo de Gonçalves (2011) (12,12), sendo que este último foi conduzido em amostra de idosos sob resposta social. Em relação ao GDS, a pontuação média dos sintomas depressivos no nosso estudo foi de 15,0 sendo inferior à encontrada por Curado (2013) (15,25). Apesar do valor elevado encontrado na nossa amostra, o valor ainda maior no estudo referido pode dever-se à média de idade superior à nossa e ao fato dos idosos desse estudos estarem sob resposta social. Em relação ao défice cognitivo, calculado pelo MoCA, a nossa amostra alcançou uma média de 16,83, superior à média de 11,75 encontrada no estudo de Gonçalves (2011) e à média de 10,95, encontrada no estudo de Ferreira (2011). Este resultado é muito preocupante atendendo a que os idosos dessas amostras encontravam-se institucionalizados em respostas sociais, ao contrário dos nossos que frequentam a Universidade Sénior, apesar de termos constatado baixos níveis de escolaridade (prévios) e um tipo de profissão dominante (quando ainda eram ativos) manual. Segundo Ylikoski e seus colaboradores (1999, citado por Vigário, 2012) o nível educacional é inversamente proporcional ao risco de se desenvolver declínio, pelo que a autora (Vigário, 2012) verificou que os idosos com escolaridade apresentavam números menores de défice, nomeadamente na prova MoCA. Parece possível afirmar que, apesar dos idosos da presente amostra frequentarem a Universidade Sénior poder ser protetor, em termos cognitivos, para os mesmos, o facto de terem (a maioria) uma escolaridade prévia baixa e terem tido uma profissão do tipo manual, condicionou o verdadeiro efeito estimulador e protetor que a frequência de uma Universidade Sénior poderia assegurar.

Quanto ao QALV, no nosso estudo, verificou-se, relativamente a um *acontecimento recente*, que as situações com desfecho negativo mais frequentes eram as relativas à *saúde/bem-estar próprio e de outros significativos* e às *relações interpessoais*. Faz sentido que nesta faixa etária, sejam estas as categorias mais referidas (no estudo de (Borges 2015 predominaram as situações relativas aos *estudos* por se tratar de uma amostra de estudantes universitários, seguidas das situações envolvendo as *relações interpessoais*), porque parece legítimo afirmar que o que preocupa maioritariamente os idosos é a sua saúde e a de outros que os rodeiam, bem como a forma como se relacionam com as pessoas que ainda fazem parte da sua vida, e não tanto as questões profissionais/escolares, como aconteceria em amostra abarcando idades mais novas. Tal como na amostra de Borges (2015), ainda assim, esse *acontecimento recente* com desfecho negativo associou-se a emoções mais negativas como a tristeza e ansiedade (faz sentido a igualdade de emoções, mesmo que relativas a categorias distintas, dada a natureza negativa do acontecimento), do que a emoções como a alegria. Ainda relativamente a este acontecimento, os idosos sentiram, na sua maioria, *não ter tido controlo sobre o desfecho do acontecimento, não se sentiram arrependidos* por causa do que aconteceu e *não pensaram em alternativas* para que no futuro as coisas corressem como queriam. Este resultado parece fazer todo o sentido atendendo à categoria mais referida relativa à *saúde/bem-estar próprio e de outros significativos*, que com grande probabilidade, em qualquer idade, mas mais ainda em idades mais avançadas (por surgirem mais situações de saúde/doença inesperadas), pode associar-se à existência de “não controlo” sobre o sucedido e, assim, eventualmente, à ausência de arrependimento e do pensar em alternativas (por não se ter “controlo” sobre o sucedido).

Relativamente ao arrependimento no *último mês* e *em toda a vida*, na nossa amostra existiu uma maior percentagem de idosos que se arrependeu por algo que não fez (omissão). Giloovich e Medvec Zeelenberg e Pierts (2007) encontraram estudos onde as inações causaram mais arrependimento que as ações. Eles estudaram o padrão temporal do arrependimento e verificaram os efeitos da inação no arrependimento a longo prazo. Ao olhar para trás as pessoas experimentam mais arrependimento sobre os caminhos não tomados. Os autores referem, ainda, que ao longo tempo uma série de processos psicológicos diminuem o arrependimento de ações tomadas.

