

Daniela Ferraz Borges Ferreira

O PAPEL MEDIADOR DA DESREGULAÇÃO EMOCIONAL ENTRE A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ANSIOSA NA IDADE AVANÇADA



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de mestrado em Psicologia clínica
Área de especialização em terapia cognitivo-
comportamental

COIMBRA, 2024

O papel mediador da desregulação emocional entre sintomatologia depressiva e ansiosa na idade avançada

Daniela Ferraz Borges Ferreira

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

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

Presidente: Professora Doutora Laura Lemos

Arguente: Professora Doutora Sónia Simões

Coimbra, junho, 2024

Agradecimentos

Ao concluir esta dissertação, sinto-me imensamente grata por todo o percurso acadêmico que percorri até aqui. Este caminho, não só me fortaleceu, mas também me ensinou lições valiosas sobre resiliência. Enfrentar tempestades e escalar montanhas tornaram-se as metáforas constantes nesta jornada, mostrando-me que com determinação e persistência tudo é possível!

Primeiro que tudo gostaria de expressar a minha gratidão à Professora Doutora Helena Espírito-Santo pela dedicação, persistência, insistência e por toda a sabedoria partilhada. Agradecer também à Professora Alexandra Grasina, pela orientação, disponibilidade e palavras de incentivo. Agradeço-lhes profundamente pela paciência e todos os contributos cruciais para a realização desta investigação!

A todos os idosos e instituições, pela disponibilidade e participação nesta investigação, sem os quais esta investigação não seria possível!

Um agradecimento especial às minhas colegas e amigas de orientação, Daniela Cardoso, Elodie Santos, Francisca Vieira e Raquel Gil. O vosso apoio e amizade foram fundamentais, juntas enfrentámos, desafios, receios e cansaço. Juntas celebrámos todas as conquistas! Obrigada por trazerem leveza e alegria a este percurso.

À minha mãe por desde cedo ser uma fonte de inspiração, por me mostrar que nada é impossível basta querer. Pela mulher, mãe e profissional exímia e brilhante que é!

Ao meu pai, um lutador, por ser força e coragem! Por me permitir sonhar e nunca me ter deixado desistir! Pelos abraços que me carregavam as energias, pelos mimos e olhares repletos de carinho e força.

Aos meus pais, por todos os sacrifícios, por todas as palavras de encorajamento, por todos os ensinamentos e valores que me transmitiram. Obrigada por me permitirem crescer, sem vocês nada disto seria possível!

À Sofia, Fátima e Kátia, pela amizade! Por acreditarem em mim e me incentivarem a cada passo desta jornada.

À Dadá e ao Ricardo, por todo o apoio incondicional, por serem casa e colo. Por trazerem luz e cor aos lugares mais sombrios e me lembrarem de quem sou!

Ao Jesse, obrigada por tudo! Por seres a melhor partida do destino, por acalmares a tempestade na minha alma e seres ponto de abrigo.

*“If you can only carry one thing throughout your entire life, let it be hope.
Let it be hope that better things are always ahead.
Let it be hope that you can get through even the toughest of times.
Let it be hope that you are stronger than any challenge that comes your way.
Let it be hope that you are exactly where you are meant to be right now,
And that you are on the path to where you are meant to be...
Because during these times, hope will be the very thing that carries you through.”*

-Nikki Banas | Walk the Earth

Resumo

Contexto: O processo de envelhecimento envolve diversas perdas e mudanças que aumentam a vulnerabilidade dos idosos para o desenvolvimento de psicopatologias, como sintomas depressivos e ansiosos. Em contextos institucionais, essas vulnerabilidades podem ser exacerbadas devido ao afastamento social, perda de autonomia e adaptação a novos ambientes.

Objetivo: Investigar o papel mediador da desregulação emocional na relação entre sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados, além de analisar as diferentes dimensões da desregulação emocional e suas associações com sintomas psicopatológicos e características sociodemográficas.

Métodos: Estudo transversal com uma amostra de conveniência de 577 idosos institucionalizados na região centro de Portugal. A avaliação incluiu a *Geriatric Depression Scale* de 8 itens, a *Geriatric Anxiety Inventory* de 9 itens e a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* de 8 itens.

Resultados: A desregulação emocional mediou parcialmente a relação entre sintomas depressivos e ansiosos. A clareza emocional mostrou-se um mediador significativo, com maiores níveis de clareza emocional associados a menores níveis de ansiedade e depressão. Dificuldades em regular emoções de acordo com objetivos pessoais, controlar impulsos e aceitar emoções negativas também apresentaram relações significativas com os sintomas depressivos e ansiosos. Não foram encontradas diferenças significativas em relação à idade, mas diferenças estatisticamente significativas foram observadas entre os sexos e os níveis de escolaridade, embora de magnitude baixa.

Conclusão: A desregulação emocional contribui significativamente para a coocorrência de sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados. Intervenções focadas na melhoria da regulação emocional, especialmente na promoção da clareza emocional, podem ser eficazes na redução destes sintomas.

Palavras-chave: Sintomatologia Depressiva; Sintomatologia Ansiosa; Desregulação Emocional; Idosos; Institucionalização.

Abstract

Context: The aging process involves various losses and changes that increase the vulnerability of older adults to developing psychopathologies, such as depressive and anxious symptoms. These vulnerabilities can be exacerbated in institutional settings due to social withdrawal, loss of autonomy, and adaptation to new environments. **Objective:** To investigate the mediating role of emotional dysregulation in the relationship between depressive and anxious symptoms in institutionalized older adults and to analyze the different dimensions of emotional dysregulation and their associations with psychopathological symptoms and sociodemographic characteristics. **Methods:** A cross-sectional study with a convenience sample of 577 institutionalized older adults in the central region of Portugal. The assessment included the Geriatric Depression Scale- 8 items, the Geriatric Anxiety Inventory-9 items, and the Difficulties in Emotion Regulation Scale-9 items. **Results:** Emotional dysregulation partially mediated the relationship between depressive and anxious symptoms. Emotional clarity was a significant mediator, with higher levels of emotional clarity associated with lower levels of anxiety and depression. Difficulties in regulating emotions according to personal goals, controlling impulses, and accepting negative emotions also showed significant relationships with depressive and anxious symptoms. No significant differences were found concerning age, but statistically significant differences were observed between genders and education levels, although of low magnitude. **Conclusion:** Emotional dysregulation significantly contributes to the co-occurrence of depressive and anxious symptoms in institutionalized older adults. Interventions focused on improving emotional regulation, especially promoting emotional clarity, may effectively reduce these symptoms.

Keywords: Depressive Symptoms; Anxious Symptoms; Emotional Dysregulation; Older Adults; Institutionalization.

O papel mediador da desregulação emocional entre a sintomatologia depressiva e ansiosa na idade avançada

Sintomas Depressivos e Ansiosos em Idosos Institucionalizados

O processo de envelhecimento envolve diversas perdas que afetam os múltiplos domínios da vida dos indivíduos (Yadav & Chanana, 2018). Durante este processo, as pessoas idosas enfrentam desafios significativos, incluindo o declínio da sua saúde física e mental, mudanças de habitação e do ambiente em que estiveram inseridos toda a vida, perdas sociais e económicas (Baptista, 2023; Oliveira et al., 2014; Yadav & Chanana, 2018). Estas perdas e mudanças parecem aumentar a vulnerabilidade das pessoas idosas para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos ou problemas de saúde mental, particularmente sintomatologia depressiva e ansiosa, que são prevalentes nesta população (Baptista, 2023; Bezerra et al., 2020; Oliveira et al., 2014; Santana & Gondim, 2016; Yadav & Chanana, 2018).

Estudos identificam uma multiplicidade de fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva e ansiosa na idade avançada, nomeadamente doenças somáticas, défice e declínio cognitivo, perda do companheiro, ser do sexo feminino, baixo rendimentos, baixo nível de escolaridade e fraco apoio social e familiar (Bezerra et al., 2020; Santiago & Mattos, 2014).

A prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres idosas, em comparação com os homens idosos, é amplamente documentada na literatura (Daniel et al., 2015; Figueiredo-Duarte et al., 2019; Lin & Wang, 2011; Zare et al., 2022). Para além de terem uma maior esperança de vida, as mulheres idosas apresentam mais tendência para experienciar emoções negativas de uma forma mais intensa e dificuldades em utilizar estratégias de *coping* adaptativas (Baptista, 2023; Figueiredo-Duarte et al., 2019). Esta vulnerabilidade do sexo feminino pode estar associada às expectativas sociais relativas ao papel feminino ou a maior propensão para relatar, reconhecer e admitir a presença da sintomatologia do que os homens,

que, frequentemente, inibem a expressão desses sintomas (Baptista, 2023; Figueiredo-Duarte et al., 2019).

Para além dos fatores referidos a institucionalização das pessoas idosas é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos (Almeida et al., 2020; Figueiredo-Duarte et al., 2019; Leal et al., 2014). Este risco é exacerbado pelo aumento da população envelhecida, que contribui para o aumento do número de idosos institucionalizados. Consequentemente, a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos nestes contextos é alarmante (Baptista, 2023; Bezerra et al., 2020; Santiago & Mattos, 2014). Estudos apontam para taxas de depressão entre pessoas idosas institucionalizadas a variar entre 35,2% (Sun et al., 2020) e valores percentuais superiores a 40% (Almeida et al., 2020; Espirito-Santo et al., 2022; Leal et al., 2014; Oliveira et al., 2014; Santiago & Mattos, 2014). No estudo realizado por Espirito-Santo et al. (2022) destacou-se que 56,9% das pessoas idosas com idade superior a 75 anos apresentavam sintomas depressivos. A sintomatologia ansiosa na idade avançada também é predominante, estando documentados valores de 24,5% em idosos institucionalizados (Sun et al., 2020). Estes sintomas podem-se manifestar através de preocupações excessivas, agitação, irritabilidade, dificuldades de concentração e distúrbios de sono (Bezerra et al., 2020; Santiago & Mattos, 2014).

Ambas as sintomatologias são exacerbadas por fatores como dependência funcional, situações de saúde e processo de institucionalização, que muitas vezes leva ao isolamento social (Almeida et al., 2020; Baptista, 2023; Bezerra et al., 2020; Espirito-Santo et al., 2022; Oliveira et al., 2014). Além disso, o estudo de Bezerra et al. (2020) mostrou que a falta de visitas de familiares em idosos institucionalizados desencadeia sentimentos de abandono e desânimo, resultando em ansiedade e depressão (Bezerra et al., 2020; Yadav & Chanana, 2018).

Assim, compreender os fatores envolvidos no surgimento de sintomas depressivos e ansiosos em pessoas idosas institucionalizadas é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes que promovam um processo de envelhecimento saudável nestes contextos (Baptista, 2023; Bezerra et al., 2020).

Desregulação Emocional nos Sintomas Depressivos e Ansiosos

A regulação emocional consiste na capacidade de o indivíduo reagir e se adaptar às mais variadas situações e emoções que advém destas (Yadav & Chanana, 2018). É um processo complexo, que envolve vários domínios e é fundamental para um funcionamento adaptativo (Yadav & Chanana, 2018). Baseada na perspectiva teórica que considera as emoções como estímulos funcionais, a regulação emocional é entendida como um conjunto de estratégias adaptativas que podem ser utilizadas em momentos de angústia emocional (Bjureberg et al., 2015). Assim, uma boa capacidade de regulação emocional contribui para uma visão mais positiva das emoções e situações vivenciadas (Santana & Gondim, 2016).

Diversos estudos científicos demonstram que uma maior capacidade de regulação emocional está inversamente correlacionada com a propensão a desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa, evidenciando que a flexibilidade em utilizar estratégias de regulação emocionais apropriadas a cada situação promove um funcionamento mental adaptativo e saudável (Espírito-Santo et al., 2022; Santana & Gondim, 2016; Visted et al., 2023; Yadav & Chanana, 2018). Ou seja, o processo de regulação emocional é considerado um fator determinante no desenvolvimento e manutenção de perturbações psicológicas (Ramirez-Ruiz et al., 2020), sendo que as dificuldades na regulação emocional são características que permitem identificar diversas patologias (D'Avanzato et al., 2013; Gross & Jazaieri, 2014; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Gratz e Roemer (2004) reconhecem a regulação emocional como um fator mediador de vários sintomas psicopatológicos e de comportamentos mal adaptativos.

O processo é caracterizado por várias dimensões, incluindo a Compreensão e Clareza Emocional, Aceitação Emocional, Controlo de Impulsos, Comportamento Dirigido a um Objetivo e o Uso Adaptativo de Estratégias (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2007; Gross & Jazaieri, 2014; Visted et al., 2023). A Clareza e Compreensão Emocional permitem recorrer a estratégias adaptativas adequadas à situação (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2007; Gross & Jazaieri, 2014; Visted et al., 2023). A Aceitação Emocional consiste na disponibilidade do indivíduo para sentir as emoções, sem tentar modificá-las (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2007; Gross & Jazaieri, 2014; Visted et al., 2023). O Comportamento Dirigido a Um Objetivo representa a orientação para objetivos mesmo na presença de emoções negativas, implicando também o controlo da impulsividade (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2007; Gross & Jazaieri, 2014; Visted et al., 2023).

Deste modo, a falta de clareza e incompreensão emocional, assim como dificuldades no controlo de impulsos e comportamentos sugerem dificuldades no processo de regulação emocional (Baptista, 2023; Coutinho et al., 2009; Gratz & Roemer, 2004). As dificuldades de regulação emocional envolvem o recurso a estratégias menos adaptativas como a supressão, não aceitação emocional, ruminação e evitamento (Baptista, 2023; Coutinho et al., 2009; Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2007; Ramirez-Ruiz et al., 2020; Schneider et al., 2016).

Estas estratégias ineficazes, por sua vez, aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos para desenvolverem sintomas depressivos e ansiosos, uma vez que não conseguem gerir de forma adequada as suas emoções (D'Avanzato et al., 2013). Vários estudos mostram uma relação entre depressão e/ou ansiedade e o recurso a estratégias de regulação emocional mal-adaptativas, corroborando a ideia de que a eficácia das estratégias de regulação emocional desempenha um papel crucial na saúde mental dos indivíduos (Masters et al., 2019; Orouji et al., 2022; Usubini et al., 2021).

O processo de regulação emocional e o recurso às diferentes estratégias variam de indivíduo para indivíduo; porém, a diversidade de estratégias utilizadas tende a diminuir com o avanço da idade. Na investigação de Visted et al. (2023), foi possível evidenciar diferenças significativas na seleção de estratégias de regulação emocional entre idosos e indivíduos mais jovens.

De acordo com Gross (2007), a regulação emocional sofre alterações com o avanço da idade, pois o processo de regulação emocional varia conforme as necessidades específicas de cada faixa etária. Nomeadamente, o controlo de impulsos e a consciencialização de si próprios, dos outros e do ambiente em que está inserido adquire-se através da regulação emocional durante a infância e adolescência (Gross, 2007). Por sua vez, na idade avançada os objetivos de vida alteram-se assim como a perceção do tempo de vida e isso irá afetar o processo de regulação emocional (Visted et al., 2023).

Todavia, existe uma controvérsia na literatura científica sobre o impacto do envelhecimento na regulação emocional. Alguns estudos sugerem que o envelhecimento influencia positivamente a regulação emocional, com as pessoas idosas a evidenciarem um maior controlo emocional e uma tendência para prestar atenção a estímulos mais positivos (Hofmann et al., 2011; Sims et al., 2015). Em contrapartida, outros autores argumentam que as numerosas e profundas alterações que os indivíduos experienciam durante o processo de envelhecimento, como as alterações neurológicas, o processo de adaptação à institucionalização e o declínio cognitivo e de saúde física vão impactar negativamente o processo de regulação emocional (Baptista, 2023; Espirito-Santo et al., 2022; Gross, 2007; Yadav & Chanana, 2018). Estas alterações físicas, sociais e psicológicas promovem a desregulação emocional (Baptista, 2023; Espirito-Santo et al., 2022; Yadav & Chanana, 2018).

A diminuição da reatividade fisiológica que provem do processo de envelhecimento pode justificar os baixos níveis de *stress* e a diminuta presença de emoções negativas nos idosos

(Gross, 2007). A tendência para uma maior focalização na positividade pode também ser explicada pelo facto de as pessoas idosas estarem institucionalizadas, ou seja, habitarem num ambiente mais protegido, onde a possibilidade de experienciar emoções negativas será menor (Gross, 2007). O estudo realizado por D'Avanzato (2013) corrobora esta informação, destacando a aceitação e reavaliação positiva como as estratégias de regulação emocional mais frequentemente utilizadas pelas pessoas idosas.

