



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E A SUA RELAÇÃO COM AS
MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS NOS IDOSOS

Patrícia Alexandra Barbosa Henrique

Orientador de Dissertação:
PROF. DOUTOR VICTOR CLÁUDIO

Coordenador do Seminário de Dissertação:
PROF. DOUTOR VICTOR CLÁUDIO

DISSERTAÇÃO submetida como Requisito Parcial para Obtenção do Grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2016

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Victor Cláudio, apresentada no ISPA- Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Victor Cláudio, pela formação, orientação e apoio concedidos durante a formação académica.

Ao Prof. Doutor Luís Delgado, pela motivação, e pela palavra amiga sempre disponível.

A vocês, que já partiram, pela educação e pelo carinho que me deram. Sei que teriam orgulho. À minha família, pelo apoio, preocupação, motivação e por exigirem sempre melhor de mim. Obrigada.

Ao Nuno, por me apoiar incondicionalmente, pela motivação, ajuda, preocupação e por tudo o que o caracteriza enquanto pessoa.

À Mariana, à Marta, à Soraia, à Joana, à Ana e ao Frederico, um enorme agradecimento pelo apoio, motivação e compreensão e por conseguirem conter as minhas angústias, quando não me foi possível.

À Joana Azevedo, por todas as conversas, por todos os cafés e por todo o apoio que me deu, obrigada.

Ao António, por ser o amigo que é, pela motivação, força e pelos sorrisos que me deu, um enorme agradecimento.

À minha madrinha, à minha afilhada e à Inês, pelos sábados incontáveis, por todos os risos, conversas, apoio e motivação, um enorme obrigada.

Ao João Santos e ao João Vasques pela paciência infindável e pelas aulas de estatística.

À Manuela Alcobia por ser a pessoa maravilhosa que é, pela disponibilidade, paciência e ajuda, um enorme obrigada.

À Junta de Freguesia de Alcântara pela colaboração e pela disponibilidade e a todos os participantes, que se disponibilizaram e despenderam do seu tempo, para que este trabalho fosse possível.

Muito Obrigado a Todos!

Resumo

Com o consequente aumento da esperança média de vida na nossa sociedade, é necessário entender as implicações que o envelhecimento provoca no indivíduo a nível da sua identidade, nomeadamente com a progressão da sintomatologia depressiva entre os idosos. Estudos sobre as memórias autobiográficas, têm reportado o efeito de sobregeneralização das memórias autobiográficas como predictor da depressão. Contudo, os estudos sobre os idosos são escassos e por vezes contraditórios. Desta forma propomos neste estudo, compreender a relação entre as memórias autobiográficas e a depressão nos idosos.

A amostra deste estudo foi constituída por 31 participantes, habitantes de meio urbano e com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos, dos quais 20 constituem o sexo feminino e 11 o sexo masculino. Para o estudo da depressão foi necessário procedermos a uma divisão da nossa amostra em dois grupos, nomeadamente o grupo Sem Sintomatologia Depressiva (N=18) e o grupo Com Sintomatologia Depressiva (N=13). O nosso protocolo de investigação foi constituído pelo consentimento informado, pelo questionário sócio-demográfico e por instrumentos de avaliação clínica, nomeadamente: MoCA; BDI, STAI (Y-1 e Y-2); NEMD, YSQ e a tarefa de memórias autobiográficas.

Na nossa amostra, na comparação entre os grupos, não se verificou o efeito da sobregeneralização das memórias autobiográficas ou a prevalência da evocação de memórias autobiográficas de valência emocional negativa - características da depressão. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, relativamente ao tempo médio de latência. Os resultados permitem-nos colocar como hipótese explicativa, para a ausência de diferenças significativas entre os grupos, a severidade ligeira da depressão predominante na nossa amostra.

É então relevante o estudo contínuo sobre esta temática, de forma a consolidar o conhecimento nesta área, bem como, proporcionar uma intervenção e um acompanhamento adequados de forma a proporcionar aos idosos um envelhecimento saudável.

Palavras-Chave: Idosos, Memória autobiográfica, Sintomatologia depressiva, Sobregeneralização

Abstract

With the consequent increase in average life expectancy in our society, it is necessary to understand the implications of aging and its consequences to the individual in the level of their identity, in particular with the progression of depression among the elderly. Studies of autobiographical memories, have reported the overgeneralization effect of autobiographical memories as a predictor of depression. However, studies on the elderly are scarce and sometimes contradictory. Thus we propose in this study to understand the relationship between autobiographical memories and depression in the elderly.

The sample consisted of 31 participants, of urban residents and ages between 65 and 88 years, of which 20 are females and 11 males. For the study of depression was necessary to proceed to a division of our sample into two groups, namely the group No Depressive Symptomatology (N = 18) and group With Depressive Symptomatology (N = 13). Our research protocol was made by informed consent, by socio-demographic questionnaire and clinical assessment tools, namely: MoCA; BDI, STAI (Y-1 and Y-2); NEMD, YSQ and the task of autobiographical memories.

In our sample, the comparison between the groups, showed no effect of overgeneralization of autobiographical memories or the prevalence of recall of autobiographical memories of negative emotional valence - depression characteristics. There were also no statistically significant differences between groups, on the average latency time. These results allow us to place as explanatory hypothesis for the lack of significant differences between groups, the slight severity of depression prevailing in our sample.

It is then drawn to the ongoing study on this subject, in order to consolidate knowledge in this area, as well as provide assistance and appropriate monitoring in order to provide the elderly an healthy aging.

Keywords: Elderly, Autobiographical memory, Depressive symptomatology, overgeneralization

Índice

Enquadramento Teórico	1
Envelhecimento da população	1
A Memória Autobiográfica.....	2
A Memória Autobiográfica e o <i>Self</i>	3
Emoção e memória autobiográfica	8
A Depressão	10
Depressão e Memórias autobiográficas	12
Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e as Memórias Autobiográficas.....	14
Idosos e memória autobiográfica	15
Objectivo do estudo e hipóteses de investigação	19
Método.....	20
Delineamento do estudo.....	20
Amostra.....	20
Instrumentos.....	22
Consentimento Informado.....	22
Questionário Sócio-demográfico.....	22
<i>Instrumentos de Avaliação Clínica</i>	22
MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – Versão 7.1.....	22
Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.).....	23
Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI).....	23
Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD).....	24
Questionário de Esquemas de Young (Y.S.Q.)	24
Tarefa de Memórias Autobiográficas (T.M.A.)	25
Procedimento	26
Resultados.....	28

Análise Quantitativa	28
Análise das Escalas Clínicas Utilizadas	28
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	28
Inventário de Ansiedade Traço e Estado (STAI – Y).....	30
Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD).....	31
Tarefa das Memórias Autobiográficas	33
Análise de Hipóteses.....	34
Análise Qualitativa	39
Discussão	44
Conclusão	53
Referências	58
Anexos.....	70
Anexo A – Consentimento Informado	71
Anexo B – Questionário Sócio-Demográfico	72
Anexo C – Montreal Cognitive Assessment.....	73
Anexo D – Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	74
Anexo E – STAI – Y-1 e Y-2	76
Anexo F - Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD).....	81
Anexo G – Questionário de Esquemas de Young (YSQ).....	83
Anexo H – Tarefa de Memórias Autobiográficas.....	90
Anexo I – Outputs SPSS	95

Lista de Quadros

Quadro 1: Descrição síntese das variáveis sociodemográficas da amostra, valores absolutos, percentagens ,mínimos, máximos e médias.	21
Quadro 2: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no MoCA.	29
Quadro 3: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no BDI.	30
Quadro 4: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no STAI Estado e Traço.	31
Quadro 5: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva na Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD).	32
Quadro 6: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no Questionário de Esquemas de Young (Y.S.Q.)	32
Quadro 7: Correlações entre as escalas: Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Montreal Cognitive Assessment (MoCA),Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI-Estado e STAI – Traço).....	33
Quadro 8: Mínimos, máximos, somas, médias e desvio-padrão do total de memórias autobiográficas específicas evocadas (M.A.E_Evocadas); total de memórias autobiográficas categóricas evocadas (M.A.C._Evocadas) e total de memórias autobiográficas alargadas evocadas (M.A.A._Evocadas).	34

Quadro 9: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva nas Memórias Autobiográficas Específicas evocadas. (M.A.E_Evocadas). 35

Quadro 10: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva nas Memórias Autobiográficas Específicas evocadas com valência emocional positiva (M.A.E_VEP); Memórias Autobiográficas Categóricas evocadas com valência emocional positiva (M.A.C_VEP) e Memórias Autobiográficas Alargadas evocadas com valência emocional positiva (M.A.A_VEP). 36

Quadro 11: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no tempo médio de latência (TM_latência) 37

Quadro 12: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias no grupo Com Sintomatologia Depressiva nas memóriasautobiográficas categóricas evocadas nas palavras-estímulo de de valência emocional positiva e negativa (Categórica_PE_V.E.N. e V.E.P.); Específicas nas palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa (Específica_PE_V.E.N. e V.E.P.) e Alargada nas palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa (Alargada_PE_V.E.N. e V.E.P.)..... 38

Quadro 13: Total de categorias”outras” evocadas por palavra-estímulo de valência emocional negativa (CAT_Outras_PE_VENegativa_Total); total de categorias”outras” evocadas por palavra-estímulo de valência emocional positiva (CAT_Outras_PE_VEPositiva_Total) e total de categorias “outras” evocadas por palavra-estímulo de valência emocional neutra (CAT_Outras_PE_VENeutra_Total), respectivas médias e valores máximos. 42

Quadro 14: Total de categorias evocadas por palavra-estímulo de valência emocional neutra (T_Cat_ E_PE de_V.E.Neutra); total de categorias evocadas por palavra-estímulo de valência emocional positiva (T_Cat_E_ PE de _V.E.P.) e total de categorias evocadas por palavra-estímulo de valência emocional negativa (T_Cat_E_ PE de _V.E.N), respectivas médias, valores máximos e somas. 43

Lista de Tabelas

Tabela 1: Categorias existentes verificadas por palavra-estímulo na tarefa de memórias autobiográficas.....	39
---	----

Enquadramento Teórico

Envelhecimento da população

A evolução da mortalidade em Portugal alterou-se de forma drástica ao longo do século XX - à semelhança do que aconteceu noutros países desenvolvidos - tendo a esperança de vida, aquando o nascimento, aumentado exponencialmente (Carrilho, 2014). Dada a situação demográfica da população portuguesa, torna-se relevante o estudo nesta área, tendo em conta que, a esperança média de vida da população portuguesa aumentou cerca de três anos. Sendo actualmente, a esperança média de vida de aproximadamente 83 anos para as mulheres e de 80 para os homens (INE, 2015). Considerando que neste momento os cidadãos de terceira idade constituem a faixa etária dominante no nosso país, torna-se relevante entender as implicações que o envelhecimento provoca no indivíduo ao nível da sua própria identidade.

Gorman (2000, p.7), define envelhecimento como: *“uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos, está legislada ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. Mas em muitas regiões do mundo em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice”*. Por sua vez, Serrão (2006) considera o termo “Séniore” para os cidadãos com mais de 65 anos, que não estão conectados a actividades profissionais formais, que mantêm as suas capacidades, são independentes, saudáveis e activos, abrangendo a faixa etária, dos 65 aos 95 anos.

Contudo, as inúmeras alterações físicas, psicológicas e sociais que são comuns nos idosos levam os mesmos a enfrentar perdas, nomeadamente, o isolamento físico e psicológico a que grande parte dos idosos estão sujeitos, concomitantemente com acontecimentos cruciais que afectam o seu modo de vida, tais como: a saída do mercado de trabalho sem existir uma actividade alternativa; a discriminação de que são frequentemente alvo no final da vida activa e a perda de relações sociais centradas no emprego, podem proporcionar sentimentos baixa auto-estima, solidão, dificuldades em enfrentar a situação e capacidade para procurar formas alternativas de resolução de problemas (INE, 2002). Neste sentido, o cidadão procura

encontrar apoio de diversas formas para que a sua qualidade de vida possa ser satisfatória. Figueira (2010, p.57), refere que: *“Maior segurança associa-se ao sentimento de maior esperança. Melhor saúde mental e maior desejo de se sentir saudável associa-se a mais espiritualidade e a mais esperança. Mais ganhos em qualidade de vida, mais ganhos em saúde estão aqui associados a um maior índice de espiritualidade”*.

Tendo em conta estes factores, o estudo da depressão nos idosos tem vindo a aumentar significativamente, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para o facto de a depressão se constituir como a perturbação emocional, mais frequente entre as mulheres, com proporções bastante significativas em idades avançadas (INE, 2002).

A Memória Autobiográfica

A memória é definida como uma capacidade que permite o registo de informação, de eventos e acontecimentos e permite, também, a recordação dessa mesma informação, tendo assim duas funções base (Lieberman, 2012). Esta pode ser dividida em dois tipos: a memória declarativa, ou seja a memória a longo termo que é explícita e a memória não declarativa, que é implícita, processual e não é consciente (Michaelian, 2015).

Para este estudo torna-se apenas relevante a memória declarativa, que com os seus componentes semânticos e episódicos constituem as memórias autobiográficas, que se definem como um conjunto de acontecimentos referentes a eventos passados, através da experiência do sujeito (Rubin, 2005). Estas tratam-se de componentes essenciais na mente humana, que segundo Tulving (2002), podem compreender componentes episódicos, que envolvem a recolha de episódios autobiográficos do sujeito, formando a memória episódica, ou componentes semânticos, que envolvem o conhecimento base adquirido que não está necessariamente ligado ao contexto, formando a memória semântica, dependendo do conteúdo recordado. Contudo, a memória episódica é discutida como um elemento necessário para situar o indivíduo ao longo do tempo (Tulving, 2002).

A um nível mais profundo as memórias autobiográficas compreendem uma especificidade: as memórias específicas referem-se a acontecimentos que duram apenas um dia, as memórias categóricas reportam-se a repetições de um dado evento, tratando-se de um

nível intermédio entre as memórias específicas e as memórias alargadas, em que existe uma menor descrição do material mnésico. Por último as memórias alargadas referem-se a um acontecimento que tenha uma duração superior a um dia, com princípio e fim definido e em que existe uma procura mais diferenciada do material mnésico (Tulving, 1985).

No que diz respeito ao processo de recordação das memórias autobiográficas, estas envolvem três processos diferentes: A codificação, que se refere à forma como a informação é armazenada aquando a sua aquisição; o armazenamento e a recuperação, podendo esta ocorrer por meio da recordação ou do reconhecimento. No entanto, o processo de evocação da memória depende muito de como esta é codificada, tendo em conta o significado da informação, pode ser processada, ou não, de forma profunda transformando-se em memória a longo prazo (Gleitman, 1990; Aurélio & Cláudio, 2009).

Conway e Rubin (1993), sugerem que a memória autobiográfica é extremamente estruturada e que esta preserva o essencial dos eventos ocorridos, em detrimento dos seus detalhes mais específicos, consistindo desta forma o conhecimento autobiográfico dividido em três níveis: a) períodos de vida, b) eventos gerais e c) conhecimento específico de eventos. Posteriormente Conway e Pleydell-Pearce (2000), desenvolvem esta teoria, afirmando que o conhecimento das memórias autobiográficas envolve um processo de evocação complexo, em que o primeiro corresponde a a) períodos longos de vida, como anos ou décadas, o nível intermédio corresponde a b) eventos de vida gerais, como eventos repetidos na história do sujeito, medidos em dias semanas ou anos e o último nível corresponde a c) eventos específicos, medidos em horas ou num dia. Os mesmos autores definem ainda as memórias autobiográficas como construções mentais, dinâmicas e transitórias produzidas a partir de um conhecimento base subjacente, não se tratando de um conjunto de acontecimentos estanque (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

A Memória Autobiográfica e o *Self*

A maioria dos investigadores defende que existe uma relação importante e forte entre as memórias autobiográficas e o *self* (Brewer, 1986; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Prebble, Addis, & Tippett, 2013; Robinson, 1986). Sendo o *self* definido como a forma interna de como o indivíduo se conceptualiza (McAdams, 1996; Singer, 1995). De uma forma mais abrangente, este conceito contém elementos distintos da personalidade, que incluem

julgamentos afectivos ou avaliativos relacionados com o *self* (auto-estima), representações perceptivas e ao nível do sensório, que se relacionam com o *self* físico (auto-imagem), aspirações motivacionais (objectivos), guiões comportamentais, esquemas e informações sobre os bens materiais e relações sociais (McAdams, 1996; Singer, 1995). Relativamente ao seu conteúdo Prebble e colaboradores (2013), sugerem que apesar de alguns aspectos do *self* poderem ser independentes da memória episódica, a memória autobiográfica episódica e semântica desempenham um papel importante em estabelecer e manter a coerência do *self*.

A memória autobiográfica e em particular a forma semântica torna-se importante para a formação e manutenção da representação mental do *self*, quer no presente momento, quer no *continuum* da vida do indivíduo (Prebble et al., 2013). Brewer (1986), discutiu que a natureza inerente das memórias autobiográficas referentes ao *self* era uma característica distinta que diferenciava este tipo de memórias de todos os outros tipos de conhecimento a longo prazo, permitindo as mesmas sustentar ou alterar aspectos do *self*, estando intimamente relacionadas com aspectos da personalidade (Robinson, 1986).

Deste modo, a memória autobiográfica encontra-se presente no nosso dia-a-dia englobando um certo número de funções. Estudos recentes (Bluck, Alea, Habermas, & Rubin, 2005) mostram que essas funções podem ser agrupadas em três categorias: a) Categoria *Self*, diz respeito ao papel que as memórias autobiográficas têm no desenvolvimento da personalidade, e na manutenção da coerência do sentido do indivíduo ao longo do tempo, ou seja, na criação de uma representação estável e duradora do sujeito ao longo do tempo (Woike, 2008). A segunda categoria, b) Categoria Social inclui directrizes, ao nível das memórias autobiográficas, que servem para que os indivíduos se consigam ligar intimamente através da partilha das memórias pessoais, bem como, uma representação estável de uma história partilhada entre indivíduos criando uma nova relação baseada na empatia (Bluck et al., 2005). Por último c) a Categoria Directiva tem como objectivo orientar o sujeito, no seu processo de tomada de decisão, em que este acede à sua experiência autobiográfica em situações semelhantes no seu passado, para resolver situações do presente (Bluck et al., 2005; Pillemer, 2003). Posto isto, estudos que compararam as funções das memórias autobiográficas com o tipo de evento recordado (específico, categórico ou alargado) concluíram que os eventos específicos servem uma função directiva e de definição do *self*, e que os eventos categóricos servem uma função de conexão social. Já os acontecimentos alargados servem concomitantemente as três funções (Waters, Bauer, & Fivush, 2013).

Contudo, sem a memória não é possível a existência de um *self*, tendo em conta que sem este, o indivíduo não se reconhece a si próprio, dado que as memórias autobiográficas são

de significância fundamental para o *self*, para as emoções e para a personalidade, ou seja, para suportar o indivíduo na sua cultura ao longo do tempo. Assim sendo, a relação entre a memória autobiográfica e o *self* é tida em conta como uma relação bi-direccional, de tal forma que estas memórias providenciam conteúdo para o *self* e o *self* exerce controlo sobre a recuperação das mesmas (Conway, 2005).

Markus e Ruvolo (1989) propuseram a existência de um conjunto de esquemas do *self*, nuclear e periférico, ao nível das representações da memória a longo prazo de diferentes concepções do *self*, e em que a dada altura, alguns sub-esquemas são activados e modulam a cognição e o comportamento. Os esquemas do *self*, quando activados, geram possíveis *self's* que o indivíduo se possa vir a tornar. Estes, formam o que os autores denominam de *self* de trabalho (*working self*), ou seja, uma estrutura dinâmica em constante mudança do *self*. Assim sendo, a estabilidade do *self* provém da memória a longo prazo dos próprios esquemas, que representam diferentes concepções do *self* de trabalho (Markus & Ruvolo, 1989).

Por sua vez, Conway e Pleydell-Pearce (2000), referem que os objectivos do *self* de trabalho confinam ou provêm das memórias autobiográficas, sendo o conhecimento autobiográfico codificado através dos objectivos da estrutura do *self* de trabalho, que também tem o seu papel na construção das memórias específicas durante a recordação. Assim, os mesmos autores afirmam que a estrutura dos objectivos do *self* de trabalho têm uma função fundamental, quer no processo de codificação, quer no processo de recordação do conhecimento base adquirido, tornando-se as memórias autobiográficas em registos iniciais de sucesso ou de falhanço na conquista dos objectivos. (Barsalou, 1988; Schank, 1999).

