



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

# **Especificidade das Memórias Autobiográficas e a Sintomatologia Depressiva em Idosos**

**Celino José Lopes Barata**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade

**Psicologia Clínica e da Saúde**

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Marina Afonso

**Covilhã, Outubro de 2011**

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

## Dedicatória

A todos os idosos, que compartilharam sua história, ensinamento de vida...

Esses seus cabelos brancos, bonitos,  
Esse olhar cansado, profundo  
Dizendo-me coisas, num grito  
Ensinando tanto do mundo  
E esses passos lentos, de agora

Caminhando sempre, comigo  
Já correram tanto, na vida  
Meu querido, meu velho, meu amigo

Sua vida cheia, de histórias  
Essas rugas marcadas, pelo tempo  
Lembranças de antigas vitórias  
Ou lágrimas choradas, ao vento  
Sua voz macia, me acalma  
E me diz muito mais, do que eu digo  
E calando fundo, na alma  
Meu querido, meu velho, meu amigo

Seu passado vive, presente  
Nas experiências contidas  
Nesse coração, consciente  
Da beleza das coisas, da vida  
Seu sorriso franco, me anima  
Seu conselho certo, me ensina,  
Beijo suas mãos, e lhe digo  
Meu querido, meu velho, meu amigo

Eu já lhe falei de tudo  
Mas tudo isso é pouco  
Diante do que sinto  
Olhando seus cabelos, tão bonitos  
Beijo suas mãos, e digo  
Meu querido, meu velho, meu amigo

(Erasmu C.)

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

## Agradecimentos

A todos os que genuinamente assumiram funções determinantes no apoio e conceptualização do meu percurso de dissertação.

À orientadora de dissertação Professora Doutora Marina Afonso, pelo seu profissionalismo, dinamismo, rigor científico e pela disponibilidade, um sincero bem-haja, agradeço os conselhos, ensinamentos e estímulos que contribuiram para o redireccionamento profissional, com gratidão recordo os conhecimentos que me transmitiu.

À toda a direção e equipa do Lar São José (Covilhã), à Associação de Socorros Mútuos (Covilhã) e ao Lar Major Rato (Alcains), agradeço o acolhimento e integração, a disponibilidade para ajudar a concretizar os objetivos da recolha da amostra para a dissertação assim como a partilha de saberes e experiencias.

Agradeço a todos os idosos, que confiaram com sinceridade a intimidade das suas memórias.

Ao Professor João Reis um sincero bem-haja, pelo modelo de simpatia e competência.

Ao amigo e Professor André Belo agradeço a disponibilidade e entrega do seu conhecimento.

Aos meus familiares pelo exemplo de modelos de vida, verdadeiros motores do meu percurso. Em particular:

A minha mãe pelo apoio e sua presença, sem deixar permitir que a distância se faça sentir, Bem-haja.

Agradeço ao meu pai, pela essência, ao recordar-te, vivo tuas memórias...

Ao Simão pelo exemplo vivo de coragem e determinação, agradeço toda a amizade.

Com gratidão em especial, por recordar comigo suas memórias, aos conselhos que me ensinam tanto do mundo, o seu olhar que me acalma e em particular ao seu sorriso franco, Bem-haja, a vossa merece, meu querido amigo Avô, Simão Máximo Lopes.

Aos meus amigos pela vossa presença, contributo e atenção em especial à Júlia, Nair, Gabriel, Milene, Cláudia e Lúcia, Grande Abraço.

Pelo apoio incondicional, compreensão e cumplicidade e acima de tudo ao equilíbrio do preenchimento da valorização pessoal, a ti Filipa. Obrigada pela tua amabilidade.

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

## Resumo

Este estudo tem como objectivo averiguar a existência de diferenças ao nível da especificidade das memórias autobiográficas de sujeitos idosos com e sem sintomatologia depressiva mediante aplicação do teste de memória autobiográfica AMT desenvolvido por Williams & Broadbent (1986), adaptado para a população portuguesa por Gonçalves & Albuquerque (2006).

Participaram no estudo 40 sujeitos, com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos, sendo distinguidos dois grupos compostos por, 20 idosos que apresentavam sintomatologia depressiva e 20 idosos que não tinham sintomatologia depressiva. Os resultados indicaram que os idosos com sintomatologia depressiva apresentam uma média de recuperação de memórias autobiográficas gerais ( $M=3,40$ ;  $DP=2,01$ ) inferior à apresentada pelos idosos sem sintomatologia depressiva ( $M=8,70$ ;  $DP=2,05$ ), sendo esta diferença estatisticamente significativa [ $t(38)=8,25$ ;  $p=0,000$ ]. Estes resultados corroboram outros estudos que, partindo de uma conceção hierárquica da memória autobiográfica, consideram que nos casos de sintomatologia depressiva, esta assume algumas particularidades, das quais se destaca a dificuldade em relatarem acontecimentos específicos a partir da apresentação de palavras estímulo.

**Palavras Chave:** Memória autobiográfica, depressão na velhice, memórias autobiográficas gerais/específicas.

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

## Abstract

This study has the purpose to investigate the existence of the specificity of differences in autobiographical memories of elderly individuals with and without depressive symptomatology. Applying the AMT autobiographical memory test by Williams & Broadbent (1986), adapted to Portuguese by Gonsalves & Albuquerque (2006).

The sample was constituted by 40 ancients, aged between 65 and 93 years old, splited by two distinct groups: 20 ancients with depressive symptomatology and 20 ancients without it. The results suggests that the ancients with depressive symptomatology reveal a mean of recovery of general autobiographical memories ( $M=3,40$ ;  $DP=2,01$ ) lower than the mean reavealed by the ancients without depressive symptomatology ( $M=8,70$ ;  $DP=2,05$ ), this differences was statistically significant [ $t(38)=8,25$ ;  $p=0,000$ ]. This results confirms other studies wich, by a hierarchcal conception of the autobiographical memory, regards that cases of depressive symptomatology accept some specificities such as the difficulty in reporting specific events by the exhibition of cue words.

**Key Words:** Autobiographical Memory, old age depression, general/specify autobiographical memories

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

# Índice

Dedicatória.....	III
Agradecimentos.....	V
Resumo.....	VII
Índice.....	XI
Lista de Figuras.....	XIII
Lista de Tabelas.....	XIII
Lista de acrónimos.....	XV
1 Introdução.....	1
Memória autobiográfica e depressão.....	1
Depressão na velhice.....	2
Memória autobiográfica e Depressão.....	3
Memória autobiográficas e sintomatologia depressiva em idosos.....	4
2 Apresentação do estudo.....	5
2.1 Tipo de Estudo.....	5
2.2 Objetivo da investigação.....	5
2.3 Hipóteses.....	5
2.4 Definição das variáveis em estudo.....	6
3 Método.....	6
3.1 Participantes.....	6
3.2 Instrumentos.....	7
3.2.1 Questionário Sociodemográfico.....	7
3.2.2 Mini-Mental State Examination.....	7
3.2.3 Autobiographical Memory Test (AMT).....	7
3.2.4 Geriatric Depression Scale (GDS).....	8
3.3 Procedimento.....	8
3.4 Tratamento dos Dados.....	9

4 Apresentação dos resultados .....	9
5 Discussão dos resultados.....	10
6 Conclusão .....	13
7 Referências Bibliográficas.....	14
Anexo 1.....	Revisão da literatura
Anexo 2.....	Questionário Sociodemográfico
Anexo 3.....	Mini-Mental State Examination
Anexo 4.....	Teste de Memória Autobiográfica
Anexo 5.....	Escala de depressão Geriátrica

## Lista de Figuras

Gráfico 1: Gráfico da média das memórias autobiográficas específicas, gerais, e valências positivas, negativas e neutras dos idosos com e sem depressão.....10

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (n=40).....6

Tabela 2: Resultados dos tipos de memórias autobiográficas em idosos com e sem depressão.....10

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

## Lista de acrónimos

AMT	Autobiographical Memory Test
MMSE	Mini Mental State Examination
GDS	Geriatric Depression Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Diseases

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

# 1 Introdução

## ***Memória autobiográfica e depressão***

Uma das tarefas humanas mais complexas é a construção de uma autobiografia, uma história pessoal, de si próprio, com um desenvolvimento ao longo do tempo, com eventos específicos experienciados em determinados pontos, ligados tanto ao passado como ao presente (Piefke & Fink 2005; Robyn, 2010). Esta competência depende de múltiplos componentes, tais como o desenvolvimento da consciência subjetiva, que estabelece a ligação entre o passado e o presente capaz de desenvolver a construção de um tempo pessoal (Robyn, 2010).