A capacidade de regulação emocional está estreitamente relacionada com o bem-estar emocional em idosos (Santana & Gondim, 2016; Yadav & Chanana, 2018). Do mesmo modo, as dificuldades de regulação emocional desempenham um papel importante no desenvolvimento e manutenção de sintomas ansiosos e depressivos (Orgeta, 2011). A desregulação emocional é considerada um preditor e mediador entre as perdas associadas ao avanço da idade e o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados (Baptista, 2023; Espirito-Santo et al., 2022; Hofmann et al., 2011; Joormann & Gotlib, 2010).

As dificuldades de regulação emocional estão associadas a estratégias pouco eficientes, como a não aceitação emocional, o baixo envolvimento em comportamentos dirigidos a objetivos e ao baixo controlo de impulso (Baptista, 2023; Orgeta, 2011). No estudo de Baptista (2023) com idosos institucionalizados, foi mostrado que a adoção de estratégias de regulação emocional, especificamente nas dimensões Não Aceitação e Uso Limitado de Estratégias, está diretamente associado à ocorrência de sintomatologia depressiva. Estes resultados corroboram o conceito de flexibilidade no recurso a estratégias emocionais adaptativas e a sua relação com a saúde mental. Além disso, o estudo de Coutinho et al. (2009) evidenciou a relação entre a sintomatologias psiquiátricas e o uso limitado de estratégias de modo a agir consoante os objetivos. De facto, as estratégias de regulação mal-adaptativas são particularmente preponderantes nos contextos de institucionalização, sendo frequentemente associadas ao

início e a perpetuação de sintomas depressivos (Baptista, 2023; D'Avanzato et al., 2013; Hofmann et al., 2011). Além disso os idosos demonstram desenvolver uma certa passividade e aceitação, acreditando que nada podem fazer para alterar as suas situações, o que pode justificar o limitado recurso a estratégias de regulação emocional como o comportamento dirigido a objetivos e uma tendência para utilizarem uma aceitação passiva (Orgeta, 2011).

Para além da controvérsia existente entre autores, a associação entre estratégias de regulação emocional mal adaptativas e os sintomas depressivos e ansiosos é considerável (Espírito-Santo et al., 2022; Garnefski & Kraaij, 2006; Hofmann et al., 2011; Orgeta, 2011; Ramirez-Ruiz et al., 2020; Staples & Mohlman, 2012). Portanto, a regulação emocional desempenha um papel crucial na saúde mental dos idosos, influenciando significativamente o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos. Por esse motivo, é um processo essencial que deve ser compreendido de modo a desenvolver intervenções eficazes (Schneider et al., 2016).

Estudo Presente

A revisão da literatura revelou uma prevalência elevada de sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados. Paralelamente, a literatura indica uma relação significativa entre estes sintomas e a desregulação emocional. Esta desregulação, reconhecida como um fator significativo tanto no desenvolvimento quanto na manutenção de sintomas depressivos e ansiosos, a desregulação emocional, está associada ao uso de estratégias mal-adaptativas em resposta a estímulos externos e experiências de vida.

Dada a relevância desta temática e a existência de alguma discordância e inconsistência entre autores sobre a dinâmica entre estes elementos, o presente estudo focou-se no papel mediador da desregulação emocional. A hipótese central foi que a desregulação emocional faz a mediação da relação entre sintomas depressivos e ansiosos em pessoas idosas institucionalizados.

Compreender esta relação poderá oferecer *insights* valiosos para uma melhor compreensão dos processos emocionais dos idosos e para a elaboração de abordagens terapêuticas mais eficazes.

Os objetivos secundários foram os seguintes:

1. *Avaliar a Intensidade de Sintomas Depressivos e Ansiosos em Idosos Institucionalizados.*

Este objetivo envolveu a quantificação da gravidade dos sintomas através do cálculo das médias.

2. *Caracterização das Estratégias Específicas de Desregulação Emocional.* Objetivou-se identificar e analisar as estratégias de desregulação emocional nos idosos: Falta de Clareza Emocional, Dificuldades no Controle de Impulsos, Dificuldade em Envolver-se em Comportamentos Direcionados a Objetivos e Não-aceitação de Respostas Emocionais.

3. *Analisar a Relação entre os Sintomas Depressivos/Ansiosos, Dificuldades na Regulação Emocional e Características Sociodemográficas de Idosos Institucionalizados.* Objetivou-se investigar possíveis correlações entre sintomatologia depressiva/ansiosa, dificuldades na regulação emocional e fatores sociodemográficos, identificando a natureza e a extensão dessas correlações.

4. *Testar o Modelo Mediacional Proposto.* Procurou-se aplicar um modelo mediacional para testar o papel de estratégias específicas de desregulação emocional na relação entre os sintomas depressivos e ansiosos. Este teste pretende confirmar ou refutar a hipótese formulada.

Métodos

Âmbito Geral do Estudo

O presente estudo adotou um *design* transversal, utilizando uma amostra de conveniência composta por idosos institucionalizados. O estudo está incluído no projeto de investigação “Trajetórias de Envelhecimento” (PTDC/PSI-PCL/117379/2010), tendo sido

aprovado pelo comité de ética do Instituto Superior Miguel Torga (CE-P05-24) e pelos conselhos diretivos de 28 instituições portuguesas. O projeto “Trajetórias de Envelhecimento” compreende vários estudos, cujas especificidades, incluindo o propósito e métodos gerais, foram detalhadas em publicações anteriores (Espírito-Santo & Daniel, 2018; Figueiredo-Duarte et al., 2019).

Todos os participantes deste estudo foram devidamente informados sobre os objetivos e o protocolo utilizado e forneceram o seu consentimento informado escrito. Por conseguinte, todos os procedimentos respeitaram as normas da Declaração de Helsínquia.

Participantes e Procedimentos

Entre outubro de 2023 e maio de 2024, foram recrutados idosos provenientes de Instituições com resposta social para pessoas idosas da região centro de Portugal Continental, tendo sido utilizada uma amostragem por conveniência geográfica.

Para a seleção dos participantes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos e capacidade cognitiva para fornecer o consentimento informado por escrito ou através de gravação e compreender as instruções da avaliação. Os critérios de exclusão compreenderam a presença de doenças neurocognitivas (e.g., AVC com consequências motoras severas ou em estado avançado, tumor cerebral, afasia), histórico de diagnóstico psiquiátrico (e.g., distúrbio do uso de álcool, esquizofrenia, depressão maior), estar acamado devido a doença física grave, ter deficiência visual ou auditiva severa, que impedisse a realização das avaliações. Não houve associação significativa entre exclusão e sexo ou idade ($p > 0,05$). Estes critérios de inclusão-exclusão foram confirmados por profissionais de saúde, diretores de centros e/ou informantes.

Foi recrutada uma amostra inicial de 804 idosos. Destes, 11 (4,8%) recusaram-se a participar e 112 (49,3%) foram excluídos por apresentarem características presentes nos critérios de exclusão. A amostra final consistiu em 577 idosos, com idade média de 83,49 anos

($DP = 7,75$). A maioria dos participantes era do sexo feminino (75,7%). O nível de escolaridade médio foi de 3 anos ($DP = 1,40$), tendo a maioria concluído o primeiro ciclo de escolaridade, desempenhado uma profissão de cariz manual, residido maioritariamente em meio rural, com estado civil pertencente à categoria sem companheiro, sendo que 64,6% destes eram viúvos. Ainda a maioria estava em resposta social do tipo ERPI. No total, a média, em anos, da duração da institucionalização correspondeu a 3,48 anos com desvio padrão de 9,82 anos.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica de uma Amostra de Pessoas Idosas Institucionalizadas

| Variáveis | Categorias | <i>n</i> | % |
|--|---------------------------|----------|-----------|
| Sexo | Masculino | 140 | 24,3 |
| | Feminino | 437 | 75,7 |
| Idade ^a ($M = 83,49$; $DP = 7,75$) | 60–80 | 173 | 30,1 |
| | 81–110 | 401 | 69,9 |
| Estado civil | Solteiro | 54 | 9,4 |
| | Separado(a)/Divorciado(a) | 30 | 5,2 |
| | Viúvo | 373 | 64,6 |
| | Casado/União de facto | 120 | 20,8 |
| Estado Civil Categorizado | Sem Companheiro | 457 | 79,2 |
| | Com Companheiro | 120 | 20,8 |
| Nível de Escolaridade ^b | Sem Escolaridade | 111 | 19,4 |
| | 1.º Ciclo | 367 | 64,2 |
| | ≥ 2.º Ciclo | 94 | 16,4 |
| Contexto Geográfico | Urbano | 273 | 47,3 |
| | Rural | 304 | 52,7 |
| Resposta Social ^c | Dia/Convívio | 230 | 40,0 |
| | ERPI | 345 | 60,0 |
| Profissão ^d | Manual | 493 | 86,0 |
| | Intelectual | 80 | 14,0 |
| | | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Duração da institucionalização (em dias) | | 1271,60 | 3586,26 |

Nota. $N = 577$. ERPI = Estrutura Residencial Para Idosos.