Desta forma, duas teorias predominantes sobre as memórias autobiográficas permanecem até hoje. A primeira de Tulving (1985), é focada nas memórias episódicas e na sua relação com os aspectos subjectivos do *self*. Esta teoria veio revolucionar o estudo sobre a memória do indivíduo ao conceptualizar dois esquemas de memória distintos. O primeiro esquema refere-se ao sistema de memórias episódico que permite uma re-experiência detalhada ao nível sensorio – perceptivo de eventos do passado do sujeito, com uma localização específica no tempo e no espaço. O segundo esquema é referente ao sistema de memória semântico que tem por base o conhecimento, o factual, e a informação conceptual sobre o mundo que rodeia o indivíduo. Embora Tulving (2002), distinga a memória em dois sistemas, na prática estes encontram-se relacionados (Levine, Svoboda, Hay, Winocur, & Moscovitch, 2002). O que distingue estes dois sistemas de memória é a associação a diferentes estados de consciência. A memória semântica associa-se à re-experiência do evento com características vívidas a nível perceptual e sensorial, englobando os pensamentos e as

emoções no ocorrer no evento (Levine et al., 2002), desta forma associada à consciência noética, que permite ao sujeito o conhecimento de vários aspectos da sua vida sem que exista necessariamente a recordação das suas próprias experiências. Por outro lado, a memória episódica está associada à consciência autonoética que se refere à capacidade de representação mental e ao facto de se tornar consciente a existência do próprio sujeito ao longo do tempo e de focar a sua atenção directamente na sua própria experiência subjectiva. O sujeito é assim capaz de reviver o acontecimento, incluindo a crença de que este realmente aconteceu da forma como está a ser lembrado, bem como a capacidade de contextualizá-lo no tempo e no espaço (Moscovitch, 1995; Wheeler, Stuss, & Tulving, 1997).

A segunda teoria, elaborada por Conway e Pleydell-Pearce (2000) veio contrapor a teoria de Tulving, ao dar ênfase ao papel das memórias autobiográficas na sua forma semântica, que constroem e mantêm uma representação mental estável e coerente ao nível do *self*. Estes sugerem que o papel principal do sistema de memórias episódico se prende com a contagem de eventos de forma precisa que mantém o indivíduo a par da obtenção dos seus objectivos e que o instrui tendo em conta as experiências passadas, priorizando informação precisa, em detrimento de informação a curto prazo, levando-o a realizar as tarefas do seu dia-a-dia de forma a obter um propósito em vez de as realizar de forma repetitiva. Com estes autores surge também a teoria do “Sistemas de Memórias do *Self*” (SMS). Este é conceptualizado como uma estrutura que organiza a informação autobiográfica em diferentes níveis, tendo em conta de onde são retirados, desde a história de vida do indivíduo, passando por períodos de vida e terminando em eventos gerais e específicos. O sistema de memórias do *self* é controlado pelo *self* de trabalho, uma estrutura organizada hierarquicamente tendo em conta os objectivos de vida do sujeito que direccionam o seu comportamento, afecto e a sua cognição, não sendo estes imutáveis. Desta forma, o *self* de trabalho mantém coerência no presente do sujeito, reduzindo a discrepância entre os objectivos que o sujeito deseja atingir no momento e a percepção que este tem de si, desempenhando um papel ao nível da codificação, construção, armazenamento e evocação (Conway, Singer, & Tagini, 2004).

Este sistema refere-se então, a uma conexão entre o *self* de trabalho e o conhecimento base adquirido e é concebido como um sistema emergente, na medida em que a relação entre os dois componentes permite a formação desse mesmo sistema, ainda que ambos possam trabalhar de forma independente, e superordenado, no sentido em que a convergência entre o *self* de trabalho e o conhecimento base adquirido, permitem a recordação autobiográfica, que de outra forma não seria possível. A relação entre o *self* de trabalho e o

conhecimento autobiográfico é de reciprocidade e a estrutura dos objectivos do *self* de trabalho é contida pela própria história do sujeito (Conway & Fthenaki, 2000).

Desta forma Conway e Tacchi (1996) propuseram que uma das funções do conhecimento autobiográfico é alicerçar o *self*. Com esta ideia, surge o pressuposto de que os objectivos não podem ser irrealistas, adoptados, ou exigidos, contrariamente estão incorporados no sistema de memórias do *self* com implicações no *self* de trabalho, vinculados ao conhecimento base adquirido. Assim, um individuo não pode manter um objectivo que contrarie o seu conhecimento base adquirido, no entanto o conhecimento base adquirido restringe de forma plausível e coerente os objectivos que o *self* de trabalho pode conter. Por outro lado, o *self* de trabalho poderá também determinar que tipo de conhecimento autobiográfico é acedido e de que forma é construído numa determinada memória (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). De forma semelhante, o sistema de memórias do *self* determina, com base na compatibilidade de objectivos, qual o conhecimento acedido que pode ou não ser combinado numa memória autobiográfica, sendo a principal função do sistema de memórias do *self*, a combinação do conhecimento acedido numa representação estável do indivíduo, representação esta, preferencialmente compatível com os presentes objectivos do indivíduo. Assim sendo, as memórias autobiográficas específicas são um padrão de activação através do conhecimento autobiográfico base em consonância com um subconjunto de objectivos do *self* de trabalho (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Relativamente aos padrões de recuperação de memória, o modelo (SMS) de Conway e Pleydell-Pearce (2000), refere-se à microestrutura das memórias autobiográficas, no entanto, as memórias autobiográficas também possuem uma macroestrutura que emerge na curva de recuperação de vida em tempo útil (Conway & Rubin, 1993; Rubin, Wetzler, & Nebes, 1986), sendo esta passível de ser observada em várias situações, tornando-se mais evidente quando os indivíduos recordam acontecimentos de forma livre e depois datam cada acontecimento.

Quando as memórias se encontram armazenadas consoante a idade em que foram codificadas, a curva de recuperação de vida em tempo útil é observada, ressaltando três componentes: a) período de amnésia infantil - ao longo da literatura surgem várias teorias, que sustentam que neste período existe um reduzido número de memórias codificadas anterior aos 6 anos de idade e com uma ausência quase completa de memórias anterior aos 3 anos de idade (Wheeler et al., 1997). Já em 2000, Wheeler refere que neste período é dada ênfase ao desenvolvimento das capacidades linguísticas e aos padrões de relação social. Por sua vez Howe e Courage (1997), discutem que é por volta dos 24 meses de idade, altura em que se dá o desenvolvimento do *self* cognitivo, que o individuo consegue codificar experiências no que

concerne ao *self* e estabelece desta forma o conhecimento autobiográfico base. Segundo Howe e Courage (1997), o termo *self* cognitivo, surge quando a criança é capaz de diferenciar o Eu (*I*), do mim (*me*). A segunda componente da curva de recuperação de vida em tempo útil, b) período de reminiscência, é geralmente apenas observada em indivíduos com uma idade superior a 35 anos. Este período é caracterizado pelo aumento da evocação das memórias remotas aquando o período de codificação dessas mesmas memórias entre os 10 e os 30 anos.

Foram consideradas diversas explicações para este fenómeno. Rubin e Rahhal (1998), consideram que são favorecidos os acontecimentos que se referem a uma experiência nova para o indivíduo e que essa nova experiência produz efeito na memória visto que é processada a um nível mais profundo enquanto ocorre e é integrada no conhecimento que já existe numa forma e numa acessibilidade diferente. Por último, na curva de recuperação de vida em tempo útil surge a c) recência, este período refere-se aos 20 ou 30 anos mais recentes da vida do sujeito, em que existe uma diminuição das memórias e um alongamento do intervalo de retenção, bem como, o facto de o sujeito se lembrar dos acontecimentos mais recentes (Rathbone, Moulin, & Conway, 2008). Por sua vez, Linton (1986) sugere que as memórias só se tornam parte integrante do conhecimento base adquirido após um período de 24 meses. Também outros autores reforçam esta teoria sobre o período de consolidação de retenção no conhecimento episódico (McClelland, McNaughton, & O'Reilly, 1995; Moscovitch, 1995).

Em suma, vários autores teorizam a estrutura das memórias autobiográficas de forma diferente, contudo, todos eles se baseiam em uma característica comum – a emoção.

Emoção e memória autobiográfica

Rubin (2005), constata que a componente emocional nas memórias autobiográficas dá ao sujeito um sentido de organização e de continuidade do *self*, levando a que estas desempenhem um papel importante na caracterização e identidade do indivíduo. Para além da organização do *self*, as emoções desempenham um papel de extrema importância no que concerne à estruturação, codificação e evocação das memórias autobiográficas (Rubin et al., 1986). Considerando que as memórias autobiográficas se encontram armazenadas pelo factor da emoção, nem todas estão igualmente acessíveis.

É então possível considerar que o conteúdo de uma memória é abrangido por um esquema emocional. Aliás, vários modelos multi-nível das emoções postulam que as emoções são representadas sob a forma de esquema, ou sejam protótipos genéricos de várias experiências emocionais (Philippot & Schaefer, 2001). De acordo com esta teoria, o esquema emocional integra factores sensoriais, perceptuais e semânticos, que são os mais frequentemente activados durante uma experiência emocional numa representação implícita. Assim, os esquemas são representações analógicas que integram elementos multi - modais retirados de uma certa categoria de experiências emocionais e são estruturas genéricas, ou seja, que contêm informações que são comuns a uma variedade de experiências (Schaefer & Philippot, 2005).

Baseado nestas considerações, os autores propõem que as memórias contêm informações relevantes e irrelevantes para o esquema e que o estado emocional, aquando o momento da recuperação, pode influenciar a qualidade da memória ao nível da valência das mesmas. Desta forma, os autores apontam para o facto de que as memórias de valência emocional negativa contêm detalhes sensoriais, espaciais e temporais menos vívidos do que as memórias de valência emocional positiva, e que o estado emocional aquando a recuperação pode ter efeitos específicos nas características fenomenológicas das memórias autobiográficas (Schaefer & Philippot, 2005).

No que concerne à regulação emocional, esta capacidade aumenta com a idade e os idosos demonstram a capacidade de evocar um maior número de acontecimentos de valência emocional positiva, em detrimento de acontecimentos de valência emocional negativa, e avaliam também as memórias de forma mais positiva do que os adultos, ou seja, reinterpretam o significado da memória, conferindo-lhes uma valência emocional positiva (Kesinger, 2012). Estudos referentes a esta temática indicam que os indivíduos tendem a regular as suas emoções das mais diversas formas nomeadamente pelo processo de reminiscência, como referido anteriormente, sendo este um mecanismo cognitivo activado por parte dos idosos, como uma estratégia de regulação de humor (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005). Neste sentido, a reminiscência é um processo adaptativo e natural através do qual, memórias de valência emocional positiva e memórias de valência emocional negativa são balanceadas perante o fim de vida (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Posto isto, tanto a reminiscência como as memórias autobiográficas partilham o mesmo ênfase na reconstrução integrativa do passado no *self* actual (Bluck & Levine, 1998).

No entanto, a generalização da evocação das memórias autobiográficas, pode comprometer o efeito que o processo de reminiscência produz na ressonância emocional

positiva. Desta forma, o estudo dos mecanismos envolvidos na generalização das memórias autobiográficas nos idosos, torna-se importante para restaurar a eficiência do processo para a regulação emocional e para que este processo seja possível, é necessária a evocação de memórias autobiográficas específicas para conduzir a uma regulação emocional positiva nos idosos (Latorre et al., 2013). Não obstante, para além da reminiscência existem variadas estratégias de regulação emocional, e uma em particular tem recebido especial atenção. A reavaliação cognitiva, é uma estratégia que pretende mudar a trajectória de uma resposta emocional, reinterpretando o significado do estímulo emocional (Ray, McRae, Ochsner, & Gross, 2010).

A Depressão

A depressão representa um processo adaptativo a uma perda perceptiva de investimento vital que excede a capacidade ou competência do indivíduo, nomeadamente a falta de recursos, a resolução de problemas ou o suporte, de forma a atenuar o impacto da perda (Beck & Bredemeier, 2016). Quando existe uma perda perceptiva de investimento vital, em resposta a um evento específico, surgem cognições enviesadas que provocam emoções como, a culpa ou a tristeza, bem como respostas comportamentais, como a retirada, a inatividade e a vigilância (Beck & Bredemeier, 2016).

Contudo, as manifestações da depressão variam de indivíduo para indivíduo, no entanto as mais comuns traduzem-se por alterações emocionais (sentimentos de profunda tristeza e falta de esperança), alterações cognitivas (baixa auto-estima; culpa; dificuldades de concentração e memória), alterações ao nível do comportamento e da motivação (agitação ou lentificação psicomotora e isolamento social) e por último alterações fisiológicas (sono, alimentação; comportamento sexual; perda de energia, e anhedonia)(Williams et al., 2007)

Estudos sobre a depressão, que a analisam segundo o modelo cognitivo postulam três noções específicas para explicar a depressão: Esquemas, tríade cognitiva e erros cognitivos. (Rush & Beck, 1978). Os esquemas são noções para explicar a razão de os indivíduos deprimidos se ligarem a atitudes dolorosas, ao invés da realidade objectiva de factores positivos nas suas vidas. Desta forma o indivíduo deprimido, focaliza a sua atenção nos estímulos de valência emocional negativa da situação, reforçando o esquema e activando-o

em situações semelhantes. Este esquema torna-se então a base de como a informação é codificada, formando cognições distorcidas.

A tríade cognitiva é referente ao modo como o indivíduo se percebe a si próprio, ao mundo e a expectativa que tem relativamente ao futuro (Rush & Beck, 1978). A auto-imagem do indivíduo deprimido é deficitária ou inadequada, o indivíduo deprimido acredita que é indesejável, ou sem valor, devido aos seus presumíveis defeitos e tende a criticar-se ou subestimar-se devido a eles. A segunda componente da tríade, refere-se à visão que o sujeito deprimido tem do mundo ao seu redor, o sujeito faz interpretações erróneas sobre as suas interações com o mundo, como prova de derrota ou privação, vendo as situações como constantes obstáculos insuperáveis. Por último, a expectativa em relação ao futuro, é vista como negativa, como se o sofrimento continuasse indefinidamente e todas as suas tentativas de realizar uma tarefa culminassem em falhanço. Desta forma o sujeito deprimido vê-se a si próprio como um fardo para os outros (Rush & Beck, 1978).

Por último, os erros cognitivos, são sistemáticos na lógica do indivíduo deprimido, representando-se por:

- a) Inferência arbitrária – refere-se ao processo, em que o sujeito deprimido elabora uma conclusão, sem existirem provas que corroborem essa conclusão, ou quando as provas existentes contrariam a conclusão elaborada;
- b) Abstração selectiva – consiste na focalização de um detalhe negativo retirado de um contexto, ignorando outras características salientes, conceptualizando a experiência em redor desse mesmo detalhe;
- c) Sobregeneralização – refere-se ao padrão de generalizar uma situação com base em um único detalhe;
- d) Ampliação ou minimalização – reflectidos em erros grosseiros na avaliação que constituem a distorção da situação;
- e) Personalização – refere-se à tendência do indivíduo em relacionar acontecimentos externos a si próprio, quando não existe fundamentação para essa ligação.

Depressão e Memórias autobiográficas

A depressão é caracterizada por perfis distintos de perturbação em que as memórias autobiográficas são representadas, evocadas e preservadas (Dalglish & Werner-Seidler, 2014). Revisões na literatura sobre os domínios fundamentais na depressão apresentam vários obstáculos, nomeadamente um enviesamento sistemático a favor do material recordado de valência emocional negativa; acesso empobrecido a memórias; respostas pobres a memórias de valência emocional positiva; acesso reduzido a detalhes específicos do passado pessoal; processos disfuncionais de ruminação e evitamento relativamente ao material autobiográfico. Estes obstáculos incorrem no início e na manutenção da depressão (Dalglish & Werner-Seidler, 2014).

Teasdale (1988), propõe que o factor importante que determina se a depressão permanece moderada ou transitória, ou mais severa e persistente, se prende com o grau com que os processos cognitivos desadaptados são activados durante o estado depressivo. No entanto, enquanto este processo se verifica no que diz respeito às memórias autobiográficas de valência emocional negativa, o mesmo não acontece com as memórias autobiográficas de valência emocional positiva (Werner-Seidler & Moulds, 2011). As conclusões deste mesmo estudo referem que as características fenomenológicas das memórias autobiográficas de valência emocional positiva podem representar um factor importante na vulnerabilidade depressiva, e de uma forma mais vasta, que a depressão possa estar associada a um défice no processamento de informação de valência emocional positiva.

As memórias autobiográficas assumem desta forma um papel de grande importância, pelo que na depressão existe um aumento de memórias de acontecimentos de valência emocional negativa e uma diminuição de memórias de acontecimentos de valência emocional positiva, existindo então um enviesamento das memórias autobiográficas, sendo este fundamental para a génese da depressão e para a sua manutenção, na medida em que o ciclo depressivo é reforçado (Cláudio, 2004). Por conseguinte, indivíduos com perturbações emocionais como a depressão, têm maior dificuldade em recordar detalhes dos acontecimentos, ou seja, em evocar memórias autobiográficas específicas, e tendem a evocar um maior número de memórias autobiográficas alargadas (Cláudio, 2004). Williams (1996), refere ainda que na depressão, a evocação da memória semântica e a evocação de acontecimentos de uma forma geral não sofrem alterações, mas por outro lado, a evocação de eventos específicos se encontra comprometida.

É de notar ainda, que a congruência de humor se constitui como factor de importância na relação entre a depressão e as memórias autobiográficas. Segundo vários autores este efeito deve-se ao facto de nos sujeitos deprimidos existir uma maior acessibilidade relativamente a esquemas cognitivos enviesados, que se referem ao próprio sujeito e que leva a que haja uma evocação de informação preferencialmente negativa (Aurélio & Cláudio, 2009). Cláudio (2004) refere que este efeito não se relaciona com traço, mas sim com o estado da depressão e considera ainda que o *self*, nos sujeitos deprimidos não assume o papel de regulação que deveria ter ao nível do processamento e evocação de informação.

No que concerne à especificidade das memórias e à valência emocional das mesmas, estudos (Latorre et al., 2013; Moore, Watts, & Williams, 1988) concluíram que, quando é pedido aos sujeitos Com Sintomatologia Depressiva que evoquem memórias autobiográficas específicas, com palavras-estímulo de valência emocional positiva ou negativa, os sujeitos tendem a evocar memórias autobiográficas categóricas, ou seja, de carácter mais geral. Ao invés de evocarem acontecimentos referentes a um período de tempo específico ou local, evocam acontecimentos mais gerais, que se referem a uma categoria de eventos (“cada vez que”, “todas as vezes”) (Latorre et al., 2013).

A generalização na evocação das memórias autobiográficas, segundo Moore e colaboradores (1988), resulta de falhas nos processos de codificação e evocação da informação. Esta falha na codificação leva a que o sujeito deprimido tenha grandes dificuldades na evocação de episódios específicos. Desta forma, os sujeitos com perturbações emocionais, nomeadamente os sujeitos deprimidos, tendem a focar-se nos aspectos afectivos das situações e subsequentemente codificam preferencialmente estes aspectos nas experiências, que se demonstram distorcidos. Assim, os sujeitos deprimidos enviesam a procura de informação específica, tendendo a desenvolver um funcionamento mnésico que procure informação mais geral e relevante para o *self*, tendo assim uma maior dificuldade em aceder a memórias de valência emocional positiva do seu passado, dado que procuram aceder a recordações mais específicas do seu passado.

No entanto, no caso da depressão, quanto maior a sua severidade, maior a probabilidade da evocação mnésica ser influenciada no sentido negativo (Clark, Beck, & Alford, 1999). Tendo em conta estes estudos, as memórias autobiográficas de carácter geral foram consideradas como uma característica da depressão (Brittlebank, Scott, Williams, & Ferrier, 1993). Contudo, Serrano, Latorre, Gatz, e Montanes (2004), consideram que as memórias autobiográficas específicas apresentam um papel de factor protector contra a depressão nos adultos, esta hipótese surgiu a partir de estudos experimentais que treinaram a

evocação de acontecimentos específicos de valência emocional positiva do passado para o tratamento para a depressão em adultos idosos.

Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e as Memórias Autobiográficas

Estudos referentes aos sintomas da ansiedade e depressão revelaram que quase todos os indivíduos deprimidos apresentam sintomatologia ansiosa, mas nem todos os indivíduos ansiosos apresentam sintomatologia depressiva (Barlow & Durand, 2008). Os sinais e sintomas da ansiedade incluem medo persistente e excessivo de situações, objectos ou actividades que podem resultar em ansiedade reactiva ou em ataques de pânico e evitamento (O'Donnell & Kaszniak, 2011).

Contudo apesar de existirem inúmeros estudos relativamente à sintomatologia ansiosa na população geral, os que se referem à população idosa são escassos (O'Donnell & Kaszniak, 2011). No que diz respeito às manifestações da ansiedade e depressão Lenze e Wetherell, (2009), estabelecem dois pontos de vista. Por um lado a idade pode ser constituída como factor de protecção contra os eventos que causam ansiedade, possibilitando ao indivíduo exercer uma regulação emocional mais eficaz e podendo reduzir a propensão para a degeneração de áreas do cérebro relacionadas com a idade. Por outro, enquanto factores de *stress*, nomeadamente com a carreira ou família tendem a diminuir com a idade, surgem novos factores, nomeadamente a doença ou incapacidade.

No que concerne à congruência de humor, indivíduos com sintomatologia ansiosa demonstram um enviesamento relativamente à recolha de informação e por isso prestam mais atenção à informação envolvente que é compatível com o seu estado de humor, na altura da recolha da informação. Por exemplo, indivíduos Com Sintomatologia Depressiva tendem a prestar mais atenção a informação não verbal, como as expressões faciais e menos atenção ao conteúdo de uma conversa que poderia revelar aceitação (Levy & Mineka, 1998b). Desta forma, sujeitos com sintomatologia depressiva e ansiosa exibem um enviesamento na recolha de informação de forma negativa e uma tendência para a recordação de memórias de valência negativa (Witheridge, Cabral, & Rector, 2010).