A Memória episódica aciona os acontecimentos passados, caracterizados por ligações da memória autobiográfica. Estas ligações caracterizam a construção da história pessoal, atualizando o “Self” através do passado, presente e, essencialmente, organizando a narrativa de vida (Habermas & Bluck 2000; McAdams, 2001 *cit in* Robyn, 2010). Uma das principais funções do *self* é avaliar informações passadas a fim de reforçar as visões atuais do *self* (Robyn, 2010). A memória episódica é responsável pela recuperação de eventos específicos que ocorreram no passado autobiográfico incluindo a recuperação da memória da própria pessoa a experienciar o evento. Tulving (2002), designou esta capacidade como “autonoetic consciousness” que permite integrar o *self* nas situações.

A memória autobiográfica vai além da função de memória episódica pois, orienta e prevê o comportamento futuro para servir as funções sociais e emocionais, incluindo a definição e regulação do *self* (Bluck & Alea 2002; Fivush 1988; Fivush *et al.*, 2003; Pillemer 1998, *cit in* Robyn, 2010).

A memória autobiográfica é constituída pelas memórias a curto prazo e longo prazo, tendo como função, definir e integrar o “self” dando propósito ao nosso ser no mundo (Conway *et al.*, 2004; Fivush, 2008; McAdams, 2001; Pillemer 1998, *cit in* Robyn, 2010).

Thomsen, (2009), designa por capítulos os períodos temporalmente prolongados na estrutura da memória autobiográfica. Os capítulos têm um papel predominante no raciocínio autobiográfico, suportam e enfatizam os processos sociais, que permitem a organizar e dar sentido de coerência à história de vida.

A memória autobiográfica apresenta uma estrutura hierárquica (Conway & Bekerian 1987; Linton, 1986; Schooler & Hermann, 1992; Conway & Rubin 1993; Conway & Bekerian, 1987), consideram os seguintes níveis de conhecimento autobiográfico: (1) períodos de vida, que correspondem a fases longas, anos ou décadas; (2) acontecimentos gerais, que se referem a experiências globais, tais como eventos repetidos distribuídos no tempo, medidos em dias, semanas ou anos e (3) eventos específicos, cuja duração são minutos ou horas que não excedem um dia. Os indivíduos, ao tentarem recuperar acontecimentos do passado, acedem, primeiramente, ao nível superior, efetuando uma descrição mais geral, seguindo-se passos intermédios para aceder à recuperação de acontecimentos específicos (Reiser, Black & Abelson, 1985; Rubin, 1996).

Para se medir a especificidade da memória autobiográfica pode-se utilizar o Teste de Memória Autobiográfica AMT (Williams & Broadbent 1986). Este teste consiste na apresentação de palavras estímulo, para a activação de memórias autobiográficas que, posteriormente são classificadas em gerais / específicas e com valência positiva / negativa ou neutra. A ativação de memórias gerais e a dificuldade em se aceder a acontecimentos específicos pode ser considerada, em pessoas com sintomatologia depressiva, como uma estratégia de evitamento para recuperar as memórias específicas com valência negativa (Williams, Barnhofer, Crane, Hermans, Raes, Watkins & Dalgleish 2007).

### ***Depressão na velhice***

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2020, a depressão será uma das doenças com maior prevalência na população geral (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003). A depressão é, também considerada como sendo a mais dispendiosa (Arnou & Constantino, 2003). Nas pessoas com idade superior a 65 anos, a depressão é a perturbação psiquiátrica com maior frequência (OMS, 2002).

Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis (2009), referem que a prevalência de depressão major nos idosos se situa entre 6,1% para as mulheres e 3,1% para homens. O grau de incapacidade associado a este tipo de patologia, faz com que seja considerada uma questão de saúde pública em geriatria (Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis 2009). Kurlowicz (1999), constatou que cerca de 13% dos idosos que residem na comunidade e 43% dos idosos que se encontram institucionalizados apresentam depressão. Segundo Kaplan *et al.*, (2003), a prevalência desta patologia, na população em geral, gira em torno dos 15%, baixando para 14% em idosos que estabelecem laços sociais favoráveis, aumentando, novamente, a incidência da depressão para 30%, em indivíduos que residem em instituições (Pamerlee *et al.*, 1989 *cit in* Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Ramalheira, 2003).

A manifestação da depressão nos idosos é concomitante com queixas físicas associadas a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que desencadeiam um sofrimento prolongado, causando dependência física, e perda de autonomia, podendo levar o idoso a ser hospitalizado ou institucionalizado (Alexopoulos & Kelly, 2009; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Apesar da elevada prevalência da depressão entre as doenças clínicas gerais, esta nem sempre tem sido diagnosticada e tratada adequadamente na velhice. Os sintomas indicadores de depressão são, frequentemente, confundidos com a própria doença de clínica geral, ou avaliada como consequência dita “normal” do envelhecimento (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Importa salientar, que a depressão não faz parte do processo natural de envelhecimento, sendo reversível através de intervenção apropriada, contudo, sem tratamento, pode levar ao início de incapacidade física, cognitiva e social (Kurlowicz, 1999).

O diagnóstico de depressão geriátrica deve considerar vários aspetos, tais como a presença concomitante de doenças clínicas, efeitos laterais da medicação, a possibilidade de existirem dificuldades de comunicação, assim como a presença de um maior número de queixas somáticas e niilismo terapêutico (Buckley & Lachman, 2007; VanItallie, 2005).

Lyness, Heo & Datto (2006), consideram que o tipo de depressão mais comum em idosos é a depressão major. Os autores referem que cerca de 25% dos idosos com alteração funcional, desenvolvem depressão major num período de dois anos, podendo também desenvolver ideação suicida. Em pacientes muito idosos poderá surgir depressão minor num período de três anos antes do surgimento de depressão major (Alexopoulos, 2005).

A depressão psicótica é um dos tipos mais grave de depressão que surge, frequentemente, em idosos (Gournellis, 2006). A depressão psicótica apresenta constantes recaídas, podendo estar presentes delírios somáticos, paranoides e persecutórios. As alucinações são raras e tendem a ser transitórias. Os pacientes afetados apresentam, geralmente, um quadro de início subagudo, história médica prévia e familiar de depressão e disfunção da memória, (Gournellis, 2006).