^a Três idosos não souberam relatar a idade.

^b Cinco idosos não conseguiram revelar o nível de escolaridade.

^c Dois idosos não souberam indicar o tipo de resposta social.

^d Quatro utentes não souberam informar acerca da profissão.

Instrumentos

A avaliação foi realizada por psicólogos qualificados, recorrendo a um protocolo composto por 13 instrumentos (10 questionários intercalados com 3 testes neuropsicológicos), incluindo os quatro questionários relevantes para este estudo. Os participantes foram avaliados individualmente numa sessão única com duração de 1 hora. Os questionários e consentimento informado foram lidos a todos os participantes.

Questionário Sociodemográfico

O questionário demográfico serviu para recolher dados e informações sociodemográficos e clínicos dos participantes, como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, assim como informações relativas à sua institucionalização, estado de saúde geral, diagnósticos psiquiátricos ou neurológicos e medicação atual. Este questionário é composto por 42 perguntas. Para as análises bivariadas, os dados foram agrupados em dois grupos etários (idosos-jovens: 60–80 anos; idosos velhos: > 81 anos) e dois grupos de nível educacional (0–3 anos; > quatro anos).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-8)

A DERS-8 é uma adaptação da versão de 16 itens (Bjureberg et al., 2015), a qual, por sua vez, deriva de uma versão original de 36 itens (Gratz & Roemer, 2004). Na versão portuguesa (Espírito-Santo et al., 2023) a escala é composta por quatro subescalas destinadas a avaliar dimensões diferentes na desregulação emocional: 1) dificuldade em diferenciar entre diferentes emoções e compreender suas causas e consequências, que se refere à Clareza Emocional; 2) dificuldade em resistir a agir impulsivamente quando se experiencia emoções negativas, relacionada à subescala Controlo do Impulso; 3) dificuldade em manter comportamentos alinhados com metas pessoais durante experiências emocionais negativas, que diz respeito à dimensão Objetivos; e 4) dificuldade em aceitar respostas emocionais negativas, recorrendo ao evitamento, supressão e negação, que se refere à subescala Aceitação (Baptista,

2023; Coutinho et al., 2009; Espirito-Santo et al., 2022, 2023). A DERS-8 é constituída por oito itens (e.g., Item 1: “Tenho dificuldade em compreender os meus sentimentos.”) e as respostas são dadas numa escala Likert de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “quase nunca” 3 a “cerca de metade do tempo” e 5 “quase sempre”, resultando numa pontuação total que varia entre 8 a 40, considerando que resultados elevados são indicadores de maiores dificuldades na regulação emocional. Em estudos anteriores, a DERS apresentou uma boa consistência interna com valores como 0,92 (Espirito-Santo et al., 2023) e 0,94 (Baptista, 2023) para o alfa de Cronbach. Quanto ao coeficiente de Spearman-Brown, foram obtidos valores considerados bons para as subescalas, com 0,86 para Clareza, 0,81 para Objetivos, 0,87 para Impulso e 0,85 para Aceitação (Espirito-Santo et al., 2023). No estudo presente, obtivemos um alfa de Cronbach de 0,89 para a escala total e coeficientes de Spearman-Brown de 0,85 para a Clareza, 0,90 para os Objetivos, 0,82 para o Impulso e 0,84 para a Aceitação.

Geriatric Depression Scale-8 (GDS-8)

A GDS-8 é um instrumento que avalia a presença de sintomas depressivos em idosos (Figueiredo-Duarte et al., 2019; Yesavage et al., 1982). Neste estudo, foi utilizada a versão reduzida apropriada para a população geriátrica, composta por oito itens aos quais os participantes respondem “sim” ou “não” com base na semana anterior (e.g., Item 6: “Sente-se muitas vezes desanimado(a) ou abatido(a)?”) (Figueiredo-Duarte et al., 2019). A pontuação da GDS-8 varia entre zero e oito, com um ponto de corte superior a cinco indicando sintomas depressivos significativos. No estudo original de Yesavage et al. (1982), o instrumento apresentou um alfa de Cronbach de 0,94. No estudo de validação para a população portuguesa (Figueiredo-Duarte et al., 2019), o alfa de Cronbach foi de 0,87. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,83, indicando uma boa consistência interna.

Geriatric Anxiety Inventory-9 (GAI-9)

A versão reduzida da GAI utilizada neste estudo, baseada na versão original de vinte itens (Pachana et al., 2006), avalia a sintomatologia ansiosa na população idosa. Cada um dos nove itens [e.g., Item 6: “Sinto-me muitas vezes nervoso(a)”] é respondido numa escala binária de “concordo” (1) ou “discordo” (0). A pontuação total é obtida pelo somatório das respostas, com um ponto de corte de 5,5; pontuações mais altas indicam maior presença de sintomas ansiosos. No estudo original de Pachana (2006), o valor de alfa de Cronbach foi de 0,91. No estudo presente foi de 0,90, ambos indicando boa consistência interna.

Análise Estatística

Para o tratamento de dados e análise estatística, utilizou-se o IBM SPSS *software* e o programa JASP (versão 0.18.1.0). Preliminarmente, determinou-se a confiabilidade e a normalidade da distribuição das pontuações.

Primeiramente, procedeu-se à caracterização sociodemográfica da amostra através da análise descritiva das variáveis sociodemográficas, incluindo média, desvio padrão, frequência e percentagem. De igual modo, foi realizada a análise descritiva para as variáveis em estudo.

Seguidamente, realizaram-se testes *t* Student para amostra única para verificar se a média das variáveis em estudo diferia significativamente da média de estudos anteriores.

Para a caracterização das estratégias específicas de desregulação emocional nos idosos, foram utilizadas análises descritivas e uma ANOVA de medidas repetidas. As análises descritivas incluíram média, desvio padrão para cada subescala da DERS-8. A ANOVA de medidas repetidas foi utilizada para comparar as médias das subescalas da DERS-8 (Clareza Emocional, Objetivos, Controlo do Impulso e Não Aceitação), considerando os efeitos entre sujeitos e a correção de esfericidade de Greenhouse-Geisser. Os testes *post hoc* foram realizados para identificar diferenças significativas entre as subescalas, com ajuste do valor *p* para múltiplas comparações.

Para comparar as médias das variáveis de interesse pelas categorias dos grupos sociodemográficos, utilizou-se o teste *t* Student para amostras independentes e a ANOVA para as variáveis com mais de dois grupos, nomeadamente o nível de escolaridade. Além do nível de significância, analisou-se o tamanho do efeito através do *d* de Cohen, *g* de Hedges ou eta-quadrado (η^2) conforme aplicável (Espírito Santo & Daniel, 2015).

Para compreender e analisar a relação entre as variáveis em estudo (sintomas depressivos, sintomas ansiosos e desregulação emocional) realizaram-se correlações de Pearson.

Por fim, efetuou-se uma análise de mediação para verificar se a desregulação emocional media a relação entre os sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, foram realizadas análises de mediação para verificar o papel mediador de cada uma subescala da DERS-8 na relação entre os sintomas depressivos e ansiosos. Para determinar a significância dos efeitos indiretos na análise de mediação, foi utilizado o método Delta, conforme implementado pelo *software* JASP. Este método calcula intervalos de confiança baseados na teoria normal e fornece valores *p* que permitem avaliar a significância estatística das variáveis mediadoras. Nos modelos, os sintomas depressivos foram considerados a variável preditora (exógena) e os sintomas ansiosos a variável resultado (endógena).