Deste ponto de vista, são distinguidos diferentes processos, entre o processo automático de percepção da informação sobre o ambiente envolvente, nomeadamente o

material negativo referente a si próprio no caso da sintomatologia depressiva ou de enviesamento ameaçador no caso da sintomatologia ansiosa e ainda um processo mais exigente, que envolve um esforço maior por parte do indivíduo para desenvolver pensamentos positivos, estima ou memórias específicas (Levy & Mineka, 1998a; Witheridge et al., 2010).

Por último, no que concerne aos estudos que correlacionam os tempos de latência na sintomatologia depressiva e ansiosa, destacam-se os estudo de Cláudio (2004) em que sujeitos com a sintomatologia depressiva apresentam uma média de tempo de latência elevado, nomeadamente os que sejam iguais ou superiores a 0.6 segundos para os sujeitos deprimidos e todos as que tenham uma média igual ou superior a 0.4 segundos, para os sujeitos sem alteração psicopatológica. No que concerne às médias de tempo de latência inferiores, foi considerado para os sujeitos deprimidos valores iguais ou inferiores a 0.4 segundos, e valores iguais ou inferiores a 0.2 segundos para os sujeitos sem alteração psicopatológica.

Idosos e memória autobiográfica

Vários estudos demonstram que existe um declínio gradual na memória episódica a partir dos 60 anos de idade (Berna, Schönknecht, Seidl, Toro, & Schröder, 2012; Piolino, Desgranges, Benali, & Eustache, 2002). É de concordância geral que o sentido que os indivíduos têm de si, está intimamente ligado às memórias que têm da própria vida (Prebble et al., 2013). Desta forma assumimos que se eventualmente perdesse-mos as nossas memórias, perderíamos o nosso sentido de ser, desta forma, esta ideia está subjacente à deterioração da memória, como é o caso do Alzheimer, em que existe uma perda gradual do sentido de ser (Lalanne, Gallarda, & Piolino, 2015).

O sentido de ser é conceptualizado como um processo mental que confere ao indivíduo sentimentos de coerência, singularidade, individualidade e unidade, que definem o indivíduo como único e particular (Damasio, 2003). Este sentido de ser, não é uma condição que todos os indivíduos possuem de início. Este processo é intercedido pelo processo neural que é gradualmente desenvolvido durante a infância e pode sofrer alterações por danos nas áreas relevantes do cérebro, (Prebble et al., 2013), comprometendo inevitavelmente o tipo de memórias autobiográficas ao nível episódico ou semântico (Levine et al., 2002).

Estudos (Knowlton, 1998; Wheeler et al., 1997) sugerem que o déficit no contexto espaço-temporal ou afectivo ou na memória de origem está associado ao envelhecimento normal. Além disso o funcionamento do lobo frontal também está envolvido nos processos que requerem a evocação da memória episódica. No entanto o comprometimento do funcionamento do lobo frontal pode também estar envolvido na codificação pobre, bem como no déficit de evocação (Knowlton, 1998; Wheeler et al., 1997). Desta forma, à medida que o indivíduo envelhece existe uma deterioração na memória autobiográfica episódica, deixando a memória autobiográfica semântica relativamente intacta. Esta deterioração inclui uma redução na capacidade de produzir memórias de eventos específicos (Addis, Wong, & Schacter, 2008; Levine et al., 2002; Mitchell, 1989; Piolino et al., 2010; Ros, Latorre, & Serrano, 2010; Wheeler et al., 1997), bem como uma debilidade no acesso aos detalhes acerca da fonte e do contexto (Craik, Morris, Morris, & Loewen, 1990; Spencer & Raz, 1995). Foi também observada uma diminuição na capacidade de os adultos idosos se conseguirem imaginar no futuro (Addis et al., 2008).

Conclui-se portanto que, ao passo que a memória semântica é normalmente preservada no envelhecimento normal, a memória episódica fica comprometida já desde início, revelando que no envelhecimento saudável existe uma redução nos detalhes dos eventos específicos e existe uma generalização dos detalhes semânticos (Piolino et al., 2010). Prebble e colaboradores (2013) afirmam que as memórias autobiográficas semânticas formam a maior parte das narrativas de vida e que o raciocínio autobiográfico é utilizado conjuntamente com os níveis mais abstractos da memória.

Baseando-se no modelo de Sistema de Memórias do *Self* (SMS) de Conway e Pleydell-Pearce (2000), Thomsen evidenciou que o nível das memórias autobiográficas mais utilizado nas histórias de vida dos sujeitos, se prende com o nível das memórias em capítulos, que incluem períodos de vida e eventos gerais, e que as memórias autobiográficas específicas são utilizadas menos frequentemente (Thomsen, 2009). Na base desta teoria, estudos (Barsalou, 1988) revelam que os idosos apresentam uma maior capacidade no uso de técnicas de narrativa de modo a criar um sentido de continuidade.

Considerando o impacto que a deterioração cognitiva, associada à demência, provoca na identidade e no bem-estar (Addis & Tippett, 2004), levanta-se a questão se a mudança na memória provocada pelo envelhecimento também está associada a mudanças no processo de identidade e no *self* (Chessell, Rathbone, Souchay, Charlesworth, & Moulin, 2014). Estudos efectuados até à actualidade referem que os processos de memória referentes ao *self* se

encontram intactos nos idosos. Por exemplo, foi sugerido que os idosos preservam as memórias que ajudam na manutenção do seu *self* (Martinelli & Piolino, 2009a).

Estudos (Ford, Rubin, & Giovanello, 2014) concluíram que enquanto os adultos controlam a especificidade das memórias evocadas, o mesmo não acontece com os idosos. Estas conclusões sugerem que os efeitos de generalização nas memórias dos idosos possam incluir diferenças relacionadas com a idade sobre a representação da memória, bem como, no cumprimento da tarefa (Ford et al., 2014). Assim, estudos que reportaram o efeito da generalização (Ford et al., 2014), instruíram os participantes a evocar acontecimentos específicos, o que implica que os participantes se mantenham focados no objectivo da tarefa, que inibam respostas inapropriadas e que controlem a evocação das memórias. Tendo em conta que estes processos se encontram comprometidos no envelhecimento saudável, torna-se importante determinar se a instrução na tarefa influencia o efeito de generalização nos adultos idosos. Como tal, é provável que os idosos tenham um défice no que concerne às instruções relativamente às memórias específicas, pelo que se torna importante isolar diferenças relacionadas com a idade, no que diz respeito à representação e evocação das memórias autobiográficas. Por outro lado, o efeito da generalização também pode ser explicado pelo facto de os idosos evocarem memórias autobiográficas mais genéricas, devido a uma abordagem mais integrativa do ponto de vista do seu passado (Ford et al., 2014).

Contudo, no que se refere à evocação de acontecimentos existem teorias divergentes. Segundo Moscovitch e Winocur (1992), no envelhecimento a informação mais antiga é melhor preservada do que a informação mais recente, por conseguinte os idosos tendem a evocar memórias mais antigas do que os adultos mais jovens (Chessell et al., 2014), contudo, a natureza semântica da memória remota pode explicar a razão pela qual a informação mais antiga é melhor preservada que a informação mais recente (Moscovitch & Winocur, 1992). No entanto, Schaefer e Philippot (2005), afirmam que no decorrer da linha temporal do sujeito as memórias mais longínquas se tornam mais difíceis de aceder, verificando desta forma que é mais fácil evocar acontecimentos relativamente recentes, não existindo desta forma teorias convergentes relativamente a este ponto.

Com o avançar da linha temporal do sujeito, o objectivo foca-se na regulação emocional ao invés da aquisição da informação. A explicação para este efeito é que os idosos colocam mais recursos no controlo cognitivo para reforçar memórias de valência positiva, e menos recursos para os de valência emocional negativa (Mather & Carstensen, 2005). Foi, portanto verificado que os idosos experienciam uma qualidade de vida subjectiva superior aos adultos devido à capacidade de regulação do seu estado emocional (Gross et al., 1997).

Estudos (Kennedy, Mather, & Carstensen, 2004) demonstram que os idosos revelam um enviesamento na memória autobiográfica a longo prazo e na motivação para a regulação do bem-estar que conduzem a uma ressonância emocional positiva e que o mesmo pode ser induzido em adultos mais jovens. Este enviesamento pode ser explicado por estudos longitudinais (Field, 1981; 1987) efectuados sobre as memórias autobiográficas com idosos, que concluíram que as reconstruções dos eventos apresentam maior ressonância emocional positiva em comparação com os adultos, no que diz respeito aos eventos originais.

Teorias socio-emocionais (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999) providenciam uma explicação para os idosos reconstruírem de forma mais positiva os seus eventos do que adultos. Segundo esta teoria, quando o tempo é perceptivo como limitado, uma percepção normal com o passar da idade, os objectivos com significado emocional são mais propensos a ser atingidos do que os objectivos que visam a obtenção de informação. Objectivos emocionalmente significativos incluem uma sensação satisfatória no momento e dão um significado emocional no decorrer da vida. Na base desta teoria é fundamentado que os idosos estão mais motivados que os adultos para se lembrarem do seu passado de forma emocionalmente satisfatória e que estão enviesados de forma positiva para a reconstrução das memórias reflectindo a motivação para a regulação emocional.

Os idosos demonstram memórias distorcidas de decisões passadas de forma emocionalmente gratificante e apresentam uma proporção superior no que concerne a memórias de valência emocional positiva relativamente aos adultos (Mather & Carstensen, 2005). A elevada proporção das memórias de valência emocional positiva foi explicada pelo facto de quando os idosos evocam eventos negativos, eram classificados com valência emocional neutra ou positiva (Schlagman, Schulz, & Kvavilashvili, 2006). Assim, estudos mais recentes (Comblain, D'Argembeau, & Van der Linden, 2005) vieram demonstrar que os idosos tendem a reavaliar as memórias de valência emocional negativa alterando-as para memórias de valência emocional positiva, não se verificando o mesmo com os adultos, e utilizam o mecanismo da reavaliação cognitiva como uma estratégia de *coping* para situações de *stress* mais frequentemente do que os adultos (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987).

Objectivo do estudo e hipóteses de investigação

A situação demográfica no país torna relevante o estudo nesta área, como foi descrito anteriormente. A depressão é um problema cada vez mais emergente, e para além de mal diagnosticada, não se intervém na mesma, de forma adequada e atempada.

No caso dos idosos, devido à lacuna de factores protectores e ao isolamento social, cada vez mais abundante, tornam-se vulneráveis à depressão. Contudo, no nosso país é evidente a prescrição de psicofármacos, que deixem as pessoas em estado catatónico, ao invés de iniciar uma psicoterapia, de modo a que possam prosseguir a sua vida e o seu envelhecimento de forma saudável. Na relação entre as memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva, a literatura é escassa e por vezes contraditória.

A revisão da literatura indica que idosos que padecem de sintomatologia depressiva, exercem um efeito de sobregeneralização das memórias autobiográficas, contudo, essa sobregeneralização não se verifica de igual modo entre os idosos.

Desta forma, propõem-se a investigação nesta área com o intuito de entender a relação entre as memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva. Tendo em conta a revisão de literatura propõem-se as seguintes hipóteses.

Hipótese 1: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva evocam maior número de memórias autobiográficas específicas do que Idosos Com Sintomatologia Depressiva.

Hipótese 2: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva evocam um maior número de memórias autobiográficas de valência emocional positiva do que idosos Com Sintomatologia Depressiva.

Hipótese 3: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva têm em média, um tempo de latência inferior aos idosos Com Sintomatologia Depressiva.

Hipótese 4: Idosos Com Sintomatologia Depressiva tendem a evocar memórias autobiográficas categóricas com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa.

Método

Delineamento do estudo

Este estudo trata-se de um estudo transversal exploratório comparativo, pelo facto de os dados serem recolhidos num único momento e de existir uma comparação entre dois grupos, em que um possua uma particularidade que se pretende estudar, como o caso da sintomatologia depressiva, e o outro não. A amostragem deste estudo é não aleatória, sendo recolhida por conveniência e utiliza um método correlacional de forma a confirmar as hipóteses inferidas neste estudo sustentadas através da literatura (Ribeiro, 2010).

Amostra

A amostra foi constituída por 31 idosos, sendo onze participantes do género masculino e vinte participantes do género feminino. As idades da amostra estavam compreendidas entre os 65 e os 88 anos, com uma média de 71.87 (D.P=6.96). Da amostra, 16 participantes foram recolhidas da Junta de Freguesia de Alcântara, os idosos que frequentavam a universidade de terceira idade, enquanto os restantes participantes não integravam qualquer associação e foram recolhidos porta a porta.

No que concerne às habilitações literárias dos participantes, a maioria destes tinham habilitações literárias ao nível da 4ª classe, ou seja 11 participantes (35.5%), seguidamente, seis concluíram a licenciatura ou bacharelato (19.4%), o mesmo se verificou para as habilitações completas ao nível do secundário (N=6; 19.4%). No que concerne ao terceiro ciclo, ou seja ao 9º ano de escolaridade, obtivemos uma amostra de 4 participantes (12.9%). Com a habilitação académica mais elevada (mestrado), apenas dois possuíam essa habilitação (6.5%). Por último, no segundo ciclo, nomeadamente com o sexto ano, verificou-se apenas um participante (3.2%), tendo-se verificado a mesma situação para quem não frequentou o ensino escolar, mas sabia ler e escrever.

No que se refere ao apoio psicoterapêutico, verificou-se que a maioria dos participantes nunca tinham tido acompanhamento terapêutico (N=27; 87.1%), apenas 4 participantes, já tinham tido acompanhamento psicoterapêutico, mas de momento não tinham

(12.9%). Por último, nesta amostra não se verificou, a presença de acompanhamento psicoterapêutico na actualidade. Quanto à toma de medicação psicofarmacológica, 17 indivíduos nunca tomaram qualquer tipo de medicação psicofarmacológica (54.8%) e 8 indivíduos já tomaram medicação psicofarmacológica, mas não tomam de momento (25.8%). Na actualidade, 5 participantes tomam ansiolíticos (16.1%) e apenas 1 participante toma antidepressivos (3.2%).

Os critérios de pertença a esta amostra prendiam-se com o facto de os participantes, serem letrados, terem 65 anos ou mais e não apresentarem comprometimento cognitivo. Foi utilizado para avaliar a deterioração cognitiva o Montreal Cognitive Assessment versão 7.1 traduzido e aferido para a população portuguesa (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2012). Nenhum participante obteve menos de 22 pontos, sendo esse o critério de exclusão. A análise descritiva da amostra encontra-se no anexo (Anexo I). De seguida apresentamos um quadro síntese com os dados da nossa amostra.

Quadro 1: Descrição síntese das variáveis sociodemográficas da amostra, valores absolutos, percentagens ,mínimos, máximos e médias.

Idade		N=31; M=71.87; Min=65; Max= 88
Género	Masculino	11 (35.5%)
	Feminino	20 (64.5%)
Onde Vive:	Meio Rural	0
	Meio Urbano	31 (100%)
Habilitações literárias	Sabe ler e escrever	1 (3.2%)
	1º Ciclo (até ao 4º ano)	11 (35.5%)
	2º Ciclo (até ao 6º ano)	1(3.2%)
	3º Ciclo (até ao 9º ano)	4 (12.9%)
	Secundário (até ao 12º ano)	6 (19.4%)
	Bacharelato/Licenciatura	6 (19.4%)
	Mestrado	2 (6.5%)
Situação profissional	Empregado	5 (16.1%)
	Reformado	25 (80.6%)
	Reformado e Estudante	1 (3.2%)
Acompanhamento Psicoterapêutico	Nunca teve	27 (87.1%)
	Já teve, actualmente não	4 (12.9%)
Psicofármacos	Ansiolíticos	1 (3.2%)
	Antidepressivos	5 (16.1%)
	Nunca tomou	17 (54.8%)
	Já tomou agora não toma	8 (25.8%)
Actividades em grupo	Pratica	18 (58.1%)
	Não pratica	13 (41.9%)

Instrumentos

Consentimento Informado

Antes da aplicação do protocolo aos sujeitos, foi lida em conjunto a carta de consentimento informado (anexo A), que os informava da pertinência do estudo e do âmbito em que este se encontrava inserido. Foi informado ao participante que poderia desistir da participação no estudo se assim o pretendesse sem qualquer penalização e que os dados que fossem recolhidos seriam apenas divulgados em meio científico, garantindo o seu anonimato e confidencialidade.

Por último, foi solicitado ao participante a gravação em suporte áudio, da aplicação da Tarefa das Memórias Autobiográficas para posterior análise.

Questionário Sócio-demográfico

Neste questionário foram solicitadas, aos participantes, informações relativamente ao sexo, idade, habilitações literárias e situação profissional. Foram ainda inquiridas informações relativas a actividades praticadas em grupo (se praticavam ou não), relativamente a apoio psicoterapêutico (se tinham tido ou não, e se sim há quanto tempo) e por último se tomavam ou já teriam tomado medicação psicofarmacológica e qual o tipo (anexo B).

Instrumentos de Avaliação Clínica

MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – Versão 7.1.

O *Montreal Cognitive Assessment – versão 7.1. (MoCA)*, que nos foi amavelmente cedido por Sandra Freitas, foi utilizado para avaliar a deterioração, ou, comprometimento cognitivo. Neste estudo, participantes que não atingissem o valor de referência, 22 pontos, seriam excluídos da amostra, este ponto de corte foi elaborado por Freitas, Simões, Alves e Santana (2012). O MoCA (anexo C), é um instrumento com um score máximo de trinta pontos que avalia oito domínios cognitivos: funções executivas; capacidades visuo-espaciais;

memória a curto prazo; linguagem; atenção; concentração; memória de trabalho e orientação espacial e temporal.

Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.)

O inventário de depressão de Beck, criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961, permite avaliar a severidade da depressão. É um inventário de auto-preenchimento, em que o participante, escolhe de entre 4 afirmações a que melhor descreve a forma como se sentiu na última semana, incluindo o dia em que preenche o questionário (anexo D).

A cotação do inventário varia entre 0 e 3 e o resultado é feito pelo somatório dos valores de cada afirmação, sendo a cotação máxima de 63 pontos.

A severidade da depressão é descrita em: ausência de depressão (valores iguais ou inferiores a 9 pontos); depressão ligeira (valores entre 10 e 18 pontos), severidade média (valores entre 19 e 29 pontos) e severidade grave (valores superiores ou iguais a 30 pontos (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Foi utilizada a versão portuguesa não publicada, traduzida e adaptada por Cláudio (1990), que nos foi amavelmente cedida.

Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI)

O *Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI)*, criado por Spielberger, Gorsuch e Lushene em 1970 e traduzido por Américo Baptista, permite avaliar os níveis de ansiedade estado (Forma Y-1) que se define por um nível de ansiedade desencadeado por uma situação num dado momento e ansiedade traço (Forma Y-2), em que esta: “relacionava-se com a forma como o sujeito avaliava as situações, que no caso dos sujeitos com resultados elevados se devia à atribuição de características ameaçadoras a essas situações” (Cláudio, 2009, p.151).

Cada uma das formas deste inventário é constituída por 20 itens perfazendo uma totalidade de 40 itens. Este questionário é de auto-preenchimento e é pedido ao participante que escolha uma opção, numa escala de *Likert* de 4 pontos, que varia de 1 (Nada) a 4 (Muito) como se sente, neste preciso momento (Forma Y-1) e como se sente habitualmente (Forma Y-2) (anexo E). Contudo, existem dez itens na Forma Y-1 e nove itens na Forma Y-2 que se

encontram invertidos, sendo os itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20 para a Ansiedade Estado e 21, 23,26,27,30,33,34,36 e 39 para a ansiedade-traço.

O resultado de cada escala é obtido através do somatório dos itens, podendo a pontuação de cada escala variar entre 20 e 80 pontos, dado que quanto mais elevada a pontuação, mais elevado o nível de ansiedade.

Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD)

A *Nova Escala Multi-Dimensional da Depressão (NEMD)* foi criada por Cheung e Power (2012) e traduzida por Balola, Santos e Cláudio em 2013.

Trata-se de uma escala de auto-preenchimento que permite avaliar a depressão e que se encontra dividida em quatro dimensões da sintomatologia depressiva: Emocional (itens 1 a 12); Cognitiva (itens 13 a 24 e itens 49 a 52); Somática (itens 25 a 36) e a Interpessoal (itens 37 a 48).

A resposta a esta escala é dada pelo participante numa escala do tipo *Likert* que varia entre 1 - “Nunca” a 5 - “Sempre”. É então pedido ao participante que assinale o número que melhor corresponde aos seus sentimentos durante as duas últimas semanas, incluindo o dia da recolha desta informação (anexo F).

Os resultados desta escala, são obtidos através dos somatórios dos itens, obtendo uma pontuação global possível entre 52 e 260.

É ainda importante referir que a utilização desta escala no protocolo, se deveu somente à colaboração para a aferição da mesma para a população portuguesa.

Questionário de Esquemas de Young (Y.S.Q.)

O *Questionário de esquemas de Young (Y.S.Q.)*, desenvolvido inicialmente por Young, J., e Brown, G. (1990) permite avaliar aos esquemas precoces mal adaptados. A versão utilizada é constituída por 123 itens e foi traduzida e adaptada para a população portuguesa em 1994, por Margarida Robalo e José Pinto Gouveia (anexo G).

Trata-se de um questionário de auto- preenchimento, em que cada indivíduo responde numa escala de *Likert* que varia entre 1 (Não descreve de maneira nenhuma) a 6 (Descreve muitíssimo a minha maneira de ser).