Alexopoulos, Meyers, Young, *et al.*, (1997), avançaram com uma definição clínica de depressão que visa abranger o máximo de indicadores possíveis sobre a depressão vascular, para tal, sinalizou duas características fundamentais: início de depressão após 65 anos de idade ou alteração no curso da depressão após o início da doença vascular em pacientes com depressão de início precoce; e/ou evidência laboratorial de doença vascular ou fatores de risco vascular, o que engloba ataques isquémicos transitórios, sinais neurológicos focais, enfarte do miocárdio, entre outras manifestações clínicas. O diagnóstico da depressão vascular não deve ser confundido com a doença cerebrovascular (Kelly & Alexopoulos, 2009).

### ***Memória autobiográfica e Depressão***

A sintomatologia depressiva e a depressão clínica, bem como uma série de outros transtornos psiquiátricos, estão associadas a uma relativa dificuldade em aceder as informações autobiográficas específicas, em resposta às palavras estímulo do teste de memória autobiográfica (Williams, & Broadbent, 1986 *cit in* Dalgleish, Williams, Golden, Perkins, Barrett, Barnard, Yeung, Murphy, Elward, Tchanturia & Watkins, 2007). A sobregeneralização da memória autobiográfica é um dado consistente sobre a depressão, considerando-se, inclusivamente, que esta prevê o curso da depressão (Sumner, Griffith & Mineka, 2010).

Os pacientes deprimidos recuperam, aproximadamente, 40% de memórias específicas, diferindo consideravelmente de pessoas saudáveis, que recuperam aproximadamente 70% de memórias autobiográficas específicas, ao responderem às palavras estímulo do teste AMT (Van Vreeswijk & Wilde de, 2004). O efeito da sobregeneralização das memórias autobiográficas além de ser considerado como uma característica de sujeitos com sintomatologia depressiva tem sido assumido como um traço (Brittlebank, Scott, Williams & Ferrier, 1993; Williams, 1996).

Wenzlaff & Bates (1998), referem que os idosos vulneráveis à depressão apresentam certos enviesamentos cognitivos (Williams, 1996). No entanto, apenas quando colocados sob condições de carga mental, apresentam menos recursos disponíveis para o controlo executivo em tarefas exigentes, como o Teste de Memória Autobiográfica (Barnard, Watkins, Ramponi 2006; Williams *et al.*, 2007).

A hipótese de ativação diferencial proposta por (Teasdale, 1988; *cit in* Werner - Seidler & Moulds, 2010), considera que os indivíduos vulneráveis à depressão se distinguem dos não vulneráveis, pelo grau de ativação dos processos cognitivos e pelos pensamentos negativos maladaptativos ativados durante o humor triste. Estes dados, corroboram a ideia que os transtornos depressivos são caracterizados pela ruminação de informação negativa (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1988).

As pessoas deprimidas, em vez de recuperarem detalhes de memórias específicas, produzem sequências focadas nas memórias gerais (Williams, *et al.*, 2007). Williams (1996), considera este padrão de autofocalização ruminativa como sendo um bloqueio interno mnemónico “interlock”, em que o acesso das memórias de pacientes deprimidos é bloqueado, inviabilizando a passagem vertical da memória gerais para eventos específicos, ocorrendo o que Williams (1996), designou de “deadlock”, perda de acesso às especificidades das memórias autobiográficas. Este processo pode contribuir para a manutenção de um estilo de recuperação sobregeneralizado (Barnhofer, Jong-Mayer, Kleinpab & Nikesch, 2002).

A sobregeneralização das memórias autobiográficas, pode funcionar como mecanismo de evitamento, impedindo a recuperação da especificidade das memórias autobiográficas negativas, com intuito de regular os afetos (Raes, Hermans, Mark, Williams, Eelen, 2006). Este estilo de recuperação sobregeneralizado, que é observado em indivíduos com depressão, pode ser visto inicialmente como uma forma adaptativa, que começa como uma estratégia funcional, através do bloqueio ou evitamento do acesso às memórias autobiográficas específicas negativas (Raes, Hermans, de Decker Eelen & Williams, 2003). Contudo, esta recuperação sobregeneralizada das memórias autobiográficas, deixa de ser adaptativa a longo prazo, podendo transformar-se num facto de vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas emocionais futuros (Raes, Hermans, Mark, Williams & Eelen, 2006).

### ***Memória autobiográficas e sintomatologia depressiva em idosos***

A sobregeneralização das memórias autobiográficas em idosos, reflete um comprometimento cognitivo global presente em pacientes com sintomatologia depressiva (Spinhoven, Wekking, Bockting, Schene, Koeter & Williams, 2006). Sendo a sintomatologia depressiva frequente nos idosos (Birch & Davidson, 2007). Observa-se que estes recuperam significativamente menos memórias autobiográficas específicas (Birch & Davidson, 2007). Os idosos deprimidos, têm maior acesso às memórias autobiográficas gerais e afectivamente negativas (Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel, 2008). Corroborando a evidência da centração da sobregeneralização das memórias autobiográficas de valência negativa dos idosos que apresentam sintomatologia depressiva (Serrano, Latorre & Gatz, 2007). A relação entre a sobregeneralização das memórias autobiográficas e os sintomas depressivos parece consolidar-se, com o aumento da idade, sendo superior para os idosos com diagnóstico de depressão clínica, comparativamente a sujeitos saudáveis (Sumner, Griffith & Mineka, 2010).

No entanto, para D`Argembeau & Linden (2005), apesar dos idosos recordarem eventos de carga emocional negativa estes tendem a reavalia-los de forma a encontrarem aspetos positivos em comparação a sujeitos adultos mais jovens (D`Argembeau & Linden 2005).

Estas diferenças relativas à idade, podem estar relacionadas com o facto do idoso se motivar para regular as suas emoções, possibilitando a reavaliação dos eventos negativos, de forma a reforçar os aspetos positivos (D'Argembeau & Linden 2005). Estes resultados, podem ser vistos como sinais de processos que tentam melhorar a regulação emocional no idoso, com o objetivo de organizar as emoções e criar uma história de vida emocionalmente significativa e positiva nos últimos anos de vida (Carstensen *et al.*, 1999; Carstensen & Mikels, 2005).

## 2 Apresentação do estudo

A presente investigação pretende avaliar e comparar a especificidade da memória autobiográfica em idosos com e sem sintomatologia depressiva.

### 2.1 Tipo de Estudo

Este estudo é de natureza quantitativa, tendo na sua essência um estudo descritivo de comparação entre grupos, sendo exploratório na medida em que procura descrever as relações entre as variáveis nesta amostra (Ribeiro, 1999).

### 2.2 Objetivo da investigação

O principal objetivo desta investigação é:

- Averiguar se existem diferenças ao nível da recuperação da especificidade das memórias autobiográficas, entre sujeitos idosos com e sem sintomatologia depressiva.

Os objetivos específicos são:

- Averiguar a existência de diferenças ao nível da recuperação das memórias autobiográficas gerais, entre sujeitos idosos com e sem sintomatologia depressiva.
- Averiguar se existem diferenças ao nível da recuperação de memórias autobiográficas de valência positiva, entre sujeitos idosos com e sem sintomatologia depressiva.
- Averiguar a existência de diferenças ao nível da recuperação de memórias autobiográficas de valência afetiva negativa, entre sujeitos idosos com e sem sintomatologia depressiva.
- Averiguar se existem diferenças ao nível da recuperação das memórias autobiográficas de valência afetiva neutras, entre sujeitos idosos com e sem sintomatologia depressiva.

### 2.3 Hipóteses

As hipóteses formuladas no âmbito deste estudo são:

Hipótese 1: Os idosos com sintomatologia depressiva apresentam menos recuperações de memórias autobiográficas específicas do que idosos sem sintomatologia depressiva.