Na nossa amostra, ambos os arrependimentos (*último mês* e *em toda a vida*) mostraram estar associados a emoções como “contemplativo”, “nostálgico”, “triste”, “frustrado”, “sentimental”, “irritado”, “desesperado” e “não realizado”. No caso do

arrependimento no *ultimo mês* a maioria dos idosos não ficou a remoer no que que fez e não fez, mas no arrependimento ao *longo da vida* ficaram a remoer sobre o mesmo. Em ambos *não pensaram em alternativas* para que no futuro as coisas corresse melhor, nem em *colocar em prática essas alternativas*. Borges (2015) verificou uma maior intensidade de algumas emoções *arrependimento recente* por omissão (sentimental e não realizado) e no *arrependimento ao longo da vida* (nostálgico, frustrado e não realizado). Já em relação ao arrependimento *ao longo da vida* por comissão, as emoções que prevaleceram foram: envergonhado, embaraçado e culpado. Estudos referem a omissão (mais frequentemente associada ao arrependimento ao longo da vida), como motivadora de arrependimentos que se tornam mais intensos e perturbadores ao longo do tempo. Gilovich, Medvec e Chen (1995, citado por Roese e Summerville, 2005), Carmon, Wertebroch e Zeelenberg (2003, citado por Zeelenberg e Pierts, 2007) descobriram que existe uma sensação de arrependimento pós decisão que é acompanhada por um aumento da atratividade da alternativa não escolhida.

Contrariamente ao que aconteceu no estudo de Borges (2015), em que não se verificou que a omissão (tanto no *acontecimento recente*, como *ao longo da vida*) se associava significativamente às consequências comportamentais do arrependimento (“ficar a remoer”, “pensar em alternativas” e “coloca-las em prática”), no nosso estudo, no caso do arrependimento *ao longo da vida*, este associou-se a consequências comportamentais (“ficar a remoer”), mas não ao “pensar em alternativas”. Este resultado pode ser explicado pelo fato de, apesar dos idosos poderem ruminar sobre o sucedido, ao não encararem o futuro com esperança ou ao não pensarem no mesmo como uma possibilidade (não sabem quanto tempo terão), viverem sem planos ou sem acreditarem que podem alterar o que quer que seja.

Landman, Vandewater, Stewart e Malley (1995, citado por Zeelenberg e Pierts, 2007) relataram que o pensamento contrafactual sobre oportunidades perdidas associa-se a emoções, a curto prazo, e a benefícios motivacionais a longo prazo. Tal parece não se ter verificado no nosso estudo pois em ambos os arrependimentos os idosos não ficaram a “pensar em alternativas”. Esses autores também verificaram que, as pessoas que não relataram pensamento contrafactual diferiam daqueles que, ao reconhecem oportunidades perdidas, eram mais propensos a poder prever/pensar em futuras mudanças nas suas vidas. Assim, as consequências psicológicas do arrependimento podem depender da idade, uma vez que as oportunidades para superar o arrependimento diminuem com a idade (Wrosch e Hausen (2002, citado por Zeelenberg e Pierts, 2007),

parecendo, portanto, que a vertente adaptativa e favorável do pensamento contrafactual não se verifica na população idosa.