O Y.S.Q. avalia diversos esquemas, nomeadamente: Auto – dependência; Auto – Sacrifício; Vulnerabilidade; Medo de perder o controlo; Perda Emocional; Abandono; Desconfiança; Isolamento social; Deficiência; Auto – Imagem; Inferioridade; Culpa; Inibição Emocional; Padrão Rígido e Défice de Autocontrolo.

Estes esquemas, no entanto encontram-se agrupados em seis domínios de funcionamento: Instabilidade e Separação; Enfraquecimento da Autonomia; Indesejabilidade; Redução da Auto-Expressão; Redução da Gratificação; Enfraquecimento dos Limites (Cláudio, 2009). A pontuação total deste questionário varia entre 123 e 738 pontos

Tarefa de Memórias Autobiográficas (T.M.A.)

A *Tarefa das Memórias Autobiográficas*, foi desenvolvida por Cláudio (2004). Nesta tarefa é solicitado ao participante que relate um acontecimento de vida tendo em conta a palavra-estímulo (anexo H).

A tarefa é constituída por 26 palavras (5 palavras de treino, 7 palavras de valência positiva, 7 palavras de valência neutra e 7 palavras de valência negativa) tendo cada uma dela um tempo de exposição no ecrã de um minuto.

Antes de iniciar a tarefa é dada a seguinte instrução: “ No ecrã vão aparecer palavras, quero que leia cada uma das palavras com atenção e relate um acontecimento da sua vida que essa palavra lhe recorde. Não há respostas certas ou erradas, já que os acontecimentos são diferentes para pessoas diferentes.”

Antes da projecção de cada palavra é dito ao participante:” E esta palavra que acontecimento da sua vida lhe recorda?”. Caso, nas 5 palavras de treino, o sujeito não date o acontecimento é dada uma instrução adicional: “ E quando ocorreu o acontecimento que relatou”. Se o sujeito apenas fizer referência à palavra projectada e não relatar um acontecimento de vida, é dito ao participante:” Deve relatar um acontecimento da sua vida que esta palavra lhe recorde”.

As palavras utilizadas na tarefa de memórias autobiográficas, foram por ordem de apresentação: Sala, Prateleira, Cabelo, Bola, Escova, Alegria, Solidão, Chão, Tristeza, Sinceridade, Medo, Água, Maldade, Solidariedade, Doença, Caneta, Sapato, Felicidade, Mentira, Amor, Mesa, Parede, Inteligência, Amizade, Dor e Janela. A ordem das palavras foi

feita com a condição de que não aparecessem duas palavras seguidas com a mesma valência (Cláudio, 2004).

A realização desta tarefa foi gravada em suporte áudio (com a autorização dos participantes), para posterior transcrição e análise.

Procedimento

A amostra deste estudo englobou participantes com idade igual ou superior a 65 anos que soubessem ler e escrever e que cumprissem os critérios do MoCA (obtivessem pontuação igual ou superior a 22 pontos).

Numa primeira instância foram contactadas algumas instituições, nomeadamente a Universidade Sénior da Junta de Freguesia de Alcântara, da qual obtivemos resposta e estabelecemos protocolo. Na Universidade Sénior, o estudo foi apresentado em diversas aulas, contudo, apenas uma turma se mostrou interessada em participar no estudo e foram então agendadas as entrevistas consoante a disponibilidade de cada participante.

Foram também contactadas instituições no concelho do Barreiro – Distrito de Setúbal – nomeadamente, o Centro Social Paroquial Padre Abílio Mendes e a Santa Casa da Misericórdia, por uma questão de proximidade geográfica, das quais não obtivemos resposta.

Por último foram contactados participantes a residir em habitação própria, dos quais foi possível obter alguns dados.

A aplicação do protocolo foi iniciada com a leitura conjunta com o participante, do consentimento informado, sendo esclarecidas as dúvidas à medida da leitura, tendo sido este assinado por ambas as partes.

De seguida era lido o questionário demográfico ao participante, o qual facultava as respostas e numa fase seguinte era aplicado o MoCA.

Aos participantes que obtivessem 22 pontos na MoCA, era aplicado seguidamente a Tarefa de Memórias Autobiográficas (T.M.A.), aos que não atingissem esse valor, o protocolo era dado por terminado e a sua participação no estudo estava concluída, sendo agradecida a disponibilidade.

Após a realização da Tarefa de Memórias Autobiográficas eram aplicados os questionários BDI – Inventário de Depressão de Beck; STAI (Forma Y-1 e Y-2) – Inventário

de Ansiedade Estado e Traço; NEMD – Nova Escala Multidimensional da Depressão e YSQ – Questionário de Esquemas de Young.

Para não existir o perigo de contaminação entre escalas que avaliassem a mesma temática, a ordem da aplicação dos questionários foi a acima referida.

Nos questionários era lida a instrução em voz alta ao participante, para que o mesmo pudesse esclarecer as suas dúvidas, o mesmo acontecia caso surgissem durante o preenchimento do protocolo, sendo cada um dos itens de cada questionário explicado ao participante.

A aplicação do protocolo, na sua totalidade teve uma duração entre uma hora e meia e duas horas e meia, provocando algum cansaço nos participantes.

O tratamento dos dados foi realizado através do Software Estatístico IBM – SPSS Statistics versão 22.

Resultados

A respeito do tratamento estatístico da nossa amostra, procedeu-se a uma comparação de médias entre os grupos, utilizando testes à normalidade da distribuição, nomeadamente o teste de Shapiro-wilk ($n < 50$), para os grupos Sem Sintomatologia Depressiva e Com Sintomatologia Depressiva.

Caso os resultados indicassem estarmos perante distribuição normal e variâncias homogêneas em ambos os grupos iríamos proceder à realização de testes paramétricos *t-student* (*t*) para 2 amostras independentes. Como tal não se verificou, em pelo menos um dos grupos, procedeu-se à realização de um teste não paramétrico *Mann-Whitney* (*U*). Para a comparação de médias intragrupois realizou-se também o teste de normalidade *Shapiro-wilk* e o teste de homogeneidade de variância de *Levene*. Quando se verificaram os pressupostos, foi realizada um teste paramétrico *t-student*. Quando a variável não apresentou distribuição normal, realizou-se o teste não paramétrico *Mann-Whitney* (*U*).

Para a comparação de três ou mais médias no mesmo grupo procedeu-se novamente ao teste de normalidade *Shapiro-wilk*. Quando o pressuposto de normalidade e/ou de Esfericidade falhou foi realizado o teste não paramétrico de *Friedman* (*Fr*).

No que concerne ao cálculo das correlações, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (*r*). Para a realização deste estudo, assumi-mos um nível de significância (α) de 0.05, por convenção, caso seja necessário ser alterado será devidamente informado na estatística-teste.

Análise Quantitativa

Análise das Escalas Clínicas Utilizadas

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

O MoCA, foi o instrumento utilizado para despiste de deterioração cognitiva, englobando apenas a amostra, os participantes que obtivessem um resultado igual ou superior a 22 pontos, sendo este o critério de exclusão da amostra. Verificámos que a nossa amostra apresenta uma média de 25.26 e um desvio-padrão 2.190, variando os valores de um mínimo de 22 e um máximo de 30. Analisando os resultados do MoCA nos grupos Sem

Sintomatologia Depressiva e Com Sintomatologia Depressiva, verificámos que o primeiro grupo apresenta uma média de 25.72 e um desvio-padrão de 2.11, variando os valores entre 22 e 29 e o segundo grupo apresenta uma média de 24.62 e um desvio-padrão de 2.22, sendo o valor mínimo de 22 (igual ao grupo Sem Sintomatologia Depressiva) e o máximo de 30, contudo, verifica-se que a diferença entre as médias não é estatisticamente significativa ($p=0.169$).

Quadro 2: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no MoCA.

	Sem Sintomatologia Depressiva				Com Sintomatologia Depressiva				<i>t</i>	<i>P</i>
	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
MoCA	25.72	2.11	22	29	24.62	2.22	22	30	1.41	0.169

*Nota: Diferença não é estatisticamente significativa ($p>0.05$).

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Para a realização do ponto de corte e criação dos dois grupos “Sem Sintomatologia Depressiva” e “Com Sintomatologia Depressiva” foi utilizado o Inventário da Depressão de Beck (BDI). Tendo em conta que a nossa amostra não apresentou homogeneidade, foi necessário elaborar uma divisão entre os mesmos, em que no primeiro integram todos os participantes que obtiveram resultados no BDI, inferiores ou iguais a 9 e no segundo integram todos os participantes com resultados totais no BDI superiores ou iguais a 10. Dentro do grupo Com Sintomatologia Depressiva, procedemos também a uma divisão por sub-grupos, tendo em conta a severidade da depressão, nomeadamente participantes que tenham resultados entre 10 e 18 pontos (depressão ligeira), entre 19 e 29 pontos (severidade média/moderada) e valores superiores a 30 (severidade grave).

Os resultados do inventário de depressão de Beck, para a amostra global, indicam que os participantes obtiveram um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 24. O valor médio do BDI para a amostra encontra-se nos 8.97 e o desvio-padrão obtido é de 6.23. Ao analisar os resultados do BDI, por grupos, Sem Sintomatologia e Com Sintomatologia Depressiva Depressiva, verificamos que no primeiro grupo ($N=18$), apresenta um valor médio de 4.61 e um desvio- padrão de 3.07, variando os valores entre 0 e 9. Já no segundo grupo ($N= 13$), os

participantes apresentam uma média de 15.00 e um desvio-padrão de 3.98 e que os valores variam entre 10 e 24.

Através da análise descritiva deste grupo, verifica-se que 12 dos participantes apresentam depressão ligeira, situando o valor médio nos 14.25, com um desvio-padrão de 3.05 e apenas um participante apresenta depressão moderada, não existindo participantes com depressão severa.

Comparando as médias nos dois grupos constata-se que estes diferenciam significativamente entre si e que são as pessoas Com Sintomatologia Depressiva a obter uma média no BDI significativamente superior às pessoas Sem Sintomatologia Depressiva ($t = -8.213$; $p < 0.000$) (Quadro 3).

Nas qualidades psicométricas obteve-se um *Alfa de Cronbach* de 0.779 que aponta para uma boa consistência interna e verificou-se ainda a existência de uma validade convergente positiva e significativa entre a Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD) e o BDI ($r=0.738$, $p=0.000$).

Quadro 3: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no BDI.

	Sem Sintomatologia Depressiva				Com Sintomatologia Depressiva				<i>T</i>	<i>P</i>
	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
BDI	4.61	3.07	0	9	15.00	3.98	10	24	-8.213	0.000

*Nota: Diferença estatisticamente significativa $p(<0.05)$.

Desta forma o grupo Sem Sintomatologia Depressiva apresenta 18 participantes, constituído 58.1% da amostra e o grupo Com Sintomatologia Depressiva apresenta 13 participantes, constituindo 41.9% da amostra.

Inventário de Ansiedade Traço e Estado (STAI – Y)

No que concerne ao STAI estado, os resultados encontram-se aglomerados em dois grupos, nomeadamente o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva. O primeiro grupo apresenta uma média de 32.06 e um desvio-padrão de 8.21, encontrando-se os valores distribuídos entre 24 e 51. Já o grupo Com

Sintomatologia Depressiva apresenta uma média de 33,77 com um desvio-padrão de 6.55 e os valores distribuem-se entre 21 e 45.

Quando comparadas as diferenças entres os grupos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva ($U=91.000$; $p =0.360$). Ao nível das qualidades psicométricas, o SAI- Estado apresenta um *Alpha de Cronbach* de 0.845, apontando para uma boa consistência interna ($\alpha \geq 0.7$).

Relativamente ao STAI Traço, o grupo Sem Sintomatologia Depressiva apresenta valores entre 24 e 50, em que a média se apresenta de 35.33 com desvio-padrão de 7.17. No grupo Com Sintomatologia Depressiva os valores variam entre 27 e 55, sendo a média de 38.85 e o desvio-padrão de 7.83. Comparando as médias dos dois grupos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva ($t= -1.295$; $p=0.205$). Ao nível das qualidades psicométricas, o STAI-Traço, apresenta um *Alpha de Cronbach* de 0.806 ($\alpha \geq 0.7$), representando uma boa consistência interna.

Quadro 4: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no STAI Estado e Traço.

	Sem Sintomatologia Depressiva				Com Sintomatologia Depressiva				<i>t ;U</i>	<i>P</i>
STAI –Estado	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
	32.06	8.21	24	51	33.77	6.55	21	45	$t=-1.295$	0.205*
STAI-Traço	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
	35.33	7.17	24	50	38.85	7.83	27	55	$U=91.000$	0.306*

*Nota: Diferença não é estatisticamente significativa ($p>0.05$)

Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD)

Na Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD), o grupo Sem Sintomatologia Depressiva apresenta valores entre 52 e 120 com uma média de 87.22 e um desvio-padrão de 19.46. No grupo Com Sintomatologia Depressiva, os valores distribuem-se entre 83 e 153, apresentando uma média de 109.85, com um desvio-padrão de 22.69.

Quando comparadas as diferenças entre os grupos, verifica-se que as médias dos grupos diferem significativamente entre si ($t = -2.980$; $p = 0.006$). E que o grupo Com Sintomatologia Depressiva obteve uma média significativamente superior ao grupo Sem Sintomatologia Depressiva. Ao nível das qualidades psicométricas, a Nova Escala Multidimensional da depressão obteve um alfa de Cronbach de 0.960, apontando para uma boa consistência interna ($\alpha \geq 0.7$).

Quadro 5: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva na Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD).

Sem Sintomatologia Depressiva					Com Sintomatologia Depressiva				<i>t</i>	<i>P</i>
NEMD	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
	87.22	19.46	52	120	109.85	22.69	83	153	-2.980	0.006*

*Nota: Diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$)

Questionário de Esquemas de Young (Y.S.Q.)

Na análise dos resultados do Questionário de Esquemas de Young (Y.S.Q.), verificámos que o grupo Sem Sintomatologia Depressiva apresenta uma média de 189.39, um desvio-padrão de 38.02 e os valores variam entre 131 e 268. Já o grupo Com Sintomatologia Depressiva apresenta uma média de 194.31 e um desvio-padrão de 39.53, variando os valores entre 149 (mínimo) e 245 (máximo). Quando comparadas as diferenças entre os grupos, verificámos que as médias dos grupos Sem Sintomatologia Depressiva e Com Sintomatologia Depressiva não diferem significativamente entre si ($t = -0.350$; $p = 0.729$). As qualidades psicométricas da escala apontam para uma boa consistência interna, tendo-se verificado um *Alpha de Cronbach* de 0.91 ($\alpha \geq 0.7$).

Quadro 6: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no Questionário de Esquemas de Young (Y.S.Q.)

Sem Sintomatologia Depressiva					Com Sintomatologia Depressiva				<i>t</i>	<i>P</i>
Y.S.Q.	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
	189.39	38.02	131	268	194.31	39.53	149	245	-0.350	0.729*

*Nota: Diferença não é estatisticamente significativa ($p > 0.05$)

A título exploratório, tentámos perceber se as escalas estariam correlacionadas entre si e verificámos que a Nova Escala Multidimensional da Depressão se encontra relacionada com todas as escalas, assim como o STAI – Traço. Verificámos que o Inventário de Depressão de Beck (BDI) se encontra relacionado com a NEMD e o STAI – Traço e que o STAI-Estado se encontra correlacionado com a NEMD e com o STAI-Traço. No entanto o MoCA e o Questionário de Esquemas de Young (Y.S.Q.) não apresentam nenhuma correlação significativa com qualquer escala (Quadro 7).

Quadro 7: Correlações entre as escalas: Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI-Estado e STAI – Traço).

	NEMD	BDI	MoCA	STAI-Estado	STAI- Traço
NEMD		0.738**	-----	0.665*	0.627**
BDI	0.738**		-----	-----	0.444*
MoCA	-----	-----		-----	-----
STAI-Estado	0.665**	-----	-----		-0.494**
STAI – Traço	0.627**	0.444*	-----	0.494**	
Y.S.Q.	-----	-----	-----	-----	-----

** Nota: Nível de significância de 0.05

* Nota: Nível de significância de 0.01

Tarefa das Memórias Autobiográficas

Na análise da Tarefa das Memórias Autobiográficas verificámos um total de 347 memórias autobiográficas evocadas e 541 não acontecimentos, não se verificando omissões. Ao nível da especificidade das memórias autobiográficas, das 347 evocadas, 196 eram específicas, 45 eram categóricas e 106 eram alargadas. No que concerne à valência emocional das memórias, foram verificadas 142 memórias de valência emocional positiva, 123 memórias de valência emocional negativa e 81 memórias de valência emocional neutra.

Quadro 8: Mínimos, máximos, somas, médias e desvio-padrão do total de memórias autobiográficas específicas evocadas (M.A.E._Evocadas); total de memórias autobiográficas categóricas evocadas (M.A.C._Evocadas) e total de memórias autobiográficas alargadas evocadas (M.A.A._Evocadas).

Total de Memórias Autobiográficas Evocadas						
	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média	Desvio-padrão
M.A.E._ Evocadas	31	1,00	16,00	196,00	6,3226	5,06219
M.A.C._Evocadas	31	,00	5,00	45,00	1,4516	1,20661
M.A.A._Evocadas	31	,00	11,00	106,00	3,4194	2,86093
N válido (de lista)	31					

Análise de Hipóteses

Hipótese 1: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva evocam maior número de memórias autobiográficas específicas do que Idosos Com Sintomatologia Depressiva.

Ao nível da especificidade das memórias tentámos perceber se existiriam diferenças entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva, como tal procedemos à realização do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, para verificar se ambos os grupos seguiam uma distribuição normal. Verificámos que o grupo Sem Sintomatologia Depressiva não possuía uma distribuição normal, pelo que se realizou um teste não paramétrico *Mann-Whitney (U)*. O grupo Sem Sintomatologia Depressiva apresenta uma média de memórias autobiográficas específicas evocadas de 6.06 e um desvio-padrão de 5.51, variando também os valores mínimos e máximos, entre 1 e 16.

Já o grupo Com Sintomatologia Depressiva apresenta uma média de evocação de memórias autobiográficas específicas de 6.70, com um desvio-padrão de 4.55, variando os valores entre 1 (mínimo) e 16 (máximo).

Após a realização do teste verificámos que não existiam diferenças significativas entre os dois grupos ($U=102.00; p=0.558$) (Quadro 9).

Quadro 9: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva nas Memórias Autobiográficas Específicas evocadas. (M.A.E_Evocadas).

	Sem Sintomatologia				Com Sintomatologia					
	Depressiva				Depressiva				<i>U</i>	<i>P</i>
M.A.E.	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
_Evocadas	6.06	5.51	1	16	6.70	4.55	1	16	102.00	0.558*

*Nota: Diferença não é estatisticamente significativa ($p > 0.05$).

Contudo, apesar de não existir uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva, constatámos que o grupo Com Sintomatologia Depressiva evocou, em média, um número superior de memórias autobiográficas específicas ($M=6.70$; $D.P=4.55$).

Hipótese 2: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva evocam um maior número de memórias autobiográficas de valência emocional positiva do que idosos Com Sintomatologia Depressiva.

Após verificarmos que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que se refere às memórias autobiográficas específicas, tentámos averiguar se existiria diferença entre os grupos relativamente à valência emocional positiva. Desta forma, foi realizado novamente o teste à normalidade de Shapiro-Wilk. Contudo ao não se verificar uma distribuição normal no grupo Com Sintomatologia Depressiva no que diz respeito às memórias autobiográficas específicas de valência emocional positiva, procedeu-se a um teste não paramétrico *Mann-Whitney (U)*.

Quadro 10: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva nas Memórias Autobiográficas Específicas evocadas com valência emocional positiva (M.A.E_VEP); Memórias Autobiográficas Categóricas evocadas com valência emocional positiva (M.A.C_VEP) e Memórias Autobiográficas Alargadas evocadas com valência emocional positiva (M.A.A_VEP).

	Sem Sintomatologia Depressiva				Com Sintomatologia Depressiva				<i>U</i>	<i>p</i>
M.A.E_VEP	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
	2.17	5.32	0	7	3.54	3.13	0	9	<i>U</i> =86.000	0.214*
M.A.C_VEP	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
	0.39	0.61	0	3	0.54	0.88	0	3	<i>U</i> =110.00	0.817*
M.A.A_VEP	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
	0.89	0.68	0	2	1.92	1.85	0	6	<i>U</i> =76.50	0.096*

*Nota: Diferença não é estatisticamente significativa ($p>0.05$).

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Sem Sintomatologia Depressiva e Com Sintomatologia Depressiva, no que se refere à valência emocional positiva das memórias autobiográficas. Contudo, é de ressaltar que o grupo Com Sintomatologia Depressiva evocou, em média, um número superior de memórias autobiográficas específicas, categóricas e alargadas de valência emocional positiva.

Hipótese 3: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva têm em média, um tempo de latência inferior aos idosos Com Sintomatologia Depressiva

Após termos verificados que não existem diferenças significativas entre os grupos Sem Sintomatologia Depressiva e Com Sintomatologia Depressiva, ao nível das memórias autobiográficas específicas e termos verificado também, que não existem diferenças significativas entre os mesmos grupos ao nível da valência emocional positiva, procuramos perceber se existiriam diferenças entre os tempos médios de latência. Para esse efeito realizámos novamente o teste à normalidade de Shapiro-Wilk e a distribuição normal não se verificou no grupo Sem Sintomatologia Depressiva, pelo que procedemos à alternativa não paramétrica, o teste de *Mann-Whitney (U)* (Quadro 11).