Hipótese 2: Os idosos com sintomatologia depressiva apresentam mais recuperações de memórias autobiográficas gerais que idosos sem sintomatologia depressiva.

Hipótese 3: Os idosos com sintomatologia depressiva apresentam menos recuperações de memórias autobiográficas de valência positiva que os idosos sem sintomatologia depressiva.

Hipótese 4: Os idosos com sintomatologia depressiva apresentam mais recuperações de memórias autobiográficas de valência negativa que idosos sem sintomatologia depressiva.

## 2.4 Definição das variáveis em estudo

Para a realização de investigação torna-se imperativo definir as variáveis dependente e independente. As variáveis dependentes são: número de memórias autobiográficas específicas; número de memórias autobiográficas gerais; número de memórias autobiográficas de valência afetiva positiva; número de memórias autobiográficas de valência afetiva negativa e número de memórias autobiográficas de valência afetiva neutra. As variáveis independentes são ter ou não sintomatologia depressiva.

## 3 Método

### 3.1 Participantes

Participaram neste estudo 40 sujeitos, com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos de idade, sendo a média 82,05 anos (DP = 6,93) e mediana de 82 anos. Participaram 32 (80%) sujeitos sexo feminino e 8 (20%) do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil dos participantes, 8 (20%) são solteiros, 4 (10%) são casados, 2 (5%) são divorciados e 26 (65%) são viúvos.

Em relação às habilitações literárias 17 (42,50%) participantes não têm escolaridade, 22 (55%) têm até à 4 classe, e 1 (2,5%) têm até ao 9º Ano.

Quanto ao local de residência, 32 (80%) participantes residem em lares, 7 (17,5%) residem em casa e 1 (2,5%) participante tem outra forma de residir.

Os participantes que têm doenças cardíacas são 16 (40%) e sem doenças cardíacas 24 (60%) participantes. Relativamente a outras doenças, 33 (82%) têm outras doenças e 7 (17,50%) dos participantes sem qualquer doença. (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (n=40)

		Frequência	(%)
Género	Feminino	32	80,00
	Masculino	8	20,00
Estado Civil	Solteiro	8	20,00
	Casado	4	10,00
	Divorciado	2	5,00
	Viúvo	26	65,00
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	17	42,50
	Até à 4 Classe	22	55,00

	Até ao 9 ano	1	2,50
Local de residência.	Casa	7	17,50
	Lar	32	80,00
	Outro	1	2,50
Doenças Cardiovasculares.	Com	16	40,00
	Sem	24	60,00
Outras Doenças	Com	33	82,50
	Sem	7	17,50

### 3.2 Instrumentos

#### 3.2.1 Questionário Sociodemográfico

Foi constituído um questionário sociodemográfico para recolha de informação sobre a idade, estado civil, habilitações literárias, local de residência e sobre a presença ou não de doenças cardiovasculares ou outras doenças.

#### 3.2.2 Mini-Mental State Examination

O Mini-Mental State Examination (MMSE) foi desenvolvido por Folstein (1975). É um questionário que avalia o funcionamento cognitivo, pontua a orientação no espaço e no tempo, a memória a curto prazo e as competências verbais e da escrita (McDowell & Newell, 1996 *cit in* Taylor & Francis 2009). Uma das principais vantagens deste questionário é a sua administração breve e simples.

O MMSE, apesar de ser bastante eficaz na detecção de deficit cognitivo, não deve ser utilizado como um instrumento de diagnóstico de quadros patológicos, como a demência, uma vez que os resultados podem ser influenciados por outros fatores, como por exemplo níveis reduzidos de instrução (Tombaugh *et al.*, 1992 *cit in* Taylor & Francis 2009).

O instrumento é constituído por 30 questões, conferindo-se um ponto por cada resposta certa, com um total máximo de 30 pontos. O MMSE foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitao, Castro-Caldas & Garcia (1994). Foram definidos pontos de corte diferenciados consoante o grau de habilitações literárias dos sujeitos. Assim, os autores consideram existir déficit cognitivo quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para sujeitos com 11º ano ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11º ano de escolaridade (Sobral, 2006).

#### 3.2.3 Autobiographical Memory Test (AMT)

O Teste de Memória Autobiográfica, desenvolvido por Williams & Broadbent (1986). Consiste na apresentação oral de palavras-estímulo positivas, negativas e neutras, um total (5 positivas, 5 negativas e 5 neutras). Nesta investigação foi utilizada a versão para investigação, adaptada para a população portuguesa por Gonçalves & Albuquerque (2006).

O objetivo deste questionário é avaliar a capacidade do sujeito em recuperar uma memória específica num espaço delimitado de tempo (Serrano, Latorre & Montañes, 2005). As

memórias recuperadas são codificadas em termos da sua valência (positiva, negativa ou neutra) e abrangência (geral ou específica).

Uma memória específica é definida como um acontecimento que dure um dia ou menos, que tenha ocorrido num local determinado e num momento concreto (Williams & Broadbent, 1986; Williams, 2002). Para aplicar o AMT torna-se essencial a compreensão das suas instruções por parte dos idosos, para garantir um resultado válido.

Para assegurar uma boa compreensão foi lida uma instrução estandardizada do Autobiographical Memory Test, sendo utilizada uma palavra-chave de treino.

### **3.2.4 Geriatric Depression Scale (GDS)**

A Geriatric Depression Scale (GDS). Desenvolvida por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer (1983). Trata-se de um instrumento de *screening* para depressão na velhice. A utilização da GDS limita-se a sujeitos sem défices cognitivos (Farrell, 2004).

A escala surgiu devido às discrepâncias entre os sintomas examinados nos instrumentos destinados a faixas etárias mais jovens e que se constatavam nos quadros de depressão em idosos. Assim, está subjacente a esta escala a existência de uma sintomatologia depressiva específica da velhice.

Em Portugal a GDS foi traduzida pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003). Os pontos de corte propostos por estes autores seguem as indicações dos autores da escala, cotando-se os resultados como ausência de depressão (0 a 10 pontos), depressão ligeira (11 a 20 pontos) e depressão grave (21 a 30 pontos). Foi utilizada nesta investigação esta versão.

A escala pode ser autoadministrada ou aplicada por um técnico, em função das características do idoso e do contexto de interacção (McDowell & Newell, 1996). As instruções indicam ao idoso, deve pensar na última semana para responder às questões colocadas, que abordam temas como a satisfação, motivação e memória. Esta escala é considerada a mais completa, de entre os instrumentos utilizados para avaliar a depressão geriátrica, estudos epidemiológicos realizados anteriormente comprovam a sua validade, tornando redundante a utilização de instrumentos psicométricos adicionais (Baldwin & Wild, 2004).

A consistência da Escala de Depressão Geriátrica observada neste estudo foi ( $\alpha=0,84$ ). Este resultado, segundo a literatura, indica uma fiabilidade elevada segundo (Murphy & Davidsholder, 1988 *cit in* Maroco & Garcia-Marques, 2006).

### **3.3 Procedimento**

Foi requerida autorização ao Lar São José (Covilhã), à Associação de Socorros Mútuos (Covilhã) e ao Lar Major Rato (Alcains), para a aplicação dos questionários a idosos. No âmbito dos pedidos de autorização/participação, foi realizada uma sessão de esclarecimento sobre os objetivos e as condições de participação na investigação. As instituições contactadas aceitaram participar e disponibilizaram um espaço privado com iluminação e condições adequadas para aplicação dos questionários. Foram ainda recolhidos, dados junto de idosos residentes nos seu domicílio, que aceitaram participar no estudo.