Discutindo, agora, as associações encontradas no nosso estudo, entre as variáveis centrais (arrependimento, sintomas depressivos/ansiosos e déficit cognitivo), foi possível verificar que a pontuação total no GAI (sintomas ansiosos) se correlacionou positivamente com a pontuação total do GDS (sintomas depressivos) e com a pontuação total do EA (arrependimento traço) (a pontuação total de GDS também se correlacionou com a pontuação total de EA). O resultado relativo à associação entre a pontuação total de EA com a pontuação total do GAI e do GDS é particularmente importante, visto ser a primeira vez que é relatado num estudo com idosos. Relativamente à associação entre o GDS e o GAI, estudos do Projeto Trajetórias do Envelhecimento revelam esta associação entre os sintomas depressivos e ansiosos. Por exemplo, no estudo de Gaspar (2011) verificou-se uma correlação significativa moderada entre a pontuação média no GDS e a pontuação média no GAI. Gonçalves (2011) verificou, igualmente, uma correlação elevada entre sintomas depressivos e ansiosos. Segundo Beekman e colaboradores (2000) e Byers e colaboradores (2010, citado por Lobo et al., 2012) a comorbilidade entre ansiedade e depressão é considerada comum no final da vida, com taxas que vão até 47,5%. Este resultado relativo à associação entre os dois tipos de sintomatologia (agora em idosos frequentando uma Universidade Sénior) volta a reforçar a importância de se procurar trabalhar (em termos clínicos), simultaneamente, a sintomatologia depressiva e ansiosa junto dos idosos. Relativamente à relação entre os sintomas ansiosos e o arrependimento traço (EA) (independentemente da sua natureza traço), no estudo de Landman, Vandewater, Stewart e Malley (1995, citado por Zeelenberg e Pierts, 2007) os pensamentos contrafactuais associaram-se a níveis mais elevados de ansiedade depressão, o que vai ao encontro do nosso estudo. Faz sentido que pessoas de qualquer faixa etária com valores maiores de arrependimento traço possam ter a tendência para, em virtude da sua tendência para se arreperderem, poderem sentir-se ansiosos e depressivos.

Por outro lado, a pontuação total do GAI, no nosso estudo, correlacionou-se negativamente com a pontuação total do MoCA (déficit cognitivo), algo já largamente comprovado em estudos nacionais e internacionais (Gonçalves, 2011; Airaksinen e Eija, 2010). A pontuação total do GDS (sintomas depressivos) mostrou, também, correlacionar-se negativamente com a pontuação total do MoCA, indo, de novo, ao encontro dos estudos nacionais e internacionais (Gaspar, 2011; Gonçalves, 2011; Pena,

2011; Airaksinen e Eija, 2010). Parece confirmar-se, com estes resultados, a importância da intervenção ao nível do estado emocional e cognitivo, junto de idosos, particularmente os da nossa amostra, que frequentam uma Universidade Sénior. Apesar do preocupante valor médio na pontuação do MoCA na nossa amostra, a verdade é que, quanto melhor os idosos estiverem em termos cognitivos, melhor parece ser o seu estado emocional, pelo que a estimulação cognitiva e mesmo eventualmente física (nas universidades séniores são frequentados diferentes tipos de atividades, desde as mais intelectuais, às mais físicas) parece ser protetora relativamente a estados emocionais negativos.

Finalmente a pontuação total do MoCA (défice cognitivo) não se associou significativamente com a pontuação total do EA (arrependimento traço), resultado relevante por estar a ser, pela primeira vez relatado, numa amostra de idosos e por parecer indicar que este traço não parece vulnerabilizar para a ocorrência daquele défice, embora estando associado a estados emocionais negativos que sabemos associar-se a esse mesmo défice (pelo que o seu eventual impacto pode ser “indireto”).