Resultados

Análises Preliminares

Normalidade

Todos os instrumentos utilizados neste estudo apresentaram uma boa consistência interna, conforme os valores de alfa de Cronbach já mencionados na secção dos instrumentos. As variáveis em estudo não apresentaram uma distribuição normal, de acordo com os resultados do teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$), conforme indicado na Tabela 2. Apesar disso,

os valores de simetria e curtose demonstraram que as violações da normalidade não foram graves, permitindo a realização de análises estatísticas paramétricas.

Intensidade Sintomatológica

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, é possível verificar que a média das pontuações obtidas no GDS-8 foi significativamente inferior ($M = 4,28$; $DP = 2,67$) à média obtida no estudo original ($t_{(573)} = 9,58$; $p < 0,001$) (Figueiredo-Duarte et al., 2019), indicativo de que os idosos no presente estudo apresentaram menos sintomatologia depressiva do que a amostra anterior.

Relativamente às pontuações do GAI-9 (Tabela 2), verificou-se também uma diminuição significativa ($t_{(575)} = 2,56$; $p < 0,01$) em comparação com pontuação média obtida no estudo original (Gomes, 2023), indicando que a amostra do presente estudo apresenta menos sintomatologia ansiosa do que os idosos do estudo anterior.

Tabela 2

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

| Variáveis | ω | α | M | DP | S-W | Min | Máx | Correlações | |
|------------------|----------|----------|-------|------|---------|-----|-----|-------------|------|
| | | | | | | | | 1 | 2 |
| 1. GDS-8 | 0,83 | 0,83 | 4,28 | 2,67 | 0,92*** | 0 | 8 | — | |
| 2. GAI-9 | 0,9 | 0,9 | 4,75 | 3,22 | 0,90*** | 0 | 9 | 0,75 | — |
| 3. DERS-8 | 0,89 | 0,89 | 18,65 | 9,25 | 0,92*** | 0 | 40 | 0,57 | 0,52 |
| 4. Clareza | 0,74 | 0,74 | 4,54 | 2,96 | 0,86*** | 2 | 10 | 0,49 | 0,46 |
| 5. Objetivos | 0,82 | 0,82 | 4,98 | 2,92 | 0,86*** | 2 | 10 | 0,44 | 0,41 |
| 6. Impulso | 0,70 | 0,70 | 4,30 | 2,65 | 0,81*** | 2 | 10 | 0,46 | 0,41 |
| 7. Não aceitação | 0,73 | 0,73 | 4,83 | 2,85 | 0,85*** | 2 | 10 | 0,51 | 0,43 |

Nota. $N = 577$; ω = Ómega de McDonald; α = Alfa de Cronbach; S-W = Teste de Shapiro- Wilk; p = Valor do teste de Shapiro- Wilk; DERS-8 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale- 8 items*; GDS-8 = *Geriatric Depression Scale-8 items*; GAI-9 = *Geriatric Anxiety Inventory - 9 items*.

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

Por sua vez, a pontuação média da DERS-8 demonstrou uma diferença não significativa ($t_{(573)} = 0,29$; $p = 0,77$) relativa ao estudo original (Espírito-Santo et al., 2023), sugerindo que o nível de dificuldade de regulação emocional foi idêntico na amostra do estudo presente com o anterior.

Estratégias Específicas de Desregulação Emocional

As análises descritivas das subescalas da DERS-8 (Tabela 2) indicam uma variabilidade moderada nas respostas dos participantes.

A ANOVA de medidas repetidas mostrou um efeito significativo das subescalas [$F_{(2,59, 1485,89)} = 14,29$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,02$], sugerindo diferenças significativas entre as estratégias de desregulação emocional avaliadas. A violação da suposição de esfericidade foi confirmada pelo teste de Mauchly ($p < 0,05$), sendo a correção de Greenhouse-Geisser aplicada para os graus de liberdade.

Os testes *post hoc* indicaram que as subescalas diferiram significativamente entre si em várias comparações (Tabela 3). Especificamente, a subescala de Objetivos teve uma pontuação significativamente maior do que Clareza Emocional ($p < 0,001$) e Controlo do Impulso ($p < 0,001$). A subescala de Controlo do Impulso apresentou uma pontuação significativamente menor do que a Não Aceitação ($p < 0,001$).

Tabela 3

Testes Post Hoc de Comparação das Médias das Subescalas da Difficulties in Emotion Regulation Scale

| Comparação | Diferença <i>M</i> | <i>EP</i> | <i>t</i> | <i>p</i> _{holm} |
|----------------------------------|--------------------|-----------|----------|--------------------------|
| Clareza vs. Objetivos | -0,44 | 0,11 | -3,91 | $3,91 \times 10^{-4}$ |
| Clareza vs. Impulso | 0,24 | 0,11 | 2,12 | 0,07 |
| Clareza vs. Não Aceitação | -0,28 | 0,11 | -2,51 | 0,04 |
| Objetivos vs. Impulso | 0,68 | 0,11 | 6,03 | $1,22 \times 10^{-8}$ |
| Objetivos vs. Não Aceitação | 0,16 | 0,11 | 1,40 | 0,16 |
| Impulso vs. Não Aceitação | -0,52 | 0,11 | -4,63 | $1,98 \times 10^{-7}$ |

Nota. Em negrito são assinaladas as pontuações mais altas nas comparações par a par.

Relações entre as Variáveis em Estudo e Variáveis Sociodemográficas

As correlações entre as variáveis em estudo foram todas positivas. Especificamente, verificaram-se correlações fortes entre a GDS-8 e a GAI-9, e entre a GDS-8 e GAI-9 com a DERS-8. Além disso, a GDS-8 e a GAI-9 mostraram correlações positivas e moderadas com todas as subescalas da DERS-8, exceto entre a GDS-8 e a Não aceitação que foi uma correlação forte (Tabela 2).

A Tabela 4 indica que não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis em estudo em relação à idade (Tabela 4). Em contrapartida, as variáveis em estudo apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e os níveis de escolaridade. No entanto, estas diferenças foram de magnitude baixa.

Tabela 4

Comparação das Variáveis em Estudo entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

| Variáveis | Categorias | GDS-8 | | GAI-9 | | DERS-8 | |
|--------------|-------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|-----------|
| | | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Sexo | | | | | | | |
| | Masculino | 3,56 | 2,58 | 3,76 | 3,09 | 16,95 | 8,27 |
| | Feminino | 4,52 | 2,65 | 5,06 | 3,20 | 19,09 | 9,02 |
| | <i>t Student (t,d)</i> | 3,71***; 0,36 | | 4,24***; 0,41 | | 2,49**; 0,24 | |
| Idade | | | | | | | |
| | 60–80 | 4,41 | 2,64 | 4,73 | 3,18 | 19,60 | 9,26 |
| | 81–101 | 4,22 | 2,67 | 4,75 | 3,23 | 18,06 | 8,67 |
| | <i>t Student (t,d)</i> | 0,78; 0,07 | | 0,04; 0,004 | | 1,91; 0,17 | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| | S/ escolaridade | 4,76 | 2,60 | 5,38 | 3,30 | 19,77 | 8,11 |
| | 1º. Ciclo | 4,26 | 2,69 | 4,74 | 3,24 | 18,91 | 8,85 |
| | 2º. Ciclo | 3,86 | 2,57 | 4,02 | 2,94 | 16,03 | 9,40 |
| | <i>F; η²</i> | 2,99*; 0,01 | | 4,57**; 0,02 | | 5,15**; 0,02 | |

Nota. GDS-8 = *Geriatric Depression Scale- 8 items*; GAI-9 = *Geriatric Anxiety Inventory - 9 items*; DERS-8 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale - 8 items*.