O contacto com os sujeitos participantes deste estudo, fez-se sempre acompanhar com uma apresentação do estudo, sendo garantida a confidencialidade e anonimato, e sendo dado o consentimento informado pelos participantes no estudo. A ordem de aplicação dos instrumentos foi: Questionário Sociodemográfico, (ANEXO II), o MMSE, (Anexo III), o AMT (Anexo IV) e a GDS (Anexo V).

### **3.4 Tratamento dos Dados**

Em primeiro lugar foi feita a análise qualitativa para a codificação das respostas do AMT. Este processo foi desenvolvido por dois psicólogos, permitindo classificar cada uma das memórias evocadas pelos sujeitos através das palavras estímulo do AMT em relação à sua especificidade /generalidade e quanto à sua valência.

Quanto à análise quantitativa, utilizou-se a versão 19.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foram calculadas as estatísticas descritivas para a caracterização da amostra. A seguir foi calculada o grau da consistência interna, através do  $\alpha$  de cronbach, que fornece uma estimativa da fiabilidade das medidas.

Para se estudar se a distribuição da população é ou não normal, realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) em relação aos resultados do MMSE, GDS e AMT. Os resultados indicaram que a distribuição era normal. Assim, optou-se pela utilização de testes paramétricos. Foi usado o teste t-student para a comparação dos grupos de idosos com e sem sintomatologia depressiva relativamente à especificidade das memórias autobiográficas e as valências positivas negativas e neutras.

## **4 Apresentação dos resultados**

Relativamente à média de memórias específicas, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas [ $t(38)=8,25$ ;  $p=0,000$ ], constatando-se que os idosos sem depressão apresentam uma média de recuperação de memórias específicas ( $M=8,70$ ;  $DP=2,05$ ), superior à do grupo de idosos com depressão ( $M=3,40$ ;  $DP=2,01$ ).

Quanto ao número de memórias gerais, os resultados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas [ $t(38)= -6,88$ ;  $p=0,000$ ], constatando-se que os idosos sem depressão apresentam uma média de recuperação de memórias gerais ( $M=6,30$ ;  $DP=2,05$ ) inferior à do grupo dos idosos com depressão ( $M=11,40$ ;  $DP=2,60$ ).

Relativamente à variável número de memórias positivas verifica-se que a média dos idosos sem depressão ( $M=6,50$ ;  $DP=1,50$ ) é superior à dos idosos com depressão ( $M=4,30$ ;  $DP=1,45$ ), relevando existência de diferenças estatisticamente significativas [ $t(38)=4,70$ ;  $p=0,000$ ].

No que concerne à média de memórias negativas, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas [ $t(38)=-2,88$ ;  $p=0,007$ ], constatando-se que os idosos com depressão apresentando uma média superior ( $M=5,35$ ;  $DP=1,90$ ) à dos idosos sem depressão ( $M=3,85$ ;  $DP=1,35$ ).

Quanto ao número de memórias neutras os resultados não revelam diferenças estatisticamente significativas [ $t(38)=-1,32$ ;  $p=0,196$ ]. Contudo os idosos com depressão apresentam uma média de recuperação de memórias neutras ( $M=5,35$ ;  $DP=-1,32$ ) superior à apresentada pelo grupo de idosos sem depressão ( $M=4,65$ ;  $DP=1,95$ ). (cf. Tabela 2; cf. Figura 1).

Tabela 2: Resultados dos tipos de memórias autobiográficas em idosos com e sem depressão (n=40)

	Idosos sem Depressão		Idosos com Depressão		T	P
	M	DP	M	DP		
Nº de memórias específicas	8,70	2,05	3,40	2,01	8,25	0,000 ***
Nº de memórias gerais	6,30	2,05	11,40	2,60	-6,88	0,000 ***
Nº de memórias positivas	6,50	1,50	4,30	1,45	4,70	0,000 ***
Nº de memórias negativas	3,85	1,35	5,35	1,90	-2,88	0,007 ***
Nº de memórias neutras	4,65	1,95	5,35	1,35	-1,32	

\*P < 0,05, \*\*P < 0,01, \*\*\*P < 0,00.

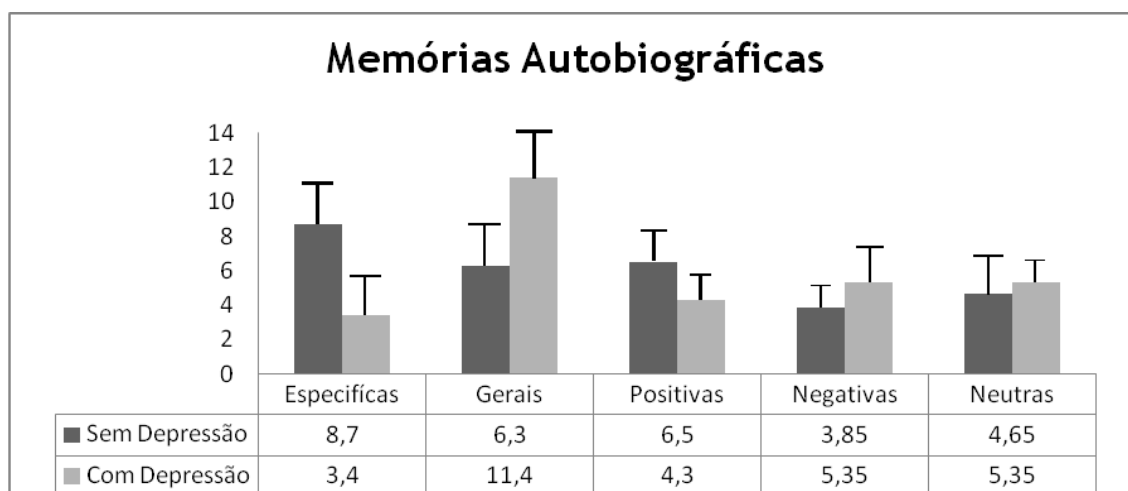


Figura 1: Média das memórias autobiográficas específicas, gerais, e valências positivas, negativas e neutras dos idosos com e sem depressão (n=40)

## 5 Discussão dos resultados

Os resultados indicam, que é o grupo dos idosos sem depressão que ativa um número superior de memórias autobiográficas específicas, sendo mais do que o dobro as recuperações das memórias autobiográficas específicas, comparativamente com o grupo dos idosos com depressão. Estes dados, apoiam a hipótese 1 do estudo, segundo a qual, os idosos com sintomatologia depressiva apresentam menos recuperações de memórias autobiográficas específicas do que idosos sem sintomatologia depressiva, estes resultados são corroborados

por outras investigações desenvolvidas (e. g. Van Vreeswijk & Wilde de, 2004; Williams & Broadbent, 1986 *cit in* Dalgleish, *et al.*, 2007; Birch & Davidson, K. M. 2007; Spinhoven, *et al.*, 2006; Raes, Hermans, Beyers, Williams & Brunfaut 2006; Kleim & Ehlers, 2008; Sumner, Griffith & Mineka, 2010). Os estudos indicam que os idosos deprimidos, têm significativamente menos acesso aos conteúdos dos eventos das memórias autobiográficas específicas comparativamente a idosos com ausência de depressão (Birch & Davidson, 2007; Serrano, Latorre & Gatz, 2007; Williams, *et al.*, 2007; Sumner, Griffith & Mineka 2010). Uma possível explicação, pode dever-se ao facto da sintomatologia depressiva, estar associada a uma relativa dificuldade em aceder às informações autobiográficas específicas, em resposta às palavras de sinalização do Teste de memória Autobiográfica, (Williams & Broadbent, 1986 *cit in* Dalgleish, *et al.*, 2007). Partindo do princípio da conceção hierárquica da memória autobiográfica (Conway & Bekerian 1987; Linton, 1986; Schooler & Hermann, 1992; Conway & Rubin, 1993), os sujeitos com sintomatologia depressiva, sofrem um bloqueio interno mnemónico que inviabiliza a passagem vertical das memórias gerais, ocorrendo o que designou Williams (1996), “deadlock”, perda de acesso às especificidades das memórias autobiográficas. Este processo, pode contribuir para a manutenção de um estilo de recuperação sobregeneralizado (Barnhofer, Jong-Mayer, Kleinpab & Nikesch, 2002).