Quadro 11: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o grupo Com Sintomatologia Depressiva no tempo médio de latência (TM_latência)

	Sem Sintomatologia				Com Sintomatologia					
	Depressiva				Depressiva				<i>U</i>	<i>p</i>
TM_latência	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max		
	1.01	1.19	0.13	5.16	0.93	0.61	0.13	2.32	102.00	0.560*

*Nota: Diferença não é estatisticamente significativa ($p > 0.05$).

Concluimos que não existem diferenças significativas ($U=102.00$; $p=0.560$) no que concerne ao tempo médio de latência entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva ($M=1.01$) e o grupo Com Sintomatologia Depressiva ($M=0.93$). Contudo apesar das médias dos grupos não diferirem significativamente entre si, constatamos que o grupo Sem Sintomatologia Depressiva apresenta um tempo médio de latência superior ao grupo Com Sintomatologia Depressiva.

Hipótese 4: Idosos Com Sintomatologia Depressiva tendem a evocar mais memórias autobiográficas categóricas com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa.

Por último, após termos verificado que nas hipóteses anteriores os grupos Com e Sem Sintomatologia Depressiva não diferem entre si, tentámos perceber se o grupo Com Sintomatologia Depressiva tende a evocar mais memórias autobiográficas categóricas com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa. Para este efeito procedeu-se ao teste à normalidade de Shapiro-Wilk, para averiguar a distribuição normal nos grupos. Mais uma vez o pressuposto da normalidade não foi verificado. Na impossibilidade de realizar a ANOVA de medições repetidas, procedemos à alternativa não paramétrica, o teste de Friedman (Fr.) O teste de Friedman indicou-nos que existiam diferenças significativas em pelo menos duas das médias ($p=0.000 < 0.05$).

Quadro 12: Médias, desvio-padrão, mínimos, máximos e significância da diferença das médias no grupo Com Sintomatologia Depressiva nas memórias autobiográficas categóricas evocadas nas palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa (Categórica_PE_V.E.N. e V.E.P.); Específicas nas palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa (Específica_PE_V.E.N. e V.E.P.) e Alargada nas palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa (Alargada_PE_V.E.N. e V.E.P.)

	Categórica_PE_V.E.N. e V.E.P.				Específica_PE_V.E.N. e V.E.P.				Alargada_PE_V.E.N. e V.E.P.			
Com Sintomatologia Depressiva	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max
	0.54	0.66	0	2	6.30	4.79	1	16	3.54	2.90	1	8
<i>p</i>	0.002*				0.205				0.005*			

*Nota: Não se verifica distribuição normal ($p < 0.05$)

Após o teste não paramétrico de *Friedman* ter demonstrado que existem diferenças significativas em pelo menos duas das médias ($p = 0.000 < p = 0.05$), a realização de testes posteriores permitiu-nos concluir que a média de memórias autobiográficas específicas com valência emocional positiva e negativa difere significativamente da média de memórias autobiográficas categóricas com valência emocional positiva e negativa ($p = 0.001$), bem como a média de memórias autobiográficas categóricas com valência emocional positiva e negativa difere significativamente da média de memórias autobiográficas alargadas com valência emocional positiva e negativa ($p = 0.001$). No entanto, não se verificaram diferenças entre as médias de memórias autobiográficas específicas e de memórias autobiográficas alargadas nas mesmas valências emocionais ($p = 0.058$).

Desta forma, na nossa amostra, podemos concluir que os sujeitos Com Sintomatologia Depressiva evocam, em média, um maior número de memórias autobiográficas específicas de valência emocional positiva e negativa ($M = 6.30$; $D.P. = 4.79$). Seguidamente os sujeitos Com Sintomatologia Depressiva evocam um maior número de memórias autobiográficas alargadas de valência emocional positiva e negativa ($M = 3.54$; $D.P. = 2.90$) e por último evocam menos memórias autobiográficas categóricas de valência emocional positiva e negativa ($M = 0.54$; $D.P. = 0.66$).

Análise Qualitativa

A análise qualitativa deste trabalho foi realizada a título exploratório. Procedemos à categorização das memórias autobiográficas, utilizando categorias previamente definidas para a Tarefa das Memórias Autobiográficas definidas por Cláudio (2004). Desta forma, ao analisar as memórias autobiográficas dos 31 participantes deste estudo, ressaltaram as categorias apresentadas na tabela 1.

Tabela 1: Categorias existentes verificadas por palavra-estímulo na tarefa de memórias autobiográficas.

Palavra-estímulo	Categoria
Alegria	Nascimento de filhos Outros Nascimentos Acontecimentos de filhos Casamento
Solidão	Morte dos pais Morte do companheiro Só no Estrangeiro Só em casa Internamento hospitalar Perda Afectiva Morte de familiares
Chão	Quedas Obras Trabalhos domésticos Morte
Tristeza	Morte dos pais Traição Perda Afectiva Morte de amigos Morte de familiares Morte de Companheiro Estar Só

Sinceridade	Sinceridade do Próprio Sinceridade no Casamento Sinceridade dos Outros Sinceridade Mútua
Medo	Episódios de Pânico Acidentes Morte de alguém Medo do futuro Medo de animais
Água	Medo da Água Férias Beber Água Falta de Água
Maldade	Maldade dos outros em relação a si Maldade na Família Colegas de Trabalho
Solidariedade	Do próprio a outros Solidariedade no Trabalho
Doença	Morte de familiares Morte dos Pais Doença dos Pais Doença de familiares Doença do Próprio Doença do Companheiro
Caneta	Receber Canetas Roubar Canetas Profissão
Sapato	Comprar Sapatos Estragar Sapatos Filho Não ter Sapatos
Felicidade	Casamento Família Nascimento de filhos
Mentira	Mentira do próprio Mentira na Relação amorosa

	Mentira nas relações de trabalho
Amor	Primeiro Amor Filhos Casamento Dar amor aos outros Mãe
Mesa	Natal Refeições Familiares
Parede	Escola Pintar Paredes Parede Estragada Localidade Olhar Parede Obras
Inteligência	Sucesso Escolar Filhos inteligentes
Amizade	Amigos Convívio Dar apoio
Dor	Dor de dentes Parto Doença Fim de relação amorosa Morte de Companheiro Morte dos pais Sofrimento dos pais
Janela	Observar coisas à janela Olhar pela janela Namoro

Após a compilação da listagem de memórias autobiográficas, efectuámos uma primeira análise, e as categorizações resultantes foram entregues a um júri composto por três elementos, para proceder à sua validação. As regras de categorização foram explicadas, para entendimento do procedimento. Após a análise, memória a memória, a proposta de atribuição

de categorias foi debatida com o júri e em caso de discordância, as mesmas seriam decididas por maioria. Sempre que as memórias autobiográficas dos participantes não se enquadravam nas categorias acima referidas, foram classificadas como “outras”.

Numa análise posterior, verificamos a existência de um elevado número de acontecimentos de vida que se inseriam na categoria “Outras”. Resolvemos analisar separadamente cada acontecimento integrado na categoria “Outras” e agrupar os que eram semelhantes. Assim, sempre que foi encontrado um mínimo de quatro acontecimentos semelhantes, foi criada uma categoria, e atribuída uma denominação mais geral (Thomsen & Berntsen, 2008). Surgiram então duas novas categorias: a primeira na palavra-estímulo “Mentira”, que foi denominada de “Traquinice”, pois era referente, na sua maioria, a brincadeiras que os sujeitos tinham com os pares e família quando eram crianças. A segunda categoria criada, foi na palavra-estímulo “Dor” e denominou-se de “Morte de Familiares”, pois as memórias autobiográficas associadas referiam-se a outros familiares, que não os pais, nomeadamente, filhos, avós e sogros.

Ao nível de análise por valência emocional da palavra-estímulo, verificamos que a categoria “Outras”, surgiu com maior frequência nas palavras-estímulo com valência emocional neutra, seguidamente pelas palavras-estímulo com valência emocional negativa e por último nas palavras-estímulo com valência emocional positiva (Quadro 13).

Quadro 13: Total de categorias “outras” evocadas por palavra-estímulo de valência emocional negativa (CAT_Outras_PE_VENegativa_Total); total de categorias “outras” evocadas por palavra-estímulo de valência emocional positiva (CAT_Outras_PE_VEPositiva_Total) e total de categorias “outras” evocadas por palavra-estímulo de valência emocional neutra (CAT_Outras_PE_VENeutra_Total), respectivas médias e valores máximos.

	N Válido	Média	Máximo	Soma
CAT_Outras_PE_VENegativa_Total	31	,8065	4,00	25,00
CAT_Outras_PE_VEPositiva_Total	31	,6452	2,00	20,00
CAT_Outras_PE_VENeutra_Total	31	1,5484	6,00	48,00

No que concerne à análise das categorias pré-estabelecidas, os resultados não são consistentes com a categoria “Outras”, verificando-se que nestas categorias existe uma maior frequência de memórias autobiográficas evocadas em palavras-estímulo de valência emocional negativa, seguidamente de valência emocional positiva e por último de valência emocional neutra (Quadro 14).

Quadro 14: Total de categorias evocadas por palavra-estímulo de valência emocional neutra (T_Cat_E_PE de_V.E.Neutra); total de categorias evocadas por palavra-estímulo de valência emocional positiva (T_Cat_E_PE de _V.E.P.) e total de categorias evocadas por palavra-estímulo de valência emocional negativa (T_Cat_E_PE de _V.E.N), respectivas médias, valores máximos e somas.

	N		Média	Máximo	Soma
	Válido				
T_Cat_E_PE de_V.E.Neutra	31		2,4516	6,00	76,00
T_Cat_E_PE de _V.E.P.	31		2,7097	8,00	84,00
T_Cat_E_PE de _V.E.N	31		2,9355	9,00	91,00

Discussão

As revisões na literatura que se referem aos domínios fundamentais na depressão apresentam inúmeros obstáculos, tais como: o enviesamento sistemático do material recordado negativo; memórias empobrecidas; detalhes específicos reduzidos do passado pessoal e processos disfuncionais de ruminação. Estes obstáculos foram discutidos como processos que incorrem no início e na manutenção da depressão (Dalglish & Werner-Seidler, 2014). Contudo, a sobregeneralização das memórias autobiográficas trata-se de um dos fenómenos que foi amplamente afirmado como uma característica da depressão major (Söderlund et al., 2014), bem como se encontra relacionada com a persistência do estado depressivo (Brittlebank et al., 1993). Este fenómeno implica uma tendência para evocar memórias autobiográficas categóricas, em detrimento de memórias autobiográficas específicas (Dutra et al., 2012).

Nesta secção serão discutidas as hipóteses levantadas e os resultados obtidos na nossa amostra, no que se refere à relação entre a depressão e às memórias autobiográficas nos idosos.

Hipótese 1: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva evocam maior número de memórias autobiográficas específicas do que Idosos Com Sintomatologia Depressiva.

Na nossa amostra, os resultados obtidos na Tarefa de Memória Autobiográfica (T.M.A.) indicam que o grupo Sem Sintomatologia Depressiva evocou em média, um número inferior de memórias autobiográficas específicas comparativamente ao grupo Com Sintomatologia Depressiva, no entanto não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o que nos leva a infirmar a hipótese 1. Estes resultados contrariam a literatura existente sobre este tema, em que é verificada uma maior evocação de memórias autobiográficas específicas por parte dos sujeitos com ausência de sintomatologia depressiva ou depressão (Ford et al., 2014; Nascimento & Pergher, 2011; Söderlund et al., 2014). No entanto, confirmam os resultados encontrados, por Latorre e colaboradores (2013) e Silvestre (2015) em que verificaram a existência de uma diferença significativa entre ambos os grupos, e que o grupo com baixos níveis de depressão evocou em média mais memórias autobiográficas específicas. Sendo que, a literatura aponta para que os sujeitos com

sintomatologia depressiva ou depressão têm uma maior dificuldade em recordar detalhes específicos dos acontecimentos, ou seja, em evocar memórias autobiográficas específicos e tendem a evocar um maior número de memórias autobiográficas alargadas (Cláudio, 2004), os nossos resultados contrariam a literatura neste aspecto.

No entanto, a depressão e o aumento da sintomatologia depressiva estão fortemente correlacionadas com o declínio cognitivo (Greer & Hatt, 2016). Por conseguinte, o comprometimento cognitivo nos idosos (Reinlieb, Ercoli, Siddarth, St Cyr, & Lavretsky, 2014), encontra-se correlacionado com a severidade da depressão e qualidade de vida reduzida, ou seja, quanto maior a severidade da depressão nos idosos, maior o comprometimento cognitivo.

Ao analisarmos a nossa amostra, verificámos que o grupo Com Sintomatologia Depressiva (N=13), apresenta apenas um sujeito com severidade de depressão moderada, e que os restantes 12 sujeitos apresentam severidade de depressão ligeira. Também, ao analisarmos os resultados do instrumento MoCA na nossa amostra, verificámos que não existem diferenças significativas entre o grupo Com Sintomatologia Depressiva e Sem Sintomatologia Depressiva, ou seja, apesar de a sintomatologia depressiva estar presente, os resultados no instrumento não foram alterados pela existência da mesma. Este instrumento avalia diversos domínios cognitivos, nomeadamente: funções executivas; memória a curto prazo; capacidades visuo-espaciais; memória de trabalho; orientação espacial e temporal; linguagem; atenção e concentração. Os diversos domínios cognitivos podem ser agravados pela severidade da depressão, nomeadamente ao nível da velocidade de processamento e de funções executivas (Sheline, Barch, Garcia, Gersing, Pieper, Welsh-Bohmer & Doraiswamy, 2006), o que conduz a uma dificuldade em evocar memórias autobiográficas específicas.

Desta forma, se o comprometimento cognitivo é agravado pela severidade da depressão, que conduz a uma redução na especificidade das memórias autobiográficas, e se na nossa amostra não se verificam diferenças significativas entre os grupos, podemos colocar como hipótese, que o grau de severidade da depressão na nossa amostra, apesar de estar presente, possa ainda não estar a comprometer a especificidade das memórias autobiográficas evocadas.

Hipótese 2: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva evocam um maior número de memórias autobiográficas de valência emocional positiva do que idosos Com Sintomatologia Depressiva.

Ao analisarmos as valências emocionais das memórias autobiográficas dos sujeitos, verificámos que não existiram diferenças significativas entre os grupos Sem Sintomatologia Depressiva e Com Sintomatologia Depressiva, no entanto, o grupo Com Sintomatologia Depressiva evocou, em média, mais memórias autobiográficas de valência emocional positiva em todas as suas especificidades, verificando-se uma média superior nas memórias autobiográficas específicas, seguindo-se as memórias autobiográficas alargadas e, por fim, as memórias autobiográficas categóricas. Estes resultados vão contra a literatura existente, que afirma que os sujeitos Com Sintomatologia Depressiva, ou depressão evocam, em média, mais memórias autobiográficas de valência emocional negativa (Cláudio, 2004; Werner-Seidler & Moulds, 2011). No entanto, são corroborados por outros estudos que afirmam que a evocação de memórias autobiográficas de valência emocional positiva é maior, quanto menor a severidade da depressão (Afonso & Bueno, 2010; Silvestre, 2015), e que por sua vez, quanto maior a severidade da depressão, maior a evocação de memórias autobiográficas de valência emocional negativa (Clark et al., 1999). Desta forma, o baixo grau de sintomatologia depressiva na nossa amostra, pode ser uma possível explicação para a segunda hipótese não ser afirmada.

No entanto, podemos ter em conta outras explicações, nomeadamente a regulação emocional, pode ser também um factor explicativo para infirmarmos a nossa segunda hipótese. A capacidade de regulação emocional aumenta substancialmente nos idosos, pois estes demonstram uma maior capacidade de evocação de memórias autobiográficas de valência emocional positiva e uma diminuição na evocação de memórias autobiográficas de valência emocional negativa (Kesinger, 2012). Ao possuírem esta capacidade de regulação emocional, a mesma pode assumir as mais diversas formas, nomeadamente pelo processo de reminiscência, sendo um processo adaptativo e um mecanismo cognitivo activado, através do qual, as memórias autobiográficas de valência emocional negativa e positiva são balanceadas (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Um estudo sobre este tema retirou essas mesmas conclusões ao verificarem que os sujeitos que utilizam o mecanismo de reminiscência acederam a memórias autobiográficas mais específicas e por sua vez de valência emocional positiva (Afonso & Bueno, 2010).

É ainda de notar que a relação entre as memórias autobiográficas e a depressão é intercedida pela congruência do humor. Desta forma, nos sujeitos deprimidos existe uma maior acessibilidade a esquemas cognitivos negativos auto-referenciais, que se traduz numa evocação de informação negativa (Aurélio & Cláudio, 2009). Contudo, é também referido que este efeito se encontra relacionado com a severidade da depressão e não com o traço

depressivo e que nos sujeitos deprimidos o *self* não assume o papel de regulação ao nível do processamento e evocação de informação (Cláudio, 2004).

Desta forma, ao verificarmos que na nossa amostra a maioria dos sujeitos deprimidos apresentam uma severidade ligeira, a nossa hipótese pode ser informada pelo facto de os processos cognitivos poderem ainda não estar comprometidos, e pelo facto de os sujeitos poderem fazer um maior uso dos processos de reminiscência e de regulação de humor, de modo a evocarem memórias autobiográficas mais específicas e de valência emocional positiva.

Hipótese 3: Idosos Sem Sintomatologia Depressiva têm, em média, um tempo de latência inferior aos idosos Com Sintomatologia Depressiva.

No que concerne a esta hipótese, na nossa amostra, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o Grupo Com Sintomatologia Depressiva, no entanto, o grupo Sem Sintomatologia Depressiva apresentou um tempo médio de latência superior, o que nos leva a infirmar a nossa terceira hipótese. Estes resultados vão também contra a literatura existente que suporta que os indivíduos com depressão, ou sintomatologia depressiva apresentam tempos de latência superiores comparativamente aos indivíduos sem sintomatologia depressiva ou depressão (Latorre et al., 2013). Também Cláudio (2004), verificou que indivíduos Com Sintomatologia Depressiva apresentavam tempos de latência superiores. No entanto, os nossos resultados são confirmados por outros estudos (Birch & Davidson, 2007; Silvestre, 2015) que também não verificaram diferenças significativas entre os grupos no que se refere ao tempo médio de latência.

Estudos referentes à depressão ou à sintomatologia depressiva que englobam a sintomatologia ansiosa (Barlow & Durand, 2008), concluíram que quase todos os indivíduos deprimidos apresentam sintomatologia ansiosa, mas nem todos os indivíduos com sintomatologia ansiosa se apresentam como deprimidos. À luz deste estudo (Barlow & Durand, 2008), analisámos os resultados na nossa amostra, no que diz respeito ao instrumento que avalia a ansiedade estado e traço (STAI Y-1 e Y-2) e verificámos que o grupo Com Sintomatologia Depressiva apresenta uma média superior, quer na ansiedade traço, quer na ansiedade estado. Ainda que as diferenças entre os grupos não sejam significativas, podemos colocar como hipótese a existência de uma comorbidade ansiosa no grupo dos indivíduos deprimidos, para que esta hipótese seja infirmada. No que concerne aos tempos de latência,

Heidenreich, Junghanns-Royack, e Stangier (2007) realizaram um estudo, onde correlacionaram indivíduos com sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e o grupo de controlo, com ausência de sintomatologia e não verificaram diferenças significativas entre os grupos.

Para além da existência de comorbidade ansiosa no grupo dos indivíduos deprimidos, propomos como explicação, o baixo grau de severidade da depressão na nossa amostra. Tendo em conta que os processos cognitivos, como a velocidade de processamento e a função executiva se encontram comprometidas consoante o grau de severidade de depressão e na nossa amostra se verifica um grau de severidade ligeiro, é possível que a velocidade de processamento do grupo Com Sintomatologia Depressiva possa ainda não estar comprometida.

Hipótese 4: Idosos Com Sintomatologia Depressiva tendem a evocar memórias autobiográficas categóricas com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa.

Relativamente à evocação de memórias autobiográficas categóricas nas palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa, verificámos que este sub-tipo de memória categórico foi o menos evocado. O grupo Com Sintomatologia Depressiva evocou, em média, um número superior de memórias autobiográficas específicas, posteriormente alargadas e por fim categóricas, infirmo assim a nossa hipótese. Os nossos resultados vão contra a literatura existente em que é afirmado que quando é pedido aos sujeitos Com Sintomatologia Depressiva ou depressão que evoquem memórias autobiográficas específicas, com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa, os mesmos tendem a evocar memórias autobiográficas categóricas, ou seja, de sentido mais geral (Latorre et al., 2013; Moore et al., 1988). Contudo, os nossos resultados são confirmados por outro estudo que também não verificou o efeito da generalização das memórias autobiográficas em indivíduos deprimidos (Birch & Davidson, 2007).