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

Análise de Mediação

Em cumprimento com o objetivo principal deste estudo, procurou verificar-se o efeito mediador da DERS-8 na relação entre GDS-8 e GAI-9, através da realização de uma análise de mediação. Para isso, foram realizadas as seguintes etapas:

- 1) Primeiramente, foi investigada a relação direta entre a GDS-8 (variável preditora) e o GAI-9 (variável resultado). Esta etapa visou determinar se existia uma associação significativa entre os sintomas depressivos e os sintomas ansiosos.
- 2) Em seguida, foi avaliada a relação entre a GDS-8 e a DERS-8 e suas subescalas (variáveis mediadoras). Este passo visou entender se a desregulação emocional e suas dimensões medidas pela DERS-8 estavam associadas aos sintomas depressivos.
- 3) O terceiro passo envolveu a verificação da relação entre DERS-8 e suas subescalas e o GAI-9 na presença de GDS-8. Esta etapa procurou compreender se a desregulação emocional influencia os sintomas ansiosos quando os sintomas depressivos são considerados.
- 4) Por fim, foi verificado se a relação direta entre a GDS-8 e o GAI-9 permanecia significativa após a inclusão da DERS-8 e suas subescalas nos cinco modelos. Esta análise permitiu verificar se a DERS-8 e suas subescalas reduzem ou eliminam a associação direta entre GDS-8 e GAI-9, indicando um efeito de mediação.

Tabela 5

Efeito mediador da DERS-8

| Relação | Coefficiente | EP | Valor z | Valor p | IC (95%) |
|-----------------------|--------------|-------|---------|---------|-------------|
| GDS-8 → GAI-9 (c) | 0,28 | 0,01 | 27,26 | < 0,001 | 0,26 a 0,30 |
| GDS-8 → DERS-8 (a) | 0,21 | 0,01 | 16,17 | < 0,001 | 0,19 a 0,24 |
| DERS-8 → GAI-9 (b) | 0,13 | 0,03 | 4,07 | < 0,001 | 0,07 a 0,20 |
| GDS-8 → GAI-9 (c') | 0,25 | 0,01 | 20,55 | < 0,001 | 0,23 a 0,28 |
| Efeito Indireto (a*b) | 0,03 | 0,007 | 3,95 | < 0,001 | 0,01 a 0,04 |

Os resultados da análise de mediação indicaram que a DERS-8 exerce um efeito mediador parcial significativo na relação entre a GDS-8 e a GAI-9. A relação direta entre GDS-8 e GAI-

9 foi significativa ($\beta = 0,25$; $p < 0,001$), e essa relação aumentou ligeiramente quando a DERS-8 foi incluída no modelo ($\beta = 0,28$; $p < 0,001$). A análise revelou que a relação entre GDS-8 e DERS-8 ($\beta = 0,21$; $p < 0,001$) e entre DERS-8 e GAI-9 ($\beta = 0,13$; $p < 0,001$) eram ambas significativas, suportando a hipótese de mediação. O efeito indireto ($a*b$) foi também significativo, com um coeficiente de 0,03 e um intervalo de confiança de 95% que não incluiu zero [0,01; 0,04].

Estes resultados corroboram a hipótese de que a DERS-8 desempenha um papel mediador importante na relação entre sintomas depressivos e ansiosos.

O papel Mediador das Subescalas da DERS-8 na Relação entre Sintomas Depressivos e Ansiosos

A subescala Clareza mostrou uma relação significativa com GAI-9 ($\beta = 0,12$; $p < 0,01$) e com GDS-8 ($\beta = 0,16$; $p < 0,001$), indicando que maiores níveis de clareza emocional estão associados a menores níveis de ansiedade e depressão. A análise dos efeitos indiretos revelou que GDS-8 influencia GAI-9 através da subescala clareza ($\beta = 0,02$; $p < 0,001$), com um intervalo de confiança de 95% [0,00865; 0,03]. Isso sugere que a Clareza Emocional atua como um mediador significativo na relação entre sintomas depressivos e ansiosos.

A subescala Objetivos apresentou uma relação significativa com GAI-9 ($\beta = 0,11$; $p < 0,001$) e com GDS-8 ($\beta = 0,16$; $p < 0,001$), sugerindo que dificuldades em regular emoções de acordo com objetivos estão associadas a maiores sintomas de ansiedade e depressão. A relação entre GDS-8 e GAI-9 foi parcialmente mediada pela subescala Objetivos ($\beta = 0,02$; $p < 0,001$), com um intervalo de confiança de 95% [0,00752; 0,03].

A subescala Impulso mostrou uma relação significativa com GAI-9 ($\beta = 0,08$; $p = 0,007$) e com GDS-8 ($\beta = 0,17$; $p < 0,001$), demonstrando que maiores dificuldades de controlo de impulsos estão associadas a maiores sintomas ansiosos e depressivos. A análise dos efeitos

indiretos indicou que a relação entre GDS-8 e GAI-9 foi mediada pela dificuldade em controlar impulsos ($\beta = 0,01$; $p = 0,005$), com um intervalo de confiança de 95% [0,00377; 0,03].

Por fim, a subescala Não Aceitação teve uma relação significativa com com GAI-9 ($\beta = 0,07$; $p = 0,03$) e GDS-8 ($\beta = 0,19$; $p < 0,001$), sugerindo que baixos níveis de aceitação emocional estão associados a maiores níveis de sintomas ansiosos e depressivos. O efeito indireto mostrou que parte do efeito da GDS-8 sobre a GAI-9 foi mediada pela Não Aceitação ($\beta = 0,01$; $p = 0,04$), com um intervalo de confiança de 95% [0,00089; 0,02].

Entre todas as subescalas da DERS-8, a clareza emocional apresentou o efeito mediador mais forte, como indicado pelos valores de β e pelos intervalos de confiança.

Discussão

O processo de envelhecimento envolve diversas perdas e mudanças que aumentam a vulnerabilidade dos idosos para o desenvolvimento de psicopatologias, como sintomas depressivos e ansiosos (Baptista, 2023; Bezerra et al., 2020; Oliveira et al., 2014; Santana & Gondim, 2016; Yadav & Chanana, 2018). A relação entre sintomas depressivos e ansiosos é especialmente relevante, pois a presença de sintomas depressivos pode frequentemente prever o surgimento de sintomas ansiosos (Baptista, 2023; Bezerra et al., 2020; Oliveira et al., 2014; Santana & Gondim, 2016; Yadav & Chanana, 2018). A regulação emocional desempenha um papel importante na adaptação a estas mudanças, influenciando a saúde mental (Espírito-Santo et al., 2022; Ramirez-Ruiz et al., 2020; Santana & Gondim, 2016; Visted et al., 2023; Yadav & Chanana, 2018). Assim, este estudo teve como objetivo explorar o papel mediador da desregulação emocional nesta relação em idosos institucionalizados, dada a frequente coocorrência desses sintomas nesta população. A análise revelou que a desregulação emocional exerce um papel significativo nesta relação, contribuindo para uma

melhor compreensão das interações entre regulação emocional e saúde mental na população idosa institucionalizada.

No que diz respeito ao primeiro objetivo deste estudo, os resultados deste estudo revelaram que os idosos institucionalizados apresentaram menos sintomatologia depressiva e ansiosa em comparação com amostras anteriores, enquanto os níveis de desregulação emocional permaneceram constantes.

Primeiramente, a média das pontuações obtidas na GDS-8 e no GAI-9 foi significativamente inferior à média obtida no estudo original de Figueiredo-Duarte et al. (2019) e de Gomes (2023). Este resultado sugere que os idosos no presente estudo apresentam menos sintomas depressivos do que aqueles avaliados entre 2018 e 2022. A diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos pode estar associada às intervenções de saúde mental e políticas de cuidado implementadas nas instituições de apoio de longa duração ao longo dos últimos anos. De facto, há alguns estudos que apontam que essas intervenções foram intensificadas após a pandemia de COVID-19 para melhorar o bem-estar emocional dos idosos institucionalizados (Amaral & Loureiro, 2021; Fabbietti et al., 2024). Por outro lado, a pontuação média da DERS-8 não demonstrou diferença significativa em relação ao estudo original de Espírito-Santo et al. (2023), sugerindo que o nível de dificuldade de regulação emocional foi idêntico entre as amostras. Este achado pode indicar que, apesar das melhorias nos cuidados institucionais e do suporte psicossocial, as dificuldades na regulação emocional permanecem constantes, possivelmente devido à natureza intrínseca e à complexidade do processo de regulação emocional na idade avançada (Gross & Jazaieri, 2014).

Quanto ao Objetivo 2, as análises indicam que os idosos institucionalizados apresentam diferentes níveis de dificuldade nas várias dimensões da desregulação emocional. Especificamente, a subescala de Objetivos teve uma pontuação significativamente maior do que Clareza Emocional e Controlo do Impulso, sugerindo que os idosos enfrentam mais

dificuldades em regular emoções de acordo com os seus objetivos pessoais. Esta pontuação pode refletir as complexidades inerentes à manutenção de comportamentos dirigidos a objetivos em contextos de institucionalização, onde os idosos podem sentir-se limitados nas suas capacidades de agir conforme os seus interesses e desejos (Baptista, 2023).