Relativamente às associações entre as variáveis centrais e as variáveis sociodemográficas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do GAI, do GDS e do MoCA por habilitações literárias. Verificaram-se, também, diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do MoCA por tipo de profissão (quando os idosos eram ativos) o que faz sentido. No estudo de Falcão e colaboradores (2012), idosos escolarizados pontuaram significativamente mais alto em todas as funções cognitivas. Os idosos com profissões intelectuais também tiveram médias mais altas em todas as funções cognitivas. Foram encontradas diferenças significativas entre idosos com escolaridade e profissões intelectuais, idosos com escolaridade e profissões manuais e idosos sem escolaridade e profissões manuais. Os autores concluem, então, tal como no nosso estudo, que a escolaridade e profissão que a pessoa exerceu ao longo da vida parece ter um papel protetor no envelhecimento cognitivo, com as profissões que estimulam intelectualmente a protegerem contra o declínio das funções cognitivas vulneráveis ao envelhecimento cerebral (Falcão et al., 2012). Outros estudos comprovaram o mesmo, que um maior nível de escolaridade pode ser considerado um fator de proteção para o défice cognitivo, sendo que, quanto mais baixa for a escolaridade, maior a probabilidade do idoso apresentar défice cognitivo (Machado et al., 2011; Rabelo, 2009, citado por Ferreira, 2011). Pessoas com menor escolaridade e profissões do tipo manual tendem a apresentar mais sintomas

depressivos e ansiosos o que já ficou provado em outros estudos (Santos e Sousa, 2015; Oliveira et al., 2006; Minghelli et al., 2013).

No que toca à exploração de diferenças na pontuação total da GDS, do GAI e do MoCA por algumas variáveis do QALV, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do GAI e do MoCA pela variável “ter-se sentido arrependido” (não vs. sim) num acontecimento recente e no GAI pela variável “pensou em alternativas” num acontecimento recente (não vs. sim). Sendo mais difícil discutir o porquê de quando as pessoas se sentem arrependidas relativamente a um acontecimento recente tal se associar a valores maiores de défice cognitivo (será que a ruminação a propósito do acontecimento recente pode interferir nos processos cognitivos gerais do idoso?), faz sentido que o arrependimento se associe (tal como vimos no que diz respeito às emoções que lhe surgem associadas) a níveis maiores de ansiedade e ainda mais se o idoso tiver pensado em alternativas, porque, dada a idade avançada, pode não ser possível torna-las reais. Da mesma forma, relativamente a um acontecimento no *último mês* de que a pessoa se arrependeu, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do GAI e do GDS pela variável “ficar a remoer pelo que fez/não fez” (não vs. sim). Quanto a este resultado, são bem conhecidos os efeitos da ruminação nos estados depressivos (Hoeksema, 2000; Papageorgiou e Wells, 2004; Zanon et al., 2012) e, no caso dos idosos, pode fazer também sentido a associação entre este “remoer” e, quer os estados depressivos, como os estados ansiosos, sobretudo se idoso sentir que não terá novas oportunidades de mudar as suas decisões.

Focando-nos, agora, nas implicações deste estudo, pudemos constatar o efeito negativo do arrependimento em idosos, nomeadamente pela sua associação com outras emoções negativas (e.g. tristeza; frustração) e pela sua associação com sintomas depressivos e ansiosos. Foi particularmente importante constatar a significância do arrependimento ao longo da vida por omissão. Poucos idosos (ou mesmo nenhuns) perspetivam o futuro ou fazem planos, apenas vivem o dia-a-dia, sem esperar que nada de novo surja, porque aquilo que tinham para fazer ou viver já foi feito/vivido. Na perspectiva destes já nada do que façam ou digam pode fazer o tempo voltar atrás. É tarde para tudo isso. É neste sentido que, particularmente nesta faixa etária, pode ser importante aos técnicos que trabalhem com idosos, poderem recorrer a técnicas que ajudem os idosos a melhor lidarem com os seus arrependimentos, nomeadamente técnicas de carácter mais emocional (e.g. ventilação emocional através da escrita de

cartas, técnica das duas cadeiras) e mesmo as que dizem respeito ao uso de meditação (Lima et al., 2011).

Relativamente às limitações do estudo, não podemos deixar de referir a dimensão reduzida da amostra. A expectativa relativa ao número de indivíduos era maior, contudo, tal não sucedeu por motivos relacionados com a recolha (o fato de o protocolo ter que ser passado individualmente e de alguns idosos apresentarem dificuldades no entendimento das questões do QALV). Pode, no sentido do que acabou de ser referido, ser importante proceder à adaptação do QALV para o seu uso junto de amostras de pessoas com mais idade. Igualmente, ao tratar-se de um estudo transversal, não podemos determinar relações de causalidade, para além de que é possível hipotetizar que os estados emocionais dos idosos quando preencheram os instrumentos, podem ter enviesado as suas respostas relativamente ao arrependimento.