Quanto às diferenças no domínio do número de memórias autobiográficas gerais, verificou-se que idosos com sintomatologia depressiva, recuperam em média quase o dobro das memórias gerais, comparativamente com idosos sem sintomatologia depressiva. Os resultados encontrados, permitem apoiar a hipótese 2 formulada no estudo, segundo a qual os idosos com sintomatologia depressiva apresentam mais recuperações de memórias autobiográficas gerais que idosos sem sintomatologia depressiva, estes resultados são suportados pela literatura que evidencia a relação preditiva entre a sobregeneralização das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva sendo maior com o aumento da idade (Sumner, Griffith & Mineka, 2010). Esta forte tendência de sobregeneralização das memórias autobiográficas entre idosos com sintomatologia depressiva, quando tentam recuperar memórias de um evento específico (Serrano, Latorre & Gatz, 2007; Sumner, Griffith & Mineka, 2010), além de ser considerada uma característica dos sujeitos com sintomatologia depressiva, tem sido assumida como um traço (Brittlebank, Scott, Williams & Ferrier, 1993; Williams, 1996). A elevada sobregeneralização das memórias autobiográficas, demonstrada entre sujeitos com sintomatologia depressiva, pode funcionar como mecanismo de evitamento, inicialmente encarada como estratégia funcional adaptativa, com intuito de regular os afetos, ao bloquear as recordações específicas das memórias autobiográficas negativas, contudo esta estratégia a longo prazo, pode tornar-se num fator de vulnerabilidade para futuros problemas emocionais (Raes, Hermans, Mark, Williams & Brunfaut, 2006).

Relativamente à valência das memórias autobiográficas, o grupo de idosos sem sintomatologia depressiva, recupera em média, mais memórias positivas, comparativamente com os idosos com sintomatologia depressiva, estes resultados apoiam a hipótese 3 do estudo que defende que os idosos com sintomatologia depressiva apresentam menos recuperações de

memórias autobiográficas de valência positiva que os idosos sem sintomatologia depressiva, estes resultados corroboram com outras investigações, que defendem que indivíduos atualmente deprimidos recuperam menos acontecimentos positivos que indivíduos que nunca estiveram deprimidos (Werner - Seidler & Moulds, 2010). Outros estudos, defendem que indivíduos com longo historial de depressão, têm maior acesso às memórias autobiográficas negativas, comparados com indivíduos sem historial de depressão, tendo maior acesso a memórias positivas, consolidando a ideia, de que o estado de humor é congruente com as memórias (Matt, Vázquez & Campbell, 1992; Aurélio & Cláudio, 2009). Os idosos com sintomatologia, depressiva também apresentam um maior número de esquecimento de memórias positivas, quando lhes é pedido para acederem as suas memórias autobiográficas, através das palavras estímulo positivas do teste AMT (Serrano, Latorre & Gatz, 2007).

O grupo de idosos com sintomatologia depressiva apresenta, em média, um número superior de recuperação de memórias autobiográficas com valência negativa, comparativamente aos idosos sem sintomatologia depressiva, estes resultados apoiam a hipótese 4 formulada do estudo, segundo a qual os idosos com sintomatologia depressiva apresentam mais recuperações de memórias autobiográficas de valência negativa que idosos sem sintomatologia depressiva, estes resultados vão ao encontro a outras investigações desenvolvidas, que defendem que a sintomatologia depressiva é caracterizada pela centração na evocação de informações negativas (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1988). Estes resultados podem ser explicados pelo facto dos idosos deprimidos apresentarem maiores dificuldades no acesso às memórias autobiográficas específicas de valência positivas, tendo maior acesso, às memórias autobiográficas gerais e afetivamente negativas (Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel, 2008). O idoso com sintomatologia depressiva apresenta um comprometimento ou enviesamento cognitivo, este centra-se na memória geral negativa, impossibilitando o acesso a uma possível recuperação de um evento específico de valência positiva (Spinhoven, Wekking, Bockting, Schene, Koeter & Williams, 2006; Werner - Seidler, & Moulds 2010).

Respetivamente à comparação da recuperações das memórias autobiográficas neutras, entre idosos com e sem sintomatologia depressiva, os resultados não observadas diferenças estatisticamente significativos. No decorrer da análise do teste AMT, ficou demonstrado que os dois grupos de idosos, com e sem sintomatologia depressiva, apresentavam respostas muito idênticas, *"não me recordo ou nada de especial"* ao acederem às memórias autobiográficas neutras principalmente na apresentação das palavras estímulo neutras. Estes resultados apoiam a literatura que indica uma influência das emoções, sobre as memórias autobiográficas, positivas e negativas estas ativam mais detalhes sensoriais e contextuais, aquando a sua codificação, tornando o acesso à recuperação de valência positiva e neutra mais fácil, em comparação às memórias autobiográficas neutras, (D'Argembeau & Linden, 2005; Ochsner & Schacter, 2000).

A análise dos resultados permite confirmar a totalidade das hipóteses anteriormente formuladas. Estes fato pode dever-se à consistência dos resultados apresentados que permite a confirmação das hipóteses.

Em suma os resultados desta amostra permitem averiguar que, o grupo dos idosos com sintomatologia depressiva, face ao grupo dos idosos sem sintomatologia depressiva recuperam um número superior de memórias gerais de valência afetiva negativa, o que traduz a sobregeneralização das memórias autobiográficas afetivamente negativas em idosos com sintomatologia depressiva, esta característica torna-se dominante como um estilo de recuperação das memórias autobiográficas em idosos deprimidos. O grupo dos Idosos sem sintomatologia depressiva recuperam um número superior de memórias autobiográficas específicas, com valência positiva, traduzindo o princípio da conceção hierárquica da memória autobiográficas e da congruência do humor, sendo neste caso positivo, este facilita o acesso da passagem vertical das memória autobiográfica, que na primeira instância é geral, permitindo o passo intermédio, para a recuperação de memórias autobiográficas específicas.

Assim, a análise dos resultados permite constatar que estão em conformidade com a literatura. Salienta-se o facto dos resultados obtidos reportam-se à amostra em questão, sendo de sua natureza por conveniência, impossibilitando a sua generalização.

## 6 Conclusão

O presente estudo permitiu averiguar as especificidades das memórias autobiográficas entre sujeitos idosos com e sem sintomatologia depressiva.

De acordo com a investigação efetuada, pode observar-se que a sobregeneralização da memória autobiográfica, com valência afetiva negativa, está relacionada com a sintomatologia depressiva em idosos. Os idosos sem sintomatologia depressiva têm melhor acesso a recuperações das memórias autobiográficas específicas e de valência positiva. Em relação às memórias neutras não existem diferenças entre os idosos com e sem sintomatologia depressiva.