A generalização das memórias autobiográficas, foi considerada característica da depressão (Brittlebank et al., 1993). Este efeito resulta de falhas nos processos de codificação e evocação da informação, em que o sujeito tende a focar-se nos aspectos afectivos negativos dos acontecimentos e a codificá-los preferencialmente. Assim existe um enviesamento na procura de informação específica e é desenvolvido um funcionamento mnésico que procure informação mais geral e relevante para o *self*, tendo assim o sujeito deprimido dificuldades em aceder e evocar memórias autobiográficas de valência emocional positiva do seu passado

(Moore et al., 1988). Outros autores (Birch & Davidson, 2007; Williams, 2004) realizaram estudos relativamente à evocação das memórias autobiográficas em indivíduos Com Sintomatologia Depressiva e aos processos cognitivos que dela advém. Ambos os estudos (Birch & Davidson, 2007; Williams, 2004) verificaram que na depressão, a capacidade da memória de trabalho pode estar comprometida temporariamente aquando a realização da tarefa de memórias autobiográficas, por cognições intrusivas e processos de ruminação. Podemos colocar como possível explicação, para a nossa hipótese ser infirmada e não se ter verificado uma maior evocação de memórias autobiográficas de carácter mais geral, a existência de conservação da memória de trabalho no grupo Com Sintomatologia Depressiva. Estudos realizados sobre a depressão confirmam que a memória de trabalho se encontra ligada à evocação de memórias autobiográficas categóricas (Birch & Davidson, 2007; Williams, 1996) e específicas (M. A. Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Desta forma sugerimos que, o baixo grau de sintomatologia depressiva da nossa amostra e uma possível conservação na memória de trabalho, esteja na origem de não se verificar uma maior evocação de memórias autobiográficas generalizadas e sim uma maior evocação de memórias autobiográficas específicas, pelo facto de, a sintomatologia depressiva ligeira, não estar ainda a comprometer os processos cognitivos, logo, não comprometer ainda a memória de trabalho.

Análise Qualitativa:

A análise qualitativa neste trabalho foi realizada a título exploratório. Torna-se importante analisar as memórias autobiográficas não só a nível das suas qualidades, como tempos de latências e valências emocionais, mas também ao nível da sua categorização, numa tentativa de integrar as diversas memórias autobiográficas dos diferentes indivíduos, em categorias, de modo a podermos ter uma base referencial da tipologia de acontecimentos evocados.

Para realizar a análise qualitativa deste trabalho, foram utilizadas as categorias de Cláudio (2004), no seu trabalho sobre memórias autobiográficas. Na nossa análise, quando um sujeito evocou uma memória autobiográfica datada, a mesma foi colocada numa categoria existente. Contudo, existiram memórias autobiográficas dos sujeitos que não se inseriram em nenhuma das categorias existentes e foi necessário proceder à sua categorização. Para tal, foi utilizada a regra de categorização dos *scripts* de vida, em que, ao analisarmos as memórias autobiográficas que eram semelhantes, em conteúdo, e quando o acontecimento surgiu no

mínimo quatro vezes, foi criada uma nova categoria (Thomsen & Berntsen, 2008). Desta forma surgiram duas novas categorias. Na palavra-estímulo Mentira, surgiu a categoria “Traquinice”, referente a brincadeiras na infância do sujeito e na palavra-estímulo Dor, surgiu a categoria “Morte de Familiares”, referente a morte de familiares, que não os pais, como os sogros ou os avós do indivíduo.

Na análise por palavra-estímulo verificámos que as memórias autobiográficas dos sujeitos, se enquadravam maioritariamente em palavras-estímulo de valência emocional negativa, posteriormente de valência emocional positiva e por último em palavras-estímulo de valência emocional neutra. Procedeu-se também à análise da categoria “outras”, pois não surgiram memórias autobiográficas suficientes nesta categoria para que pudessem ser enquadradas nas restantes categorias, ou para que pudessem ser criadas categorias novas, tendo em conta que o conteúdo não era similar. Nesta análise verificámos que foram evocadas mais memórias autobiográficas de valência emocional neutra, posteriormente valência emocional negativa e por fim valência emocional positiva.

Dijkstra e Kaup (2005), realizaram um estudo e colocaram como hipótese o facto de os idosos evocarem mais memórias autobiográficas referentes a acontecimentos marcantes, mais memórias autobiográficas de valência emocional positiva e que fossem emocionalmente relevantes para o *self*. A explicação para este efeito, prendeu-se com o mecanismo de retenção selectivo, que, por conseguinte, nos idosos os processos de memória referentes ao *self* se encontram intactos (Martinelli & Piolino, 2009b). Com o avançar da linha temporal, o indivíduo, neste caso o idoso, dá mais relevância à regulação emocional, do que ao processo de aquisição de informação, colocando assim mais recursos no controlo cognitivo de modo a reforçar memórias autobiográficas de valência emocional positiva ao invés de memórias autobiográficas de valência emocional negativa (Mather & Carstensen, 2005). Neste sentido, os idosos apresentam cognições distorcidas sobre decisões passadas, que se apresentam como emocionalmente gratificantes, evocando desta forma, um número superior de memórias autobiográficas de valência emocional positiva (Mather & Carstensen, 2005). Assim sendo, os idosos encontram-se mais motivados para se lembrarem do seu passado de forma emocionalmente satisfatória, enviesando desta forma as suas memórias para uma reconstrução mais positiva do seu passado através da regulação emocional (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999).

Ao analisarmos as categorias em que foram inseridas as memórias autobiográficas dos indivíduos, verificamos que ao nível de memórias de valência emocional positiva, surgem maioritariamente categorias relacionadas com o casamento, o nascimento de filhos, a família e acontecimentos dos filhos, o que demonstra a evocação de memórias com valência emocionais relevantes para o *self*, possibilitando assim ao indivíduo uma coesão e continuidade na linha temporal.

No que concerne às memórias autobiográficas de valência emocional negativa inseridas nas categorias, verificámos que a prevalência das categorias se encontra relacionada com a morte dos pais, morte do companheiro e perda afectiva, o que nos indica novamente, que a evocação das memórias autobiográficas, apesar de possuírem uma valência emocional negativa, se encontram relacionadas com o *self* e com a sua manutenção, sendo emocionalmente relevantes para o indivíduo.

Por último ao analisarmos as categorias que ressaltam em palavras-estímulo de valência emocional neutra, verificamos que não existem categorias que surjam com maior frequência, ainda que, os sujeitos tenham evocado memórias autobiográficas de valência emocional positiva e negativa perante palavras-estímulo de valência neutra. Uma possível explicação, para a predominância da existência de memórias autobiográficas de valência emocional neutra inseridas nas categoria “outras”, pode estar relacionada com o facto de as palavras-estímulo neutras, não possuírem um significado emocional, que remeta o sujeito para um período signficante da sua vida, ou para uma memória que contribuía para a formação e manutenção do *self*. Tal como nas categorias existentes, as memórias autobiográficas de valência emocional neutra, surgem em menor número, comparativamente com as memórias autobiográficas de valência emocional negativa e positiva, que possibilitam ao sujeito manter uma continuidade temporal e um *self* coeso e estruturado.

Assim, a análise de conteúdo das memórias autobiográficas é relevante no sentido, em que nos permite aceder aos conteúdos que a pessoa indica como mais relevantes e ao significado que esta lhes confere. Os conteúdos das memórias autobiográficas não têm sido alvo preferencial de investigação, pelo que se pretende com este trabalho, e com futuras investigações, a criação de uma base referencial da tipologia de acontecimentos evocados de forma a entender se esses acontecimentos fulcrais na vida do sujeito, quer de valência emocional positiva, quer de valência emocional negativa são passíveis de processo terapêutico, de forma a reforçar os acontecimentos de valência emocional positiva, nomeadamente os específicos, como factor de protecção contra a depressão, bem como, a

desconstrução dos processos cognitivos referentes a acontecimentos de valência emocional negativa, que no caso da depressão levam a processos ruminativos.

Em suma, o processo de categorização dos acontecimentos de vida dos sujeitos, permite uma linha condutora, que seja comum a todos os participantes e em que se verifica o efeito da centralidade de evento¹. Assim, a categorização de acontecimentos possibilita a correlação com outras variáveis, nomeadamente com as valências emocionais das palavras-estímulo, que, a análise caso a caso não permitiria, pela perda de conteúdo.

¹ Centralidade evento – A intensidade da valência emocional atribuída à memória autobiográfica, ou ao acontecimento, define, se esse desempenha um papel central ou não, na história de vida do sujeito (Scherman, Salgado, Shao, & Berntsen, 2014).

Conclusão

A depressão torna-se, cada vez mais, um problema emergente na nossa sociedade. O diagnóstico errado e a intervenção mal adequada e demorada, leva a um consumo excessivo de psicofármacos para o possível tratamento da doença (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005), relegando por completo a psicoterapia enquanto tratamento. No caso dos idosos, a exclusão, o isolamento social e a ausência de factores protectores, torna esta faixa etária mais vulnerável à depressão (INE, 2002).

A depressão, apesar das suas diferentes manifestações e de variar de sujeito para sujeito, acarreta para o individuo um grande sofrimento psíquico que por vezes excede a capacidade ou competência do indivíduo em tolerar esse mesmo sofrimento. Para além das suas repercussões fisiológicas, nomeadamente ao nível do sono, alimentação e perda de energia, existem alterações emocionais, alterações de comportamento e alterações cognitivas. As alterações cognitivas, no caso dos sujeitos deprimidos, prendem-se com esquemas depressogénicos em que o indivíduo focaliza a sua atenção nos estímulos de valência negativa das diversas situações, o que leva a um reforço desse esquema por parte do sujeito, que o activa em situações semelhantes. Este esquema depressogénico torna-se a base de como a informação é percebida, produzindo cognições distorcidas. Também, Teasdale (1988) propôs que a vulnerabilidade à depressão está relacionada com o grau com que os processos cognitivos mal adaptados são activados durante o estado depressivo.

Por sua vez Cláudio (2004), ao relacionar a depressão e as memórias autobiográficas, verificou que o enviesamento das memórias autobiográficas, que consiste num aumento de memórias autobiográficas de valência emocional negativa, é fundamental na génese e na manutenção da depressão, tendo em conta que o ciclo depressivo é reforçado. Neste caso, quanto maior a severidade da depressão, maior será a probabilidade da evocação mnésica ser influenciada no sentido negativo, ou seja, de existir uma maior evocação de memórias autobiográficas de valência negativa (Clark, Beck, & Alford, 1999). No entanto, no que diz respeito à especificidade da memória autobiográfica, a generalização da evocação das memórias autobiográficas, foi considerada uma característica da depressão (Brittlebank et al., 1993). Esta generalização da evocação, consiste em falhas nos processos de codificação, que leva a que o sujeito tenha dificuldades em evocar acontecimentos específicos, tendo desta forma, o sujeito deprimido, tendência a focar-se nos aspectos afectivos negativos das suas experiências codificando preferencialmente esses aspectos negativos nas suas memórias (Morre et al, 1988).

Os resultados da nossa amostra, não se enquadram na literatura, na medida em que tentamos perceber se os sujeitos Com Sintomatologia Depressiva iriam evocar menos memórias autobiográficas do que o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e o mesmo não se verificou. Os resultados indicam que o grupo Com Sintomatologia Depressiva evocou em média, um maior número de memórias autobiográficas específicas. Tentámos também perceber se o grupo Sem Sintomatologia Depressiva iria evocar menos memórias autobiográficas específicas de valência emocional positiva em comparação com o grupo Sem Sintomatologia Depressiva e também esta hipótese não foi verificada. Propusemos como explicação para ambas as hipóteses não se verificarem, o baixo grau de severidade da depressão, tendo em conta que na nossa amostra, treze pessoas apresentam sintomatologia depressiva, e apenas uma apresenta severidade moderada, apresentando as restantes doze severidade ligeira. Apesar de a sintomatologia depressiva estar presente, pode ainda não estar a comprometer o funcionamento cognitivo dos indivíduos devido ao seu baixo grau.

A literatura aponta também para o facto de a depressão comprometer a velocidade do processamento da informação, pelo que surgiu a nossa terceira hipótese e tentámos verificar se os sujeitos Com Sintomatologia Depressiva teriam um tempo de latência médio superior em comparação com o grupo Sem Sintomatologia Depressiva. Também esta hipótese não se verificou e mais uma vez propusemos como explicação o baixo grau de sintomatologia depressiva presente não comprometer, ainda, os recursos cognitivos do sujeito, nomeadamente, a velocidade de processamento, pelo que não encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, tendo o grupo Com Sintomatologia Depressiva apresentado um tempo médio de latência inferior, comparativamente ao grupo Sem Sintomatologia Depressiva. Para além do baixo grau de sintomatologia depressiva, colocamos ainda como hipótese uma comorbidade ansiosa nos sujeitos deprimidos que inviabilize esta hipótese. Dado que os sujeitos ansiosos apresentam tempos de latência inferiores aos sujeitos sem alteração psicopatológica e os sujeitos deprimidos apresentam tempos de latência superiores aos indivíduos sem alteração psicopatológica, a existência de uma comorbidade ansiosa nos sujeitos deprimidos pode levar a que ambas as velocidades de processamento divergentes se anulem mutuamente, resultando na ausência de diferenças significativas entre os grupos.

Por último, a sobregeneralização das memórias autobiográficas foi considerada como uma característica da depressão, desta forma, tentámos entender se o grupo Com Sintomatologia Depressiva iria evocar mais memórias autobiográficas categóricas com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa, dado que a literatura aponta para

o facto de quando é pedido aos sujeitos Com Sintomatologia Depressiva que evoquem memórias autobiográficas específicas com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa, os mesmos tendem a evocar memórias autobiográficas categóricas ou alargadas, apontando para o efeito de sobregeneralização. A nossa hipótese também não se confirmou e verificámos que o grupo Com Sintomatologia Depressiva evocou, em média, mais memórias autobiográficas específicas com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa, seguidamente de memórias autobiográficas alargadas e por último memórias autobiográficas categóricas. Estudos realizados neste campo indicam que a depressão compromete a capacidade de memória de trabalho quando a realização da tarefa de memórias autobiográficas (Birch & Davidson, 2007; Williams, 2004) através e cognições intrusivas e ruminações. No entanto, na nossa amostra este efeito não se verificou e foi colocado como hipótese, o facto da severidade ligeira da depressão ainda não estar a comprometer a memória do trabalho, pelo que existe uma conservação da mesma, não levando o grupo Com Sintomatologia Depressiva a evocar memórias autobiográficas categóricas em maior número.

A lacuna de estudos qualitativos relativamente à tarefa de memórias autobiográficas, conduziu-nos a uma análise a título exploratório e verificamos que a nível global da amostra, existiu uma maior facilidade em englobar as memórias autobiográficas dos sujeitos, em categorias existentes pelas valências emocionais, negativas, positivas e neutras respectivamente. Contudo, constatámos que vários acontecimentos de vida dos sujeitos não se inseriam nas categorias existentes, pelo que foram categorizadas como “outras”. Assim, quando existiram no mínimo 4 acontecimentos semelhantes foi criada uma nova categoria (Thomsen & Berntsen, 2008), pelo que obtivemos duas novas categorias, uma delas surgiu na palavra-estímulo “Mentira”, de valência emocional negativa, e foi denominada de “Traquinices”, pois era referente a brincadeiras que os sujeitos tinham enquanto crianças. Outra das categorias surgiu na palavra-estímulo “Dor”, também de valência emocional negativa e foi denominada de “Morte de Familiares”, pois era referente a mortes dentro do agregado familiar, mas não referente aos pais, mas sim a avós e sogros. Uma possível explicação para este efeito se verificar, foi o facto de nas categorias existentes, os sujeitos evocarem mais memórias autobiográficas de valência emocional positiva e negativa por serem memórias emocionalmente relevantes para o *self*, menos memórias de valência emocional neutra, por não existir uma valência emocional associada, logo, não serem relevantes para o *self*.

No caso da categoria “Outras”, verificámos que ressaltaram sobretudo nas palavras-estímulo de valência emocional neutra, precisamente por não terem uma valência emocional associada, poderem ter diferentes significados para os diferentes indivíduos, enquanto que, nas categorias existentes, com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa, os indivíduos ressaltaram acontecimentos de vida muito semelhantes, pelo que segue a mesma direcção que os *scripts* de vida.

Contudo, ao longo deste estudo deparamo-nos com algumas limitações. Ao nível da amostra, no caso do grupo Com Sintomatologia Depressiva a existência de uma severidade ligeira, parece ser a explicação predominante para a infirmação das hipóteses, para além disso, a severidade da depressão foi avaliada por um questionário de auto-preenchimento, não existindo um diagnóstico clínico de depressão. Foi notória também uma exaustão por parte dos participantes no que se refere ao preenchimento do protocolo, tendo alguns dos possíveis participantes recusado a participação no estudo pela extensividade do mesmo. O mesmo se verificou na tarefa de memórias autobiográficas, em que os participantes demonstraram algum cansaço e fizeram alguns comentários, nomeadamente: “ainda faltam muitas?” (sic); “Nunca mais acaba?” (sic) ou até mesmo após o término da tarefa: “Estava a ver que nunca mais acabava.” (sic). Para além do cansaço e da exaustão, foi também sentida alguma dificuldade por parte dos participantes em entender o que lhes era solicitado, nomeadamente no Questionário de Esquemas de Young (YSQ), não só pela sua dimensão, mas também por a escala de resposta ser diferente.

A nível de estudos futuros, sugerimos que seja feita uma alteração ao protocolo, nomeadamente ao nível do Questionário de Esquemas de Young (YSQ), em que se proceda a uma versão reduzida do mesmo, pelo facto de provocar uma exaustão na pessoa, principalmente nos idosos. Também na tarefa de memórias autobiográficas, sugerimos que seja revista, para os idosos e que se proceda a uma redução da mesma, por provocar uma exaustão no sujeito. No que concerne ao procedimento de validação de acontecimento/ não acontecimento, sugerimos uma reavaliação neste campo, para que em estudos futuros, seja possível a contabilização de acontecimentos através de datação indirecta. Na nossa amostra existiu um elevado número de não acontecimentos, devido às pessoas não os datarem concretamente, por exemplo: “Há três anos; há um mês; há dois dias.” Mas utilizarem muitas vezes a datação indirecta, nomeadamente: “quando andava na escola primária; quando terminei o liceu.” Esta datação impossibilitou a contagem de mais acontecimentos, pelo que sugerimos uma reavaliação neste campo. No caso do Inventário de Depressão de Beck, apesar de se verificar uma boa consistência interna da escala, sugerimos que para a população idosa,

se utilize um instrumento que avalie a depressão precisamente para essa faixa etária, que seja mais sensível às condições da mesma.

Sugerimos, também, que estudos futuros sobre estes domínios tenham como alvo uma população clínica, para melhor entender as diferenças entre os grupos, nomeadamente, com um diagnóstico clínico de depressão, em que seja possível a análise dos diferentes graus de severidade de depressão. Também neste aspecto de comparação entre grupos, sugerimos que seja feita uma comparação de indivíduos que preencham os critérios de avaliação da MoCA e os que não preencham, ou seja os que tenham acima de 22 pontos e os que não atinjam este valor, de modo a verificar se existem diferenças no que concerne às memórias autobiográficas e ao comprometimento cognitivo, se existem desempenhos diferentes ou não, tendo em conta que a nossa amostra foi apenas constituída por sujeitos que não apresentaram comprometimento cognitivo.

A análise qualitativa das memórias autobiográficas foi realizada a título exploratório. Contudo, devido à reduzida dimensão da nossa amostra, a análise foi feita para a amostra em geral, não discriminando os grupos Com Sintomatologia Depressiva e Sem Sintomatologia Depressiva, para que não existisse perda de conteúdo, pelo que recomendamos que o mesmo seja feito em estudos futuros, para verificar se existe uma diferença nas categorias entre os sujeitos que apresentam sintomatologia depressiva e os sujeitos que não apresentam sintomatologia depressiva. Seria também relevante realizar uma análise de conteúdo referente aos não acontecimentos, tendo em conta que apesar de não existir uma datação, se verifica conteúdo e apresentam também valências emocionais, podendo surgir categorias diferentes.

Concluindo, o estudo da depressão nos idosos é de extrema relevância, pelo que se deve prosseguir a investigação nesta área, tendo em conta que se trata de uma situação cada vez mais presente. A depressão continua, quer nos idosos, quer na população em geral no nosso país, a ser mal diagnosticada e a sua intervenção não é feita de forma antecipada e adequada (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005), pelo que os estudos futuros devem enveredar nesse sentido, de forma a garantir aos idosos um envelhecimento saudável e digno e um apoio psicológico presente e adequado.