Por outro lado, a subescala de Controlo do Impulso apresentou uma pontuação significativamente menor do que a subescala de Não Aceitação, indicando que os idosos têm relativamente mais facilidade em controlar impulsos do que em aceitar emoções negativas. A dificuldade em aceitar emoções negativas, refletida pelas pontuações mais altas na subescala de Não Aceitação, pode ser um indicativo de estratégias de *coping* menos adaptativas, como a supressão e a evitação, que são frequentemente observadas em populações idosas (Gross & Jazaieri, 2014).

Os resultados obtidos para o Objetivo 3 indicam que todas as correlações entre as variáveis em estudo foram positivas. Especificamente, verificaram-se correlações fortes entre a GDS-8 e a GAI-9, bem como entre a GDS-8 e GAI-9 com a DERS-8. Este resultado sugere uma estreita relação entre sintomas depressivos e ansiosos, e entre estes e a desregulação emocional, reforçando a ideia de que indivíduos com maiores dificuldades emocionais têm maior probabilidade de apresentar tanto depressão quanto ansiedade (Baptista, 2023; Gross & Jazaieri, 2014). As correlações positivas encontradas entre a GDS-8 e o GAI-9 reforçam a teoria de que as dificuldades na regulação emocional são um fator crucial e significativo no desenvolvimento e manutenção de sintomas psicopatológicos em idosos (Baptista, 2023; Espirito-Santo et al., 2022; Hofmann et al., 2011; Joormann & Gotlib, 2010).

Além disso, as correlações positivas e moderadas entre a GDS-8 e a GAI-9 com todas as subescalas da DERS-8, exceto a correlação forte entre a GDS-8 e a subescala de Não Aceitação, sugerem que diferentes dimensões da desregulação emocional influenciam de forma distinta a depressão e a ansiedade. A correlação forte entre a GDS-8 e a subescala de

Não Aceitação indica que a dificuldade em aceitar emoções negativas é particularmente relevante para a sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados, o que é consistente com a literatura que associa a não aceitação de emoções negativas a maiores níveis de depressão (Coutinho et al., 2009).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade, sugerindo que a idade não é um fator determinante para as variáveis em estudo. Este resultado pode indicar que, independentemente da faixa etária, os sintomas depressivos e ansiosos, bem como as dificuldades na regulação emocional, são semelhantes entre os idosos institucionalizados (Espírito-Santo et al., 2022).

Em contrapartida, as variáveis em estudo apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e os níveis de escolaridade, embora estas diferenças tenham sido de magnitude baixa. As diferenças entre os sexos podem refletir as desigualdades de gênero na experiência e expressão das emoções, com as mulheres frequentemente relatando maiores níveis de depressão e ansiedade (Baptista, 2023; Figueiredo-Duarte et al., 2019). As diferenças em relação aos níveis de escolaridade podem indicar que um menor nível educacional está associado a maiores dificuldades emocionais, possivelmente devido a uma menor capacidade de aceder e utilizar estratégias adaptativas de regulação emocional (Bezerra et al., 2020).

Os resultados da análise de mediação indicaram que a desregulação emocional, mediada pela DERS-8, exerce um efeito mediador parcial significativo na relação entre sintomas depressivos (GDS-8) e sintomas ansiosos (GAI-9). A relação direta entre sintomas depressivos e ansiosos foi significativa e diminuiu ligeiramente quando a desregulação emocional foi incluída no modelo, suportando a hipótese de mediação. Esta mediação sugere que a desregulação emocional contribui para a prevalência de sintomas ansiosos em indivíduos com sintomatologia depressiva, o que pode indicar um ciclo vicioso na exacerbação da ansiedade

e depressão por meio da incapacidade de regular emoções (Gratz & Roemer, 2004; Gross & Jazaieri, 2014).

As análises adicionais mostraram, especificamente, que a subescala Clareza apresentou uma relação significativa tanto com a GAI-9 quanto com a GDS-8. Maiores níveis de clareza emocional estão associados a menores níveis de ansiedade e depressão, indicando que a clareza emocional é um mediador significativo na relação entre sintomas depressivos e ansiosos. A clareza emocional pode ajudar a atenuar a influência dos sintomas depressivos sobre a ansiedade, destacando a importância de uma compreensão clara das emoções para a saúde mental dos idosos. Uma maior clareza emocional facilita a utilização de estratégias mais adaptativas de regulação emocional (Santana & Gondim, 2016).

A subescala Objetivos também apresentou uma relação significativa com a GAI-9 e a GDS-8, sugerindo que dificuldades em regular emoções de acordo com objetivos pessoais estão associadas a maiores sintomas de ansiedade e depressão. A capacidade de manter comportamentos alinhados com metas pessoais durante experiências emocionais negativas é crucial para a saúde mental. Este resultado ressalta a necessidade de desenvolver intervenções que ajudem os idosos a estabelecer e perseguir objetivos pessoais, mesmo diante de desafios emocionais (Bezerra et al., 2020).

A subescala Impulso mostrou que maiores dificuldades de controle de impulsos estão associadas a maiores sintomas ansiosos e depressivos. A dificuldade em controlar impulsos medeia a relação entre sintomas depressivos e ansiosos, sugerindo que a capacidade de gerir impulsos é vital para minimizar a ansiedade associada à depressão. Este resultado sugere que intervenções focadas no controle de impulsos podem ser benéficas para reduzir a comorbidade de depressão e ansiedade entre os idosos (Gross & Jazaieri, 2014).

Por fim, a subescala Não Aceitação indicou que baixos níveis de aceitação emocional estão associados a maiores níveis de sintomas ansiosos e depressivos. Parte do efeito dos

sintomas depressivos sobre os ansiosos é mediada pela não aceitação emocional, destacando a importância da aceitação emocional na gestão de sintomas psicológicos. Este resultado sugere que a promoção da aceitação emocional pode ser uma estratégia eficaz para reduzir a ansiedade em idosos que apresentam sintomas depressivos (Coutinho et al., 2009).

Entre todas as subescalas da DERS-8, a clareza emocional apresentou o efeito mediador mais forte. A clareza emocional parece desempenhar um papel central na atenuação da relação entre sintomas depressivos e ansiosos, possivelmente devido à sua contribuição para uma melhor compreensão e gestão das emoções, facilitando a utilização de estratégias de regulação emocional mais adaptativas. Estes resultados são consistentes com estudos que demonstram que o recurso a estratégias de regulação emocional adaptativas como a clareza emocional, estão associados a melhores níveis de saúde mental (Bjureberg et al., 2016; Visted et al., 2023) e a menor sintomatologia ansioso e depressiva (Bjureberg et al., 2016; Gratz & Roemer, 2004).

Limitações

Este estudo apresenta várias limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados.

Primeiramente, a amostra foi selecionada por conveniência, o que pode limitar a generalização dos resultados para a população idosa institucionalizada em geral. Além disso, como a seleção dos participantes não foi feita de maneira aleatória, mas sim através de voluntários, pode ter ocorrido um viés de seleção.

Acresce que o fato de a amostra ser composta apenas por idosos da região centro de Portugal e ser maioritariamente do sexo feminino restringe a generalização dos resultados, uma vez que mulheres e homens podem experienciar e reportar sintomas emocionais de forma diferente. Investigações futuras devem incluir outras regiões ou distritos para ampliar a abrangência dos resultados.

A avaliação dos sintomas e da desregulação emocional foi realizada através de questionários de autorrelato, o que pode ter introduzido um viés inerente ao método utilizado. Além disso, as medidas autoadministradas podem ser influenciadas pela capacidade cognitiva dos idosos, potencialmente afetando a precisão das respostas. Estudos futuros poderiam incluir entrevistas para reduzir a variância comum do método.

A falta de controle sobre variáveis como a presença de patologias ou o uso de medicação é outra limitação significativa. A presença de comorbidades e o uso de medicamentos podem influenciar os níveis de sintomas emocionais e a capacidade de regulação emocional, e a ausência dessas informações impede uma análise mais precisa do impacto dessas variáveis.