Como ponto forte deste estudo, apesar do tema já ter sido abordado anteriormente, destaca-se o facto da média de idade ser de 82 anos. Nas investigações consultadas, assim como num elevado número de investigações com idosos, a média de idade dos participante é consideravelmente menor. Enfatiza-se ainda o facto da recolha dos dados ser pautada por diversas manifestações de satisfação dos participantes, pela oportunidade de recuperarem acontecimentos de vida mais significativos.

Contudo não se pode dizer que não houve momentos, em que as memórias recuperadas foram caracterizadas por carga emocional negativa, na sua maioria no grupo dos idosos com sintomatologia depressiva, após respostas ao Teste de Memórias Autobiográficas. Mesmo assim todos os participantes agradeceram a possibilidade de participarem no estudo. Outra potencialidade do estudo, com desígnio de comunicar os resultados da investigação aos locais da sus recolha, podendo contribuir para a construção de práticas que valorizem esta faixa

etária, tal como intervenções apropriadas com intuito de reduzir a sintomatologia depressiva, presente nos idosos avaliados nas instituições que colaboraram no estudo. Como limitações do estudo destaca-se o fato da amostra ser recolhida por conveniência, não permitindo garantir a representatividade da população em estudo.

Em suma a sobregeneralização das memórias autobiográficas está associada à sintomatologia depressiva em idosos e estes recuperam em média um número superior de memórias negativas comparativamente a idosos sem sintomatologia depressiva, importa ainda referir que a avaliação da depressão em idosos deve ser cuidada por médicos e psicólogos, para que os diagnósticos sejam precisos, possibilitando o planeamento de intervenções adequadas, podendo ser, individuais grupais ou comunitárias. Uma das intervenções com demonstração de sucesso na literatura é o programa de reminiscência e o treino de positividade, para reduzir a sintomatologia depressiva em idosos, esta implementação poderá ser um critério válido para a continuidade deste estudo.

Para terminar, destaca-se o enriquecimento através do contacto com as idiosincrasias da população em estudo, em particular a oportunidade de aprendizagem adquirida, possibilitando a diegese das histórias, lições de vida marcadas pelos valores da singularidade de cada idoso.

## 7 Referências Bibliográficas

- Addis, D. R., & Tippet, L. J. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Psychology Press*, 12 (1), 56-74.
- Afonso, R., & Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatologia depresiva en la vejez, *Psicothema*, 22 (2), 213-220.
- Alexopoulos G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*. 4 (10), 61-70.
- Alexopoulos G.S., Meyers B. S, Young RC, et al. (1997). Clinically defined vascular depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 562-565.
- Alexopoulos, G. S., & Kelly, R. E. (2009). "Research advances in geriatric depression". *World Psychiatry*, 8 (3), 140-149
- Associação Americana de Psiquiatria. (2006). *DSM IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (4ªed) Lisboa: Climepsi Editores.
- Apesoa-Varano, E. C., Hinton, L. M. D., Barker, J. C., & Unutzer, J. M. D. (2010). Clinician Approaches and Strategies for Engaging Older Men in Depression Care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (7), 586-595.
- Arnow, B. A., & Constantino, M. J., (2003). Effectiveness of Psychotherapy and combination treatment for Chronic Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (8), 893-905.
- Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.

- Bamhofer, T. Jong-Meyer, R., Kleinpafi, A., & Nikesch, S. (2002). Specificity of autobiographical memories in depression: An analysis of retrieval processes in a think aloud task. *British Journal of Clinical Psychology, 41* (4), 411-416.
- Barnard P. J., Watkins E. R., & Ramponi, C. (2006). Reducing specificity of autobiographical memory in nonclinical participants: the role of rumination and schematic models. *Cognition & Emotion, 20*, 328 -350.
- 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*, 175-186.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal Geriatr Psychiatry, 18* (12), 1088-1094.
- Bozo, N. O., & Kurum, E. O. (2009). Activities of Daily Living, Depression, and Social Support Among Elderly Turkish People. *The Journal of Psychology, 143* (2), 193-205.
- Bravo, B. N., Postigo, J. M. L., Hidalgo, J. L. T., & Pretel, F. A. (2008). Memoria autobiográfica y entrenamiento en revisión de vida como método de mejora del estado de ánimo en la vejez, *Revista Clínica de Medicina de Familia, 2* (4), 171-177.
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: state or trait marker? *British Journal of Psychiatry, 162*, 118-121.
- Bluck, S., & Li, K. (2001). Predicting memory completeness and accuracy: Emotion and exposure in repeated autobiographical recall. *Applied Cognitive Psychology, 15*, 145-158.
- Buckley M. R., & Lachman V. D. (2007). Depression in older patients: recognition and treatment. *Journal of the American Academy of Physician Assistants, 20* (8), 34-41.
- Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 117-121.
- Cole, M. G., & Bellavance, F. (1997). Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. *Clinical and Medical American Journal, 157* (8), 1055-1060.
- Conway, M. A., & Holmes, A. (2009). Psychosocial Stages and the Accessibility of Autobiographical Memories Across the Life Cycle. *Journal of Personality, 72* (3), 461-480.
- Dalgleish T, S., Pinks H., Yiend, J. & Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 335- 340
- D'Argembeau, A., Van der Linden, M., & Martial. C., (2005). Influence of Emotion on Memory for Temporal Information. *Emotion, 5* (4), 503-507.
- Dalgleish, T. S., Williams, J. M. G., Golden, A. M., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., Yeung, C. Murphy, V., Elward, R., Tchanturia, K., & Watkins, E. (2007). Reduced Specificity of Autobiographical Memory and Depression: The Role of Executive Control. *Journal of Experimental Psychology General, 136* (1), 23-42.
- Delduca, C. M., Jones, S. H., & Barnard, P. (2010). A preliminary investigation of the effect of

- hypomanic personality on the specificity and speed of Autobiographical memory recall, *Psychology Press*, 18 (1), 12-26.
- Dowlati, Y., Hermann, N., Swardfager, W. L., Reim, E. K., Lanctôt, K. L. (2010). Efficacy and Tolerability of Antidepressants for Treatment of Depression in Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (2), 91-99.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitao, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9), 9-10.
- Gibbs B. R., & Rude S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 511-526.
- Gonçalves, C. D., & Martín, I. (2007). Intervenção na Depressão Geriátrica Através da Reminiscência. *Psicol, Argum, Curitiba*, 25 (51), 371-384.
- Gonçalves, D., & Albuquerque, P. (2006). Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas. *Dissertação de Mestrado*. Braga: Universidade do Minho.
- Evans, M., Hammond, M., Wilson K., Lye M., & Colepand, J. (1997). Treatment of depression in the elderly: effect of physical illness on response. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 12 (12), 1189-1194.
- Farrell, C. (2004). Poststroke depression in elderly patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 23 (6), 264-269.
- Farrar, M. J., Fasig, L. G., & Welch-Ross, M. K. (1997). Attachment and emotion in autobiographical memory development. *Journal of Experimental Child Psychology*, 67, 389-408.
- Forlenza, O. V. (2000). Transtornos depressivos em idosos. In: Forlenza O. V., & Caramelli P, (eds). *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 299-308.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 13-27.
- Gournellis, R., Lykouras, L., Fortos, A., Oulis, P., Roubos, A., Chistodoulou, G. N. (2001). Psychotic (delusional) major depression in late life: a clinical study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (11)1085-91.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafron, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Hoerl, C. (2007). Episodic Memory, Autobiographical Memory, Narrative: On Three Key Notions in Current Approaches to Memory Development. *Philosophical Psychology*, 20 (5), 621-640.
- Howe, M. L., Courage, M. L. & Edison, S. C. (2003). When autobiographical memory begins. *Developmental Review*, 23, 471-494.
- Irish, M, Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D, Lawlor, B. A., Robertson, I. H. & Coen, R. F. (2006). Investigating the Enhancing Effect of Music on Autobiographical Memory in Mild Alzheimer’s Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 22, 108-120.