Referências

- Addis, D. R., & Tippet, L. J. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12(1), 56.
- Addis, D. R., Wong, A. T., & Schacter, D. L. (2008). Age-Related Changes in the Episodic Simulation of Future Events. *Psychological Science (Sage Publications Inc.)*, 19(1), 33-41. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02043.x
- Afonso, R., & Belén, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Reminiscence with different types of autobiographical memories: Effects on the reduction of depressive symptomatology in old age.*, 22(2), 213-220.
- Aurélio, J., & Cláudio, V. (2009). Congruência de humor em memórias autobiográficas de infância de indivíduos com depressão. *Análise Psicológica*, 2 (18): 159-173.
- Barlow, D. H., and Durand, V. M. 2008. *Abnormal Psychology: An Integrated Approach*. Belmont, Calif.: Wadsworth Publishing.
- Barsalou, L. W. (1988). The content and organization of autobiographical memories. In U. Neisser & E. Winograd (Eds.), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory*. (pp. 193-243). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619. doi:10.1177/2167702616628523
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5

- Beck, A.T., Ward, C.M., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. Tradução e adaptação por Victor Cláudio (1990).
- Berna, F., Schönknecht, P., Seidl, U., Toro, P., & Schröder, J. (2012). Episodic autobiographical memory in normal aging and mild cognitive impairment: A population-based study. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 807-812. doi:10.1016/j.psychres.2012.03.022
- Birch, L. S., & Davidson, K. M. (2007). Specificity of autobiographical memory in depressed older adults and its relationship with working memory and IQ. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 175-186. doi:10.1348/014466506X119944
- Bluck, S., & Levine, L., J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst of reminiscence theory development. *Ageing & Society*, 18, 185-208.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. C. (2005). A Tale of Three Functions: The Self-Reported Uses of Autobiographical Memory. *Social Cognition*, 23(1), 91-117. doi:10.1521/soco.23.1.91.59198
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Ageing & Mental Health*, 9(4), 302-304. doi:10.1080/13607860500089567
- Brewer, W. F. (1986). What is autobiographical memory? In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory*. (pp. 25-49). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *The British Journal of Psychiatry*, 162, 118-121. doi:10.1192/bjp.162.1.118
- Carrilho, M., (2014). A Situação Demográfica recente em Portugal. *Instituto Nacional de Estatística*, I.P., 55 (4).
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181. doi:10.1037/0003-066X.54.3.165

- Chessell, Z. J., Rathbone, C. J., Souchay, C., Charlesworth, L., & Moulin, C. J. A. (2014). Autobiographical memory, past and future events, and self-images in younger and older adults. *Self and Identity*, 13(4), 380-397. doi:10.1080/15298868.2013.836132
- Cheung, H.N., & Power, M.J. (2012). The development of a New Multidimensional Depression Assessment Scale: Preliminary results. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 170-178.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Cláudio, V. (2004). *Da trama das minhas memórias o fio que tece a depressão: Esquecimento dirigido e memória autobiográfica na depressão major*. Lisboa: ISPA.
- Cláudio, V. (2009). Domínio de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII): 143-157.
- Comblain, C., D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2005). PHENOMENAL CHARACTERISTICS OF AUTOBIOGRAPHICAL MEMORIES FOR EMOTIONAL AND NEUTRAL EVENTS IN OLDER AND YOUNGER ADULTS. *Experimental Aging Research*, 31(2), 173-189. doi:10.1080/03610730590915010
- Conway, M., & Tacchi, P. (1996). Motivated confabulation. *Neurocase*, 2(4), 325-339.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the Self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594-628.
- Conway, M. A., & Fthenaki, A. (2000). Disruption and loss of autobiographical memory. In L. S. Cermak (Ed.), *Handbook of neuropsychology, 2nd ed.: Vol 2: Memory and its disorders*. (pp. 281-312). Amsterdam, Netherlands: Elsevier Science Publishers B.V.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288. doi:10.1037/0033-295X.107.2.261
- Conway, M. A., & Rubin, D. C. (1993). The structure of autobiographical memory. In A. F. Collins, S. E. Gathercole, M. A. Conway, & P. E. Morris (Eds.), *Theories of memory*. (pp. 103-137). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social Cognition*, 22(5), 491-529. doi:10.1521/soco.22.5.491.50768
- Craik, F. I., Morris, L. W., Morris, R. G., & Loewen, E. R. (1990). Relations between source amnesia and frontal lobe functioning in older adults. *Psychology and Aging*, 5(1), 148-151. doi:10.1037/0882-7974.5.1.148
- Dalglish, T., & Werner-Seidler, A. (2014). Disruptions in autobiographical memory processing in depression and the emergence of memory therapeutics. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(11), 596-604. doi:10.1016/j.tics.2014.06.010
- Damasio, A. (2003). Feelings of Emotion and the Self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001(1), 253-261.
- Dijkstra, K., & Kaup, B. (2005). Mechanisms of autobiographical memory retrieval in younger and older adults. *Memory & Cognition*, 33(5), 811-820.
- Dutra, T. G., Kurtinaitis, L. d. C. L., Cantilino, A., Vasconcelos, M. C. S. d., Hazin, I., & Sougey, E. B. (2012). [Overgeneral autobiographical memory in depressive disorders]. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 34(2), 73-79.
- Figueira, A. (2010). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184. doi:10.1037/0882-7974.2.2.171
- Ford, J. H., Rubin, D. C., & Giovanello, K. S. (2014). Effects of task instruction on autobiographical memory specificity in young and older adults. *Memory*, 22(6), 722-736. doi:10.1080/09658211.2013.820325
- Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2012). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Validation Study for Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 21(1), 37-43.

- Gleitman, H. (1990). Memória. In H. Gleitman (Eds.), *Psicologia* (pp. 317-370). Lisboa: Fundação Calouste de Gulbenkian.
- Gorman, M. (2000) – *Development and the rights of older people*. In J. Randel, T. German & D. Ewing. The ageing and development report 1999: Poverty, independence and the world's older people. Londres: Earthscan Publications.
- Greer, T. L., & Hatt, C. R. (2016). Implications of cognitive impairments on functional outcomes in major depressive disorder. In R. S. McIntyre (Ed.), *Cognitive impairment in major depressive disorder: Clinical relevance, biological substrates, and treatment opportunities*. (pp. 125-143). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Götestam Skorpen, C., & Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12(4), 590-599. doi:10.1037/0882-7974.12.4.590
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa. *Acta Méd Port* 2005; 18: 129-146
- Heidenreich, T., Junghanns-Royack, K., & Stangier, U. (2007). Specificity of autobiographical memory in social phobia and major depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 19-33. doi:10.1348/014466506X106218
- Howe, M. L., & Courage, M. L. (1997). The emergence and early development of autobiographical memory. *Psychological Review*, 104(3), 499-523. doi:10.1037/0033-295X.104.3.499
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socio-Económica recente das pessoas idosas. Lisboa: *Instituto Nacional de Estatística*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Revista de Estudos Demográficos*, 55. Lisboa.
- Kennedy, Q., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2004). The Role of Motivation in the Age-Related Positivity Effect in Autobiographical Memory. *Psychological Science*, 15(3), 208-214. doi:10.1111/j.0956-7976.2004.01503011.x

- Kessinger, E. A. (2012). Emotion-memory interactions in older adulthood. In M. Naveh-Benjamin E N. Ohta. (Eds.), *Memory and aging: Current issues an future directions* (pp.215-243). New York, NY: Psychology Press.
- Knowlton, B. J. (1998). The relationship between remembering and knowing: A cognitive neuroscience perspective. *Acta Psychologica*, 98(2-3), 253-265. doi:10.1016/S0001-6918(97)00045-0
- Lalanne, J., Gallarda, T., & Piolino, P. (2015). "The Castle of Remembrance": New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(2), 254-282. doi:10.1080/09602011.2014.949276
- Latorre, J. M., Ricarte, J. J., Serrano, J. P., Ros, L., Navarro, B., & Aguilar, M. J. (2013). Performance in Autobiographical Memory of older adults with depression symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 27(2), 167-172. doi:10.1002/acp.2891
- Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2009). Anxiety disorders. In D. G. Blazer & D. C. Steffens (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of geriatric psychiatry (4th ed.)*. (pp. 333-345). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J. F., Winocur, G., & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17(4), 677-689. doi:10.1037/0882-7974.17.4.677
- Levy, E. A., & Mineka, S. (1998a). Anxiety and Mood-congruent Autobiographical Memory: A Conceptual Failure to Replicate. *Cognition & Emotion*, 12(5), 625-634. doi:10.1080/026999398379475
- Levy, E. A., & Mineka, S. (1998b). Anxiety and Mood-congruent Autobiographical Memory: A Conceptual Failure to Replicate. *Cognition & Emotion*, 12(5), 625-634. doi:10.1080/026999398379475
- Lieberman, D. A. (2012). *Human Learning and Memory*: Cambridge University Press.

- Linton, M. (1986). Ways of searching and the contents of memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory*. (pp. 50-67). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Markus, H., & Ruvolo, A. (1989). Possible selves: Personalized representations of goals. In L. A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology*. (pp. 211-241). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Martinelli, P., & Piolino, P. (2009a). [Self-defining memories: last episodic memories bastion in normal aging?]. *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 7(3), 151-167. doi:10.1684/pnv.2009.0178
- Martinelli, P., & Piolino, P. (2009b). [Self-defining memories: last episodic memories bastion in normal aging?]. *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 7(3), 151-167. doi:10.1684/pnv.2009.0178
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(10), 496-502. doi:10.1016/j.tics.2005.08.005
- McAdams, D. P. (1996). Personality, Modernity, and the Storied Self: A Contemporary Framework for Studying Persons. *Psychological Inquiry*, 7(4), 295.
- McClelland, J. L., McNaughton, B. L., & O'Reilly, R. C. (1995). Why there are complementary learning systems in the hippocampus and neocortex: Insights from the successes and failures of connectionist models of learning and memory. *Psychological Review*, 102(3), 419-457. doi:10.1037/0033-295X.102.3.419
- Michaelian, K. (2015). Opening the doors of memory: Is declarative memory a natural kind? *WIREs Cognitive Science*, 6(6), 475-482. doi:10.1002/wcs.1364
- Mitchell, D. B. (1989). How many memory systems? Evidence from aging. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 15(1), 31-49. doi:10.1037/0278-7393.15.1.31

- Moore, R. G., Watts, F. N., & Williams, J. M. (1988). The specificity of personal memories in depression. *The British Journal Of Clinical Psychology / The British Psychological Society*, 27, 275-276.
- Moscovitch, M. (1995). Recovered consciousness: A hypothesis concerning modularity and episodic memory. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17(2), 276-290. doi:10.1080/01688639508405123
- Moscovitch, M., & Winocur, G. (1992). The neuropsychology of memory and aging. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition*. (pp. 315-372). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Nascimento, J. M. S. d., & Pergher, G. K. (2011). Memória autobiográfica e depressão: um estudo correlacional com amostra clínica. *AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY AND DEPRESSION: A CORRELATIONAL STUDY WITH CLINICAL SAMPLE.*, 13(2), 142-153.
- O'Donnell, R. M., & Kaszniak, A. W. (2011). Charting Late-Life Affective Disorders. *Generations*, 35(2), 46-57.
- Philippot, P., & Schaefer, A. (2001). Emotion and memory. In T. J. Mayne & G. A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions*. (pp. 82-122). New York, NY, US: Guilford Press.
- Pillemer, D. B. (2003). Directive functions of autobiographical memory: The guiding power of the specific episode. *Memory*, 11(2), 193.
- Piolino, P., Coste, C., Martinelli, P., Macé, A.-L., Quinette, P., Guillery-Girard, B., & Belleville, S. (2010). Reduced specificity of autobiographical memory and aging: Do the executive and feature binding functions of working memory have a role? *Neuropsychologia*, 48(2), 429-440. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.035
- Piolino, P., Desgranges, B., Benali, K., & Eustache, F. (2002). Episodic and semantic remote autobiographical memory in ageing. *Memory*, 10(4), 239-257. doi:10.1080/09658210143000353

- Prebble, S. C., Addis, D. R., & Tippet, L. J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin*, 139(4), 815-840. doi:10.1037/a0030146
- Rathbone, C. J., Moulin, C. J. A., & Conway, M. A. (2008). Self-centered memories: The reminiscence bump and the self. *Memory & Cognition*, 36(8), 1403-1414. doi:10.3758/MC.36.8.1403
- Ray, R. D., McRae, K., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2010). Cognitive reappraisal of negative affect: Converging evidence from EMG and self-report. *Emotion*, 10(4), 587-592. doi:10.1037/a0019015
- Reinlieb, M., Ercoli, L. M., Siddarth, P., St Cyr, N., & Lavretsky, H. (2014). The patterns of cognitive and functional impairment in amnesic and non-amnesic mild cognitive impairment in geriatric depression. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry: Official Journal Of The American Association For Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1487-1495. doi:10.1016/j.jagp.2013.10.010
- Ribeiro, J., (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo Editora Lda. 2ª Edição.
- Robinson, J. A. (1986). Autobiographical memory: A historical prologue. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory*. (pp. 19-24). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Ros, L., Latorre, J. M., & Serrano, J. P. (2010). Working memory capacity and overgeneral autobiographical memory in young and older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 17(1), 89-107. doi:10.1080/13825580903042650
- Rubin, D. C. (1986). *Autobiographical memory*. New York: Cambridge University Press.
- Rubin, D. C. (2005). A Basic-Systems Approach to Autobiographical Memory. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 79-83. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00339.x
- Rubin, D. C., & Rahhal, T. A. (1998). Things learned in early adulthood are remembered best. *Memory & Cognition*, 26(1), 3.

- Rubin, D. C., Wetzler, S. E., & Nebes, R. D. (1986). Autobiographical memory across the lifespan. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory*. (pp. 202-221). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201.
- Schaefer, A., & Philippot, P. (2005). Selective effects of emotion on the phenomenal characteristics of autobiographical memories. *Memory*, 13(2), 148-160. doi:10.1080/09658210344000648
- Schank, R. C. (1999). *Dynamic memory revisited*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Scherman, A. Z., Salgado, S., Shao, Z., & Berntsen, D. (2014). Event centrality of positive and negative autobiographical memories to identity and life story across cultures. *Memory*. doi:10.1080/09658211.2014.962997
- Schlagman, S., Schulz, J., & Kvavilashvili, L. (2006). A content analysis of involuntary autobiographical memories: Examining the positivity effect in old age. *Memory*, 14(2), 161-175. doi:10.1080/09658210544000024
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 272-277. doi:10.1037/0882-7974.19.2.272
- Serrão, D. (2006). Seniores: um novo estrato social. In Paula Frassinetti (Ed.) *Intervenção social. Saberes e contextos*. Porto: Escola Superior de Educação Porto, pp. 129-137.
- Sheline, Y. I., Barch, D. M., Garcia, K., Gersing, K., Pieper, C., Welsh-Bohmer, K., Doraiswamy, P. M. (2006). Cognitive Function in Late Life Depression: Relationships to Depression Severity, Cerebrovascular Risk Factors and Processing Speed. *Biological Psychiatry*, 60(1), 58-65. doi:10.1016/j.biopsych.2005.09.019
- Silvestre, D. (2015). *A relação entre a sintomatologia depressiva e a evocação de memórias autobiográficas nos idosos*. Lisboa: ISPA. Dissertação de mestrado.

- Singer, J. A. (1995). Seeing One's Self: Locating Narrative Memory in a Framework of Personality. *Journal of Personality*, 63(3), 429-457. doi:10.1111/1467-6494.ep9510042301
- Spencer, W. D., & Raz, N. (1995). Differential effects of aging on memory for content and context: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 10(4), 527-539. doi:10.1037/0882-7974.10.4.527
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., and Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Söderlund, H., Moscovitch, M., Kumar, N., Daskalakis, Z. J., Flint, A., Herrmann, N., & Levine, B. (2014). Autobiographical episodic memory in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 51-60. doi:10.1037/a0035610.1037/a0035610.supp (Supplemental)
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2(3), 247-274. doi:10.1080/02699938808410927
- Thomsen, D. K. (2009). There is more to life stories than memories. *Memory*, 17(4), 445-457. doi:10.1080/09658210902740878
- Thomsen, D. & Berntsen, D. (2008). The cultural life script and life story chapters contribute to the reminiscence bump. *Memory*, 16, 420-436.
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 26(1), 1-12. doi:10.1037/h0080017
- Tulving, E. (2002). EPISODIC MEMORY: From Mind to Brain. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 1.
- Werner-Seidler, A., & Moulds, M. L. (2011). Autobiographical memory characteristics in depression vulnerability: Formerly depressed individuals recall less vivid positive memories. *Cognition & Emotion*, 25(6), 1087-1103. doi:10.1080/02699931.2010.531007

- Westerhof, G., J., Bohlmeijer, E., & Webster, J., D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30, 697-721.
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121(3), 331-354. doi:10.1037/0033-2909.121.3.331
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. (pp. 244-267). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G. (1996). Memory processes in psychotherapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. (pp. 97-113). New York, NY, US: Guilford Press.
- Williams, J. M. G. (2004). Experimental cognitive psychology and clinical practice: Autobiographical memory as a paradigm case. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions*. (pp. 251-269). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148. doi:10.1037/0033-2909.133.1.122
- Witheridge, K. S., Cabral, C. M., & Rector, N. A. (2010). Examining Autobiographical Memory Content in Patients with Depression and Anxiety Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(4), 302-310. doi:10.1080/16506073.2010.520730
- Woike, B. A. (2008). A Functional Framework for the Influence of Implicit and Explicit Motives on Autobiographical Memory. *Personality & Social Psychology Review (Sage Publications Inc.)*, 12(2), 99-117. doi:10.1177/1088868308315701
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive.

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado



Consentimento Informado

O presente trabalho de investigação, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, orientado pelo Prof. Doutor Victor Cláudio, do Instituto Universitário das Ciências, Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA-IU), tendo como principal objectivo a recolha de entrevistas que relatem acontecimentos de vida do participante.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, recolher alguns dados, bem como, proceder à gravação da entrevista, sendo esta confidencial, e apenas para uso académico.

Será necessário preencher alguns questionários, pelo que deve ser rigoroso ao preenchê-lo, não deixando nenhum item em branco, não existindo respostas certas ou erradas.

É ainda importante referir, que este estudo não trará qualquer despesa ou risco ao participante, bem como, que o mesmo poderá desistir do estudo se assim o pretender, sendo a participação voluntária, não tendo, a desistência, consequências para o mesmo.

Desta forma, ao assinar este consentimento, implica que leu e compreendeu as informações prestadas, em caso de dúvidas relativamente ao estudo poderá questionar pessoalmente, ou via e-mail (patricia_henrique12@hotmail.com).

Grata pela atenção.

Patrícia Henrique

O Participante

Anexo B – Questionário Sócio-Demográfico

Questionário Sócio-Demográfico

Sexo:

Masculino

☐

Feminino

☐

Idade: _____

Indique quais as suas habilitações literárias completas:

1º, 2º, 3º ou 4º ano (antiga instrução primária/ actual 1º ciclo

☐

5º ou 6º ano (antigo ciclo preparatório/ actual 2º ciclo

☐

7º, 8º, ou 9º ano (antigo 3º, 4º e 5º liceal/ actual 3º ciclo

☐

10º, 11º ou 12º ano (antigo 6º e 7º liceal / ano propedêutico / actual ensino secundário)

☐

Bacharelato (Pré-Bolonha) / Licenciatura (Bolonha)

☐

Licenciatura (Pré-Bolonha) / Mestrado (Bolonha)

☐

Doutoramento

☐

1. Indique por favor a sua situação profissional _____

2. Pratica alguma actividade em grupo? Se sim, qual? _____

Sim

Não

3. Toma ou já tomou medicamentos Psicofarmacológicos?

3.1 Se sim, quais e há quanto tempo? _____

4. Tem apoio psicoterapêutico ou já teve psicoterapêutico? Se sim, há quanto tempo?

Anexo C – Montreal Cognitive Assessment

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL

Nome: _____ Idade: _____

Gênero: _____ Data de Nascimento: _____

Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)		Pontos
[]		[]	[]	[]	[]	___/5
NOMEAÇÃO						
[]		[]		[]		___/3
MEMÓRIA						
Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.		Boca		Linho		Sem Pontuação
1º ensaio						
2º ensaio						
ATENÇÃO						
Leia a sequência de números. (1 número/segundo)		O sujeito deve repetir a sequência. [] 2 1 8 5 4				___/2
		O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [] 7 4 2				
Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros						
		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAAB				___/1
Subtrair de 7 em 7 começando em 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65						
		4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos				___/3
LINGUAGEM						
Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. []		O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala. []				___/2
Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)						
						___/1
ABSTRACÇÃO						
Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta []		comboio - bicicleta []		relógio - régua		___/2
EVOCAÇÃO DIFERIDA						
Deve recordar as palavras SEM PISTAS		Boca		Linho		Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
		[]		[]		
Opcional		Pista de categoria		[]		
		Pista de escolha múltipla		[]		
ORIENTAÇÃO						
[] Dia do mês		[] Mês		[] Ano		___/6
		[] Dia da semana		[] Lugar		
				[] Localidade		
© Z.Nasreddine MD						Examinador: _____
Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1</i> . Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.						TOTAL ___/30

Anexo D – Inventário de Depressão de Beck (BDI)

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961)

Tradução e Adaptação Victor Cláudio (1990)

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Sinto-me triste.
 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassado(a).
 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
 3 Sinto que sou um completo fracasso.

4. 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes.
 1 Não tenho satisfação com as coisas como costumava ter.
 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com coisa alguma.
 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6. 0 Não sinto que esteja a ser punido(a).
 1 Sinto que posso ser punido(a).
 2 Sinto que mereço ser punido(a).
 3 Sinto que estou a ser punido(a).

7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
3 Eu odeio-me.
8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
9. 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0 Não me irrito mais do que costumava.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões tão bem como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18. 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos. Sim ___ Não ___
20. 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão do ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Anexo E – STAI – Y-1 e Y-2

STAI Forma Y-1

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente agora**.