No futuro, seria interessante explorar, em amostras de idosos, as associações entre o arrependimento e variáveis como o perfeccionismo, o autocrítico e a autocompaixão e com emoções como a vergonha. Um estudo mais ambicioso passaria por intervir ao nível do arrependimento em grupos de idosos (através de um eventual programa de intervenção) e testar o efeito desse mesmo programa, particularmente no estado emocional subsequente.

5. Referências bibliográficas

Airaksinen, E. (2006). Cognitive functions in depression and anxiety disorders : findings from a population-based study. *Karolinska University Press*,36 (1). 1-46.

Almeida, R. (2012). *Atenção seletiva e declínio cognitivo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga Coimbra.

Anderson, J. (2003). The Psychology of Doing Nothing: Forms of Decision Avoidance Result From Reason and Emotion. *Psychological Bulletin by the American Psychological Association*, 129(1), páginas Doi: 10.1037/0033-2909.129.1.139.

Conboy, J., Gabriel, P., (2009). Atenção e memória visual na população idosa: uma associação entre as habilidades literárias sob condições de interferência. *Cuadernos Neuropsicologia*, 4(2), 186-201.

Connolly, T., Zeelenberg, M. (2002) Regret in Decision Making. *Psychological Science*,11 (6), 212-16.

Coricelli, G. e Rustichini, A.(2010). Counterfactual thinking and emotions: regret and envy learning. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 365, 241– 247.

Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schonfeld, S. e Ehlers A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 225-32.

Epstude, K. e Roese, N.J. (2008). The Functional Theory of Counterfactual Thinking. *Personality and Social Psychology Review*, 12(2), 168–192.

Espirito-Santo, H., Falcão, D., Lemos, L., Pena, I., Vicente, Silva, G., Costa, M., Martins, S., Fernandes, D., Cardoso, D., Ventura, L., Moitinho, S., Pinto, A., Rodrigues, F., Vigário, V., Caldas, L., Pascoal, V., Neves, C., Marques, M. (2010) *Validation of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) in an Institutionalized Elderly Sample*. Psychology, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Falcão, D., Espirito-Santo, H., Matreno, J., Fermino, S, Guadalupe, S. (2012) *Declínio cognitivo, síndrome ansiosa e depressiva: estudo em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra*. Congresso internacional de gerontologia social dos Açores. Livro de resumos. Problemáticas e desafios. Construção de uma nova realidade.

Falcão, D., Espirito-Santo, H., Matreno, J., Fermino, S, Guadalupe, S. (2012) *Envelhecimento e funcionamento cognitivo: o papel da escolaridade e profissão*. Congresso internacional de gerontologia social dos Açores. Livro de resumos. Problemáticas e desafios. Construção de uma nova realidade.

Ferreira, J. (2011). *Autonomia e Funções Cognitivas numa amostra de Idosos de Coimbra sob resposta social*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga Coimbra.

Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 37-41.

Gaspar, A. (2011). *Memória a curto-prazo, satisfação com a vida e afetividade em idosos em lar e centro de dia*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Garnefski, N. e Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40,1659-1569.

Gonçalves, A. (2011). *Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: estudo em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Gilovich, T. e Medvec, V.H. (1994). The temporal pattern to the experiences of regret. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 357-365.

Gilovich, T., Medvec, V.H. e Kahneman, D. (1998). Varieties of Regret: A Debate and Partial Resolution. *Psychological Review*, 105(3),602-605.

Hans, P., Gisela, B. (2008) The multiplicity of emotions: A framework of emotional functions in decision making. *Judgment and Decision Making*, 3(1), 5–17.

Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 3, 504-511.