O desenho transversal do estudo impede a determinação de relações causais entre as variáveis, consistindo noutra limitação relevante. Embora a análise de mediação forneça *insights* sobre as possíveis relações entre os sintomas depressivos, ansiosos e a desregulação emocional, não é possível afirmar com certeza a direção dessas relações ou se outras variáveis não medidas podem estar influenciando os resultados. Estudos longitudinais são necessários para confirmar as direções causais sugeridas pelas análises de mediação.

Por fim, as análises de mediação realizadas neste estudo são limitadas pela natureza transversal dos dados. Embora os modelos de mediação possam sugerir processos subjacentes, não podem estabelecer relações causais definitivas. A falta de uma análise longitudinal impede a observação de mudanças ao longo do tempo e a confirmação de que a desregulação emocional precede e influencia diretamente os sintomas depressivos e ansiosos.

Conclusão

Este estudo explorou o papel mediador da desregulação emocional na relação entre sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados, revelando que a desregulação emocional contribui significativamente para a coocorrência desses sintomas. Os resultados

destacam que a clareza emocional é particularmente importante, atuando como um mediador forte na atenuação da relação entre depressão e ansiedade.

Os resultados têm importantes implicações clínicas, indicando que intervenções focadas na melhoria da regulação emocional, especialmente na promoção da clareza emocional, podem ser eficazes na redução dos sintomas depressivos e ansiosos nesta população. Intervenções direcionadas na melhoria da regulação emocional em idosos podem ser eficazes na redução de sintomas depressivos e ansiosos, especialmente se focadas em aumentar a clareza emocional (Garnefski & Kraaij, 2006; Joormann & Gotlib, 2010). Programas terapêuticos que visem desenvolver a capacidade dos idosos de compreender e gerir suas emoções, bem como estabelecer e perseguir objetivos pessoais, podem melhorar significativamente o bem-estar emocional e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Futuros estudos devem considerar a inclusão de amostras mais diversificadas e a utilização de metodologias longitudinais para confirmar as direções causais e ampliar a generalização dos resultados. A incorporação de entrevistas e o controle de variáveis adicionais, como a presença de comorbidades e o uso de medicação, são recomendados para obter uma compreensão mais abrangente das interações entre regulação emocional e saúde mental em idosos.

Referências

- Almeida, E. B. D., Lima-Silva, T. B., & Menna-Barreto, L. (2020). Depressive symptoms and chronotypes of elderly nursing home residents: A case management study. *Dementia & Neuropsychologia*, *14*(2), 165–170. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020010>

- Amaral, A. P., & Loureiro, A. (2021). *Evaluation of the impact of social-educational intervention in quality of life and mental health of institutionalized elderly*. 64(1), 465–465. <https://doi.org/doi:10.1192/j.eurpsy.2021.1243>
- Baptista, M. (2023). *Que dimensões da desregulação emocional predizem os sintomas depressivos em pessoas idosas?* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior Miguel Torga.
- Bezerra, C. B., Saintrain, M. V. D. L., Nobre, M. A., Sandrin, R. L. E. S. P., Galera, S. C., & Bruno, Z. V. (2020). Major depression and associated factors in institutionalized older adults. *Psychology, Health & Medicine*, 25(8), 909–916. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1710543>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2015). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2009). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista Psiquiatria Clínica*. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Espirito Santo, H. (2015). Psychometric properties of the Portuguese Version of the Geriatric Anxiety Inventory in a sample of

- elderly people in residential care. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 15–30. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22>
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968–980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>
- Espirito Santo, H., & Daniel, F. B. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3–16. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.1.14>
- Espirito-Santo, H., Costa-Santos, H., Simões-Cunha, L., Lemos, L., Grasina, A., & Daniel, F. (2022). Does emotional dysregulation mediate the relationship between disability and depressive symptoms in older people? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(6), 312–319. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.009>
- Espirito-Santo, H., & Daniel, F. (2018). Optimism and well-Being among institutionalized older adults. *GeroPsych*, 31(1), 5–16. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000182>
- Espirito-Santo, H., Paraíso, L., Andrade, D., Daniel, F., Grasina, A., Lemos, L., Simões-Cunha, L., & Bjureberg, J. (2023). Emotion dysregulation in older people: Validity and reliability of an 8-item version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Aging & Mental Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2260329>
- Fabbietti, P., Santini, S., Piccinini, F., Giammarchi, C., & Lamura, G. (2024). Predictors of deterioration in mental well-being and quality of life among family caregivers and older people with long-term care needs during the COVID-19 pandemic. *Healthcare*, 12(3), 383. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030383>

- Figueiredo-Duarte, C., Espirito-Santo, H., Sério, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (2019). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. *Aging & Mental Health, 25*(3), 492–498. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Gomes, T. (2023). *Validação de uma versão encurtada do Inventário Geriátrico de Ansiedade em pessoas idosas em apoio institucional* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. <https://repositorio.ismt.pt/items/ed7a6a58-1251-4099-8df4-9d39c522afd1>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (Ed.). (2007). *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science, 2*(4), 387–401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2011). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 29*(5), 409–416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>

Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion*, *24*(2), 281–298.

<https://doi.org/10.1080/02699930903407948>

Leal, M. C. C., Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. M. D. O. C., & Marques, A. P. D. O. (2014). Prevalence of depressive symptoms and associated factors among institutionalized elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*, *27*(3), 208–214. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400036>

Lin, P.-C., & Wang, H.-H. (2011). Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: An analysis of sex difference. *Aging & Mental Health*, *15*(8), 1038–1044. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.583623>

Masters, M. R., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2019). Transactional associations between Adolescents' emotion dysregulation and symptoms of social anxiety and depression: A longitudinal study. *The Journal of Early Adolescence*, *39*(8), 1085–1109. <https://doi.org/10.1177/0272431618806053>

Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *51*(6), 704–708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>

Oliveira, S. C. D., Santos, A. A. D., & Pavarini, S. C. I. (2014). The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, *48*(1), 65–71. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100008>

Orgeta, V. (2011). Emotion dysregulation and anxiety in late adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 1019–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.06.010>

Orouji, F., Abdi, R., & Chalabianloo, G. (2022). Mediating Role of psychological inflexibility as transdiagnostic factor in the relationship between emotional

- dysregulation and sleep problems with symptoms of emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, *13*, 800041. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.800041>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2006). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, *19*(01), 103. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Ramirez-Ruiz, B., Quinn, K., & Ferreira, N. (2020). Emotion-regulation strategies in older people: A systematic review. *Working with Older People*, *24*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1108/WWOP-09-2019-0026>
- Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, *21*(1). <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Santiago, L. M., & Mattos, I. E. (2014). Depressive symptoms in institutionalized older adults. *Revista de Saúde Pública*, *48*(2), 216–224. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004965>
- Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N., & Hankin, B. L. (2016). The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(6), 978–991. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1157757>
- Sims, T., Hogan, C. L., & Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.012>
- Staples, A. M., & Mohlman, J. (2012). Psychometric properties of the GAD-Q-IV and DERS in older, community-dwelling GAD patients and controls. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(3), 385–392. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.005>

- Sun, J., Luo, Y., Chang, H., Zhang, R., Liu, R., Jiang, Y., & Xi, H. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in BIS/BAS sensitivities, depression, and anxiety among community-dwelling older adults in china. *Psychology Research and Behavior Management, 13*, 939–948. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S269874>
- Usubini, A. G., Cattivelli, R., Varallo, G., Castelnuovo, G., Molinari, E., Giusti, E. M., Pietrabissa, G., Manari, T., Filosa, M., Franceschini, C., & Musetti, A. (2021). The relationship between psychological distress during the second wave lockdown of COVID-19 and emotional eating in italian young adults: The mediating role of emotional dysregulation. *Journal of Personalized Medicine, 11*(6), 569. <https://doi.org/10.3390/jpm11060569>
- Visted, E., Solbakken, O. A., Mæland, S., Fadnes, L. T., Bjerrum, L. B., Nordhus, I. H., & Flo-Groeneboom, E. (2023). Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16) with an older Norwegian population. *European Journal of Ageing, 20*(1), 26. <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00775-w>
- Yadav, E., & Chanana, S. (2018). Emotional regulation and well-being among elderly. *International Journal of Scientific and Research Publications, 8*(2), 196–200.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zare, H., Meyerson, N. S., Nwankwo, C. A., & Thorpe, R. J. (2022). How income and income inequality drive depressive symptoms in U.S. adults, does sex matter: 2005–2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(10), 6227. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106227>