	NADA	Um POUCO	MODERADAMENTE	MUITO
1. Sinto-me calmo.	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
3. Estou tenso.	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado.	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças.	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado.	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável.	1	2	3	4
11. Sinto-me autoconfiante.	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.	1	2	3	4
13. Estou trémulo.	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.	1	2	3	4
15. Estou descontraído.	1	2	3	4
16. Sinto-me contente.	1	2	3	4
17. Estou preocupado.	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.	1	2	3	4
19. Sinto-me firme.	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.	1	2	3	4

STAI Forma Y-2

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica a forma **como se sente habitualmente**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase, responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente habitualmente**.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
1. Sinto-me bem.	1	2	3	4
2. Sinto-me nervoso e agitado.	1	2	3	4
3. Sinto-me satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
4. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser.	1	2	3	4
5. Sinto-me falhado.	1	2	3	4
6. Sinto-me tranquilo.	1	2	3	4
7. Estou "calmo, fresco e concentrado".	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar.	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.	1	2	3	4
10. Estou feliz.	1	2	3	4
11. Tenho pensamentos que me perturbam.	1	2	3	4
12. Falta-me autoconfiança.	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
14. Tomo decisões facilmente.	1	2	3	4
15. Sinto-me inadequado.	1	2	3	4
16. Estou contente.	1	2	3	4
17. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam.	1	2	3	4
18. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente.	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa firme.	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais.	1	2	3	4

Anexo F - Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD)

Nº: _____

DATA: ____ / ____ / ____

NEMD

Instruções: Este questionário contém uma série de itens acerca de como se tem estado a sentir recentemente. Por favor leia cada item cuidadosamente e faça um círculo à volta do número que melhor descreve os seus sentimentos durante as últimas duas semanas, incluindo o dia de hoje, desde o 1= nunca ao 5= sempre.

Items					
Com que frequência sente:	Nunca	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
1. Em baixo	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. (Estado de) Espírito em baixo	1	2	3	4	5
4. Melancolia	1	2	3	4	5
5. Humor Triste	1	2	3	4	5
6. Culpa	1	2	3	4	5
7. Infelicidade	1	2	3	4	5
8. Desanimado(a)	1	2	3	4	5
9. Humor irritável	1	2	3	4	5
10. Mau humor	1	2	3	4	5
11. Vergonha	1	2	3	4	5
12. Ansiedade	1	2	3	4	5
13. (Sentimentos) de falta de esperança	1	2	3	4	5
14. Perda de interesse	1	2	3	4	5
15. Falta de prazer	1	2	3	4	5
16. O futuro parece negro	1	2	3	4	5
17. Sem valor	1	2	3	4	5
18. Fraca concentração	1	2	3	4	5
19. Auto-culpa	1	2	3	4	5
20. A vida parece sem sentido	1	2	3	4	5
21. Um fracasso	1	2	3	4	5
22. Ruminações	1	2	3	4	5
23. Pensamentos de suicídio	1	2	3	4	5
24. Incapaz de tomar decisões	1	2	3	4	5
25. Baixa energia	1	2	3	4	5
26. Problemas de sono	1	2	3	4	5
27. Alterações do apetite	1	2	3	4	5

Com que frequência sente:	Nunca	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
28. Diminuição do desejo sexual	1	2	3	4	5
29. (Sentir-se) Lentificado	1	2	3	4	5
30. Fadiga	1	2	3	4	5
31. Alterações de peso	1	2	3	4	5
32. Chorar	1	2	3	4	5
33. Agitação	1	2	3	4	5
34. Lentidão de movimentos	1	2	3	4	5
35. Mais sensibilidade à dor	1	2	3	4	5
36. Problemas intestinais	1	2	3	4	5
37. Diminuição das actividades	1	2	3	4	5
38. Isolamento social	1	2	3	4	5
39. (Sentir-se) pior que os outros	1	2	3	4	5
40. (Sentir-se) um fardo para os outros	1	2	3	4	5
41. Evitamento social	1	2	3	4	5
42. (Sentir-se) pouco merecedor do cuidado das outras pessoas	1	2	3	4	5
43. Muito sensível a críticas	1	2	3	4	5
44. Sentir-se menos atraente que os outros	1	2	3	4	5
45. Sentir-se muito sensível em relação aos outros	1	2	3	4	5
46. Sentir-se desiludido com os outros	1	2	3	4	5
47. Incapaz de amar outros	1	2	3	4	5
48. Agressividade em relação a outros	1	2	3	4	5
49. Memória fraca	1	2	3	4	5
50. Incapaz de planear	1	2	3	4	5
51. Sentir-se desorganizado	1	2	3	4	5
52. Incapaz de cuidar de si próprio(a)	1	2	3	4	5

Anexo G – Questionário de Esquemas de Young (YSQ)

(YSQ)

Nº: _____

DATA: ____ / ____ / ____

INSTRUÇÕES

Estão indicadas a seguir algumas frases que podem ou não ajudar a pessoa na descrição de si mesma. Leia, por favor, cada uma delas e decida até que ponto se lhe ajusta e serve para o(a) descrever. Quando tiver dificuldade responda com base na emoção que sente e não no que racionalmente acredita ser ou não verdadeiro.

Se desejar, pode reescrever a frase por palavras suas de forma a ficar mais verdadeiro para o seu caso. Escolha de seguida, de 1 a 6 na escala de resposta, o grau que melhor descrever ao **longo da sua vida a sua forma mais habitual de ser** e coloque o número no espaço indicado pelo traço.

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

EXEMPLO:

Preocupo-me que as pessoas de quem eu gosto, não gostem de mim.

5

PRESTE ATENÇÃO POR FAVOR

Ao decidir se uma frase é característica da sua maneira habitual de encarar as coisas, lembre-se como você é a maior parte das vezes, isto é, a **sua maneira habitual** e não o seu estado de espírito de momento.

Porque as pessoas são diferentes **não há respostas certas ou erradas**. Procure responder de uma forma **verdadeira, rápida e espontânea** a cada questão.

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

A I

1. Não consigo fazer a minha vida sem ajuda dos outros ____
2. Preciso da ajuda das outras pessoas ____
3. Sinto que não consigo resolver os meus problemas sozinho ____
4. Acredito que os outros sabem melhor que eu tomar conta de mim ____
5. Preciso de orientação de outra pessoa sempre que tenho de lidar com uma situação nova ____
6. Vejo-me como uma pessoa dependente ____

A II

7. Não interfiro na maneira de ser das outras pessoas ____
8. Sinto que se fizer o que quero vou arranjar sarilhos ____
9. Sinto que não tenho outro remédio senão fazer a vontade aos outros ____
10. Ponho os interesses dos outros antes dos meus ____
11. Nas minhas relações com os outros deixo que estes me dominem ____
12. É-me difícil ser eu mesmo(a) quando estou com os outros ____
13. Na verdade não sei o que quero ____
14. Não posso mostrar-me zangado porque os outros não vão aceitar isso ou vão rejeitar-me ____
15. Sinto que as decisões importantes da minha vida não foram na realidade tomadas por mim ____
16. Pensar que posso deixar mal as pessoas ou que as posso desapontar faz-me sentir culpado ____
17. Dou mais aos outros do que recebo ____
18. Preocupo-me em agradar aos outros ____
19. Por vezes sinto crescer em mim raiva e ressentimento que não exprimo ____
20. Tenho imenso trabalho em conseguir que os meus sentimentos sejam tomados em consideração e os meus direitos respeitados ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

A III

21. Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer ____
22. Sinto que uma desgraça (natural, criminosa, financeira ou de saúde) pode atingir-me em qualquer momento ____
23. Tenho medo de me tornar um vadio ou um marginal ____
24. Tenho medo de ser atacado ____
25. Tenho muito cuidado com o dinheiro porque de outra maneira posso acabar na miséria ____
26. Tenho os maiores cuidados para evitar adoecer ou magoar-me ____
27. Preocupo-me em perder todo o dinheiro que tenho e ficar na miséria ____
28. Estou preocupado(a) com a ideia de ter uma doença grave apesar de o médico me ter dito que não tinha nada de grave ____
29. Sou uma pessoa medrosa ____
30. Prefiro jogar pelo seguro ou fazer as coisas da maneira habitual do que correr o risco do inesperado ____
31. Penso muito nas coisas más que acontecem no mundo: crime, poluição, violência ____

A IV

32. Tenho medo de perder o controlo sobre as minhas acções ____
33. Sinto com frequência que posso enlouquecer ____
34. Sinto com frequência que vou ter um ataque de ansiedade ____
35. Preocupa-me poder corar ou suar em frente de outras pessoas ____
36. Sinto-me muitas vezes à beira de gritar descontroladamente ____
37. Preocupa-me não ser capaz de resistir aos meus impulsos sexuais ____
38. Preocupa-me poder magoar física ou emocionalmente alguém no caso de não conseguir dominar a minha raiva (cólera) ____
39. Sinto que tenho de controlar as minhas emoções e impulsos porque senão alguma coisa de mal pode acontecer ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

L V

40. Não tenho ninguém que satisfaça as minhas necessidades ____
41. Não consigo amor e atenção suficientes ____
42. Não tenho ninguém em quem confiar para um conselho ou apoio emocional ____
43. Não tenho ninguém que trate de mim, que partilhe comigo a sua vida, ou que se preocupe verdadeiramente com tudo o que me acontece ____
44. Não tenho ninguém que queira aproximar-se de mim, nem que queira passar muito tempo comigo ____
45. Podia desaparecer da face da terra que ninguém dava pela minha falta ____
46. As minhas relações são muito superficiais ____
47. Sinto que não sou uma pessoa especial para ninguém ____
48. Na realidade ninguém me ouve, ninguém me compreende ou está interessado(a) nos meus verdadeiros sentimentos e necessidades ____

L VI

49. Estou destinado a ficar só o resto da minha vida ____
50. Preocupo-me que alguém que amo possa morrer em breve, mesmo quando há poucas razões que o justifiquem ____
51. Sinto que me agarro às pessoas que estão perto de mim ____
52. Preocupo-me que as pessoas que estão perto de mim me deixem ou me abandonem ____
53. Sinto que me falta uma base estável de apoio emocional ____
54. Acho que as minhas relações importantes não vão durar e estou sempre à espera que acabem ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

L VII

55. Sinto que a maior parte das pessoas está sempre disposta a magoar-me e a tirar partido de mim ____
56. Tenho de me proteger dos ataques e das desconsiderações das outras pessoas ____
57. A melhor maneira de evitar ser magoado(a) é atacar primeiro ____
58. Sinto que tenho de me vingar da maneira como as pessoas me trataram ____
59. Sinto que tenho que me defender sempre que estou na presença de outras pessoas ____
60. Quando alguém é simpático penso logo que quer alguma coisa de mim ____
61. Há sempre alguém que mais tarde ou mais cedo acaba por me trair ____
62. A maioria das pessoas só pensa nelas ____
63. Tenho muita dificuldade em confiar nos outros ____
64. Sou muito desconfiado(a) acerca das razões das outras pessoas ____

L VIII

65. Sinto-me um(a) desajustado(a) ____
66. Sou fundamentalmente diferente dos outros ____
67. Sinto que estou a mais; sou um(a) solitário(a) ____
68. Sinto-me separado dos outros ____
69. Sinto-me isolado e só ____

V IX

70. Nenhum homem/mulher de quem eu goste poderá gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ____
71. Ninguém de quem eu goste gostaria de ficar comigo depois de me conhecer ____
72. Sou fundamentalmente uma pessoa cheia de imperfeições e de defeitos ____
73. Por mais que tente não consigo que nenhum homem/mulher, importante para mim, me respeite ou sinta que tenho algum valor ____
74. Não mereço nem o amor, nem a atenção nem o respeito dos outros ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

V X

75. Não sou sexualmente atraente ____
76. Sou muito gorda(o) ____
77. Sou feia(o) ____
78. Não consigo manter uma conversa interessante ____
79. Não sou uma pessoa interessante e em sociedade as pessoas acham-me aborrecida(o) ____
80. As pessoas a quem dou valor não gostariam da minha companhia por causa do meu estatuto social (rendimento, educação, carreira, etc.) ____
81. Nunca sei o que é que hei-de dizer em sociedade ____
82. As pessoas não gostam de me incluir nos seus grupos ____

V XI

83. Nunca faço as coisas tão bem como os outros ____
84. Sou incompetente ____
85. A maioria das pessoas tem mais capacidade do que eu ____
86. Estrago tudo o que tento fazer ____
87. Sou um(a) incapaz ____
88. Sou um(a) fracassado(a) ____
89. Sempre que confio no meu critério tomo a decisão errada ____
90. Não tenho senso comum (Bom senso, senso nenhum) ____
91. Não tenho confiança nas minhas decisões ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

V XII

92. No fundo sou uma pessoa má ____
93. Mereço ser castigado(a) ____
94. Não mereço ser feliz ____
95. Quando cometo um erro mereço ser severamente criticado(a) e punido(a) ____
96. Não devo desculpar-me pelos meus erros ou fugir das minhas responsabilidades ____
97. Sinto-me muito culpado(a) dos erros que cometi ____
98. Por mais que tente, em determinados aspectos sou incapaz de viver de acordo com os meus princípios religiosos ou morais ____
99. Muitas vezes sinto-me culpado(a) sem saber porquê ____
100. Sinto-me envergonhado pelos meus defeitos ____
101. Sou tão inferior que não posso mostrar as minhas faltas aos outros ____
102. Sinto que não conseguiria enfrentar os outros se eles descobrissem os meus defeitos ____
103. Sinto-me muitas vezes embaraçado quando estou com outras pessoas porque não me sinto à altura delas ____
104. Tenho demasiada consciência de mim sempre que estou com os outros ____
105. Tenho de ser o(a) melhor em quase tudo o que faço, não aceito ficar em segundo lugar ____
106. Luto por manter quase tudo numa ordem perfeita ____
107. Tenho de parecer o melhor possível na maior parte do tempo ____
108. Tenho de fazer o melhor, não chega ser suficientemente bom ____
109. Tenho tanta coisa para fazer que quase não tenho tempo para descansar ____
110. Quase nada do que faço é suficientemente bom, posso sempre fazer melhor ____
111. Tenho de estar à altura das minhas responsabilidades ____
112. Sinto sobre mim uma pressão constante para realizar coisas e alcançar objectivos ____
113. O meu relacionamento com as pessoas ressent-se com o facto de exigir demais de mim mesmo(a) ____
114. Prejudico a minha saúde por andar sempre numa tensão enorme para fazer as coisas bem feitas ____
115. Sacrifico com frequência o prazer e a felicidade para atingir os meus níveis de exigência ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

X V

116. Tenho muita dificuldade em aceitar um não por resposta quando quero alguma coisa dos outros ____
117. Fico com frequência zangado(a) ou irritado(a) se não consigo o que quero ____
118. Sou uma pessoa especial e não devia ser obrigado a aceitar muitas das restrições que são impostas aos outros ____
119. Detesto ser constrangido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero ____
120. Tenho muita dificuldade em aceitar aspectos da minha vida que não são como eu quero que sejam, se bem que objectivamente a minha vida seja boa ____
121. Tenho muita dificuldade em conseguir parar de beber, ou de fumar, ou de comer demasiado ____
122. Acho que não sou capaz de me sujeitar à rotina ou de fazer tarefas aborrecidas ____
123. Muitas vezes permito-me agir por impulsos e exprimir emoções que originam problemas ou magoam as outras pessoas ____

Anexo H – Tarefa de Memórias Autobiográficas

	Sala
Prateleira	Cabelo
Bola	Escova

Alegria

Solidão

Chão

Tristeza

Sinceridade

Medo

Água

Maldade

Solidariedade

Doença

Caneta

Sapato

Felicidade

Mentira

Amor

Mesa

Parede

Inteligência

Amizade

Dor

Janela

Anexo I – Outputs SPSS

Análise descritiva da amostra – Questionário Sócio-Demográfico

Estatísticas						
	N		Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Ausente				
Genero	31	0	1,35	,486	1	2
Idade	31	0	71,87	6,956	65	88
Onde vive?	31	0	2,00	,000	2	2
Habilitações Literárias	31	0	3,94	1,843	1	7
Situação Profissional	31	0	2,71	,783	1	4
Está em acompanhamento Psicoterapêutico?	31	0	1,13	,341	1	2
Se toma Psicofármacos, quais?	31	0	4,65	1,473	1	6
Se pratica actividades em Grupo	31	0	1,42	,502	1	2

Género					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem	Porcentagem
				válida	acumulativa
Válido	Feminino	20	64,5	64,5	64,5
	Masculino	11	35,5	35,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Onde vive?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Meio Urbano	31	100,0	100,0	100,0

Se pratica actividades em Grupo					
				Porcentagem	Porcentagem
		Frequência	Porcentagem	válida	acumulativa
Válido	Pratica	18	58,1	58,1	58,1
	Não Pratica	13	41,9	41,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Idade					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	65	9	29,0	29,0	29,0
	66	2	6,5	6,5	35,5
	67	1	3,2	3,2	38,7
	68	2	6,5	6,5	45,2
	69	1	3,2	3,2	48,4
	71	1	3,2	3,2	51,6
	72	3	9,7	9,7	61,3
	73	1	3,2	3,2	64,5
	74	1	3,2	3,2	67,7
	76	1	3,2	3,2	71,0
	77	3	9,7	9,7	80,6
	79	1	3,2	3,2	83,9
	81	1	3,2	3,2	87,1
	82	1	3,2	3,2	90,3
	83	1	3,2	3,2	93,5
	85	1	3,2	3,2	96,8
	88	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Habilitações Literárias					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sabe ler e escrever mas nunca frequentou a escola	1	3,2	3,2	3,2
	1º Ciclo (até ao 4º ano)	11	35,5	35,5	38,7
	2º Ciclo (até aos 6º ano)	1	3,2	3,2	41,9
	3º Ciclo (até ao 9º ano)	4	12,9	12,9	54,8
	Secundário (até ao 12º ano)	6	19,4	19,4	74,2
	Bacharelato / Licenciatura	6	19,4	19,4	93,5
	Mestrado	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Situação Profissional					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Empregado	5	16,1	16,1	16,1
	Reformado	25	80,6	80,6	96,8
	Reformado e estudante	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Está em acompanhamento Psicoterapêutico?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca teve	27	87,1	87,1	87,1
	Já teve actualmente não tem	4	12,9	12,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Se toma Psicofármacos, quais?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Antidepressivos	1	3,2	3,2	3,2
	Ansiolíticos	5	16,1	16,1	19,4
	Nunca tomou	17	54,8	54,8	74,2
	Já Tomou mas agora não toma	8	25,8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Análise de Hipóteses

Tests of Normality								
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.	
Inventário da Depressão de Beck_Total somado a mão	Não	,171	18	,177	,906	18	,075	
	Sim	,149	13	,200*	,933	13	,370	
Inventário de Ansiedade Estado_Total	Não	,189	18	,088	,869	18	,017	
	Sim	,126	13	,200*	,978	13	,970	
Inventário de Ansiedade Traço_Total	Não	,119	18	,200*	,962	18	,632	
	Sim	,113	13	,200*	,974	13	,936	
NEMD_T	Não	,103	18	,200*	,969	18	,783	
	Sim	,190	13	,200*	,920	13	,254	
Total da MoCA	Não	,164	18	,200*	,930	18	,193	
	Sim	,225	13	,072	,901	13	,137	

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total da MoCA	Equal variances assumed	,000	,987	1,411	29	,169	1,107	,784	-,497	2,711
	Equal variances not assumed			1,399	25,196	,174	1,107	,791	-,522	2,735
Inventário de Ansiedade	Equal variances assumed	,000	,994	-1,295	29	,205	-3,51282	2,71172	-9,05892	2,03328
Traço_ Total	Equal variances not assumed			-1,277	24,574	,214	-3,51282	2,75176	-9,18516	2,15952
NEMD_T	Equal variances assumed	,484	,492	-2,980	29	,006	-22,62393	7,59247	-38,15227	-7,09559
	Equal variances not assumed			-2,905	23,462	,008	-22,62393	7,78821	-38,71755	-6,53032
Inventário da Depressão de Beck_ Total	Equal variances assumed	,294	,592	-8,213	29	,000	-10,38889	1,26497	-12,97604	-7,80173
	Equal variances not assumed			-7,872	21,707	,000	-10,38889	1,31975	-13,12802	-7,64976

Hipótese 1

Test Statistics ^a	
	Total de memórias autobiográficas específicas evocadas
Mann-Whitney U	102,000
Wilcoxon W	273,000
Z	-,604
Asymp. Sig. (2-tailed)	,546
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,567 ^b
Exact Sig. (2-tailed)	,558
Exact Sig. (1-tailed)	,279
Point Probability	,007

a. Grouping Variable:

Com_Sintomatologia_Depressiva

b. Not corrected for ties.

Hipótese 2

Test Statistics ^a			
	Total de memórias autobiográficas específicas evocadas de valência emocional positiva	Total de memórias autobiográficas categóricas evocadas de valência emocional positiva	Total de memórias autobiográficas alargadas evocadas de valência emocional positiva
Mann-Whitney U	86,000	110,000	76,500
Wilcoxon W	257,000	281,000	247,500
Z	-1,261	-,333	-1,711
Asymp. Sig. (2-tailed)	,207	,739	,087
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,226 ^b	,798 ^b	,106 ^b
Exact Sig. (2-tailed)	,214	,817	,096
Exact Sig. (1-tailed)	,107	,378	,049
Point Probability	,004	,077	,004

a. Grouping Variable: Com_Sintomatologia_Depressiva

b. Not corrected for ties.

Hipótese 3

Test Statistics ^a	
	TL Media C
Mann-Whitney U	102,000
Wilcoxon W	273,000
Z	-,601
Asymp. Sig. (2-tailed)	,548
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,567 ^b
Exact Sig. (2-tailed)	,560
Exact Sig. (1-tailed)	,280
Point Probability	,007

a. Grouping Variable:

Com_Sintomatologia_Depressiva

b. Not corrected for ties.

Hipótese 4

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Categoricas_PosNeg_Total	,331	13	,000	,750	13	,002
Especificas_PosNeg_Total	,224	13	,075	,913	13	,205
Alargadas_PosNeg_Total	,270	13	,010	,790	13	,005

a. Lilliefors Significance Correction