Landman J. (1993). *Regret. The persistence of the possible*. Oxford: Oxford University Press.

Lima, P., Oliveira, A., Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: um estudo exploratório com treino mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 165-183.

Marcatto, F., Ferrante, D. (2005) The Regret and Disappointment Scale: An instrument for assessing regret and disappointment in decision making. *Organizational Behavior and Human Decision*, Vol.3 n°1, 152–160.

Markman, K.D. e Miller, A.K. (2006). Depression, control and counterfactual thinking: Functional for whom? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 210-227.

Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., Simões, C. (2013). Comparison of levels of anxiety and depression among active and sedentary elderly. *Revista Psiquiátrica Clínica*.vol.40, n°2. 72-76.

Pieters, R. e Zeelenberg, M. (2007). Theory of Regret Regulation. *Journal of Consumer Psychology*, 17(1), 29-35.

Pachana N., Byrne G., Siddle H., Koloski N., Harley E., e Arnold E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatric Association*, 19(1), 103-114.

Pocinho, M., Farate, C., Dias, C.A., Lee, T., e Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223- 236.

Papageorgiou, C., Wells, A. (2004). Depressive Rumination: nature, theory and treatment. *John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, England*. 4-271.

Ribeiro, O., Paul, C., Simões, M., e Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 1-7. doi:10.1080/13607863.2011.562177.

Roese, N. (1997). Counterfactual thinking. *Psychological Bulletin*, 121(1), 133-148.

Roese, N.J. (2005). What we regret most... and why. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(9), 1273-85.

Roese, N.J., Epstude, K., Fessel, F., Morrison, M., Smallman, R...Segerstrom S. (2009). Repetitive Regret, Depression, and Anxiety: Findings from a Nationally Representative Survey. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(6), 671-688.

Saffrey, C. e Roese, N.J. (2006). Praise for regret: Positive evaluative meta-perceptions of negative affective experience. Unpublished Manuscript.

Saffrey, C., Summerville, A. e Roese, N.J. (2008). Praise for regret: People value regret above other negative emotions. *Motivation and Emotion*, 32(1),46–54.

Santos, G., Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.33 n°1,2-11.

Schwarz, N. (2000). Emotion, cognition, and decision making. *Cognition and Emotion*, 14(4),433-440.

Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K. e Lehman, D.R. (2002). Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1178-1197.

Schmidt, R.E. e Van der Linden, M. (2011). The Nocturnal Return of Neglected Regrets: Deficits in Regret Anticipation Predict Insomnia Symptoms. *The Open Sleep Journal*, 4, 20-25.

Vigário, V. (2012). *Diferenças no funcionamento cognitivo entre idosos institucionalizados e entre idosos não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Coimbra.

Zanon, C. (2009). *Relações de Ruminação e Reflexão com o bem-estar subjectivo, facetas do neuroticismo e sexo*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Zeelenberg, M. e Pieters R. (1997). A Theory of Regret Regulation *Journal of Consumer Psychology*, 17(1), 3-18.

Zeelenberg, M., Dijk, E., Manstead, A. (1998) Reconsidering the Relation between Regret and Responsibility. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 74 (3), 254–272.

Zeelenberg, M., Dijk, E., Pligt, J., Manstead, A., Empelen, P., Reinderman, D. (1998) Emotional Reactions to the Outcomes of Decisions: The Role of Counterfactual Thought in the Experience of Regret and Disappointment. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 75(2), 117–141.

Zeelenberg, M. (1999) The use of crying over spilled milk: a note on the rationality and functionality of regret. *Philosophical Psychology*, 12 (3), 326-340.

Zeelenberg, M., Van den Bos, K., Van Dijk, E. e Pieters, R. (2002). The inaction effect in the psychology of regret. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(3), 314-327.

Zeelenberg, M., Nelissen, R. , Breugelmans, M. e Pieters, R. (2008) On emotion specificity indecision making: Why feeling is for doing. *Judgment and Decision Making*, 3(1),18–27.