- Haddad, A. D. M. Mark, J., Williams, G. McTavish, S. F. B. & Harmer, C. J. (2009). Low-dos e tryptophan depletion in recovered depressed women induces impairments in autobiographical memory specificity. *Psychopharmacology*, 207, 499-508.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria, ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ªed). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Kendler, S. K., Kessler, C. R., & Neale, C. M. (1993). The prediction of Major Depression in women: toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1139-1148.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2008). Reduced Autobiographical Memory Specificity Predicts Depression and Posttraumatic Stress Disorder After Recent Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2), 231-242.
- Klein, K., & Boals, A. (2001). The relationship of life-event stress and working memory capacity. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 565-579.
- Kremens, I. P., Spinhoven, P., & Van der Does, A. J. W. (2004). Autobiographical memory in depressed and non-depressed patients with borderline personality disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 17-29.
- Latorre, J. M., Serrano, J. P., & Gatz, M. (2007). Autobiographical memory in older adults with and without depressive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 41-57.
- Ling Han, M. D., McCusker, J. M. D., Cole, M. D., Abrahamowicz, M. & Capek, R. M. D. (2008). 12- Month cognitive outcomes of major and minor depression in older medical patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (9), 742-751.
- Lyness, J. M, Heo, M, Datto, C. J., et al. (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 144-496.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, (1) 65-90.
- Maguire, E. A., Kumaran, D., Hassabis, D., & Kopelman, M. D. (2010). Autobiographical memory in semantic dementia: A longitudinal fMRI study. *Neuropsychologia*, 48, 123-136.
- McDonald W. M. (2009). New Research in Low-Tech Solutions to a Significant Public Health Problem: Assessment of Depression in the Elderly. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (7), 537-541.
- McDowell, I. & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. (2nd ed.) New York: Oxford.
- McKendree-Smith, N .L., Floyd, M., & Scogin, F. R. (2003). Self-administered treatments for depression: A review. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 275 -288.
- Moreton, B. J., & Ward, G. (2010). Time scale similarity and long-term memory for autobiographical events, *Psychonomic Bulletin & Review*, 17 (4), 510-515.
- Morin, A., & Chalfoun, C. (2003). La prevention de la depression: l'etat actuel des connaissances. *Canadian Psychology*, 44 (1), 39-60.

- Mullen, M., & Yi, S. (1995). The cultural context of talk about the past: Implications for the development of autobiographical memory. *Cognitive Development*, 10, 407-419.
- Nakash O., & Brody, L. (2006). The effects of social roles and personality motives on autobiographical memory. *Sex Roles. Journal of Research*, 54, 39-56.
- Noulhiane, M., Piolino, M., Hasboun, H., Clemenceau, S., Baulac, M., & Samson, S. (2007). Autobiographical memory after temporal lobe resection: neuropsychological and MRI volumetric findings. *The Guarantors of Brain*, 130, 3184-3199.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnosticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- O'Neil M. (2007). Depression in the elderly. *Journal of continuing education in nursing*. 38 (1), 14-15.
- Parrott, W. G., & Spackman, M. P. (2000). Emotion and Memory. In M. Lewis & J. M. Haviland Jones (Eds.) *Handbook of Emotions*. 2 nd Edition. Cap. 30, 476-490. New York: The Guilford Press.
- Philippot, P., Schaefer, A., & Herbet, G. (2003). Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation, *Memory*. 3 (3), 270-283.
- Piefke, M., & Fink, G. R. (2005). Recollections of one's own past: the effects of aging and gender on the neural mechanisms of episodic autobiographical memory. *Anatomy & Embryology*, 210 (6), 497-512.
- Pinquart, M. M. & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40, 1797-1810.
- Poutanen, O., Mattila, A. K., Salokangas, R. K. R. & Joukamaa, M. (2009). Stability of affect associated with autobiographical memories, *Nord Journal Psychiatry*, 63 (3) 223-230.
- Raes, F., Hermans, D., Beyers, W., Williams, M. G. & Brunfaut E. (2006). Reduced Autobiographical Memory Specificity and Rumination in Predicting the Course of Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (4), 699-704.
- Raes, F., Hermans, D., de Decker, A., Eelen, P., & Williams, J. M. G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3, 201-206.
- Ramalheira, C. (2003). Dados Epidemiológicos Mais Salientes das Perturbações Depressivas. In A. Vaz-Serra (Coord.), *Medicina - Temas Actuais: Depressão*. AtralCipan.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Coimbra: Climepsi Editores.
- Robinson, R. G. (2003). Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry*, 54 (3), 376-387.
- Robyn, F. (2010). The Development of Autobiographical Memory. *The Annual Review of Psychology*, 62 (2), 1-24.
- Roman, M. W., & Callen, B. L., (2008). Screening instruments for older adult depressive disorders. *Issues Ment Health Nurs*, 29 (9), 924-941.

- Scalco, Z. M. (2002). Depression treatment of elderly patients using tricyclics, MAOI, SSRI, and other antidepressants. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 (1), 55-63
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., & Gatz, M. (2007). Autobiographical memory in older adults with and without depressive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 41-57.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*. 40 (4), 228-235.
- Silveira, G. A. M., & Gomes, B. G. (2008). Intensidade emocional de memórias autobiográficas: efeitos de sexo e ensaio repetido, *Psico*, Porto Alegre, 39 (3), 308-316.
- Sobral, M. (2006). A contribuição da psicologia na avaliação do idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatria*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Spinhoven, P., Wekking, M. E., Bockting, L. H., Schene, H. A., Koeter, M.W., & Williams, J. M. (2006). Autobiographical Memory in the Euthymic Phase of Recurrent Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 590-600.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8 (3), 91-98.
- Subedi, J., Brown, J., Subedi, S., Basnyat, K., Tausig, M., & Santangelo, S. (2008). A Linking Mechanism Between Disability And Depression: Embarrassment Over One's Health Problems. *The Gerontologist*, 48, 132-132.
- Sumner, A. J., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 614-625.
- Tenev, V. T., Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2009). Is family History of Depression a Risk Factor for Poststroke Depression? Meta-Analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (4), 276-280.
- Thomsen, K. D. (2009). There is more to life stories than memories. *Psychology Press*, 17 (4), 445- 457.
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1 25.
- Tollenaar, M. S., Elzinga, B. M., & Spinhoven, P. (2009). Autobiographical memory after acute stress in healthy young men. *Psychology Press*, 17 (3), 301-310.
- VanItallie, T. B. (2005). Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. *Metabolism*, 54 (1), pp. 39-44.
- VanVreeswijk, M. F., & de Wilde, E. J. (2004). Autobiographical memory, specificity, depressed mood and the use of Autobiographical Memory Test: a metaanalysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 731-743.
- 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). Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology, 95* (2), 144-149.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin, 133*, 122-148.
- Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 75* (6), 1559- 1571.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O, Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research. 17*, 37 - 49.
- Yeung, C. A., Dalgleish, T., Golden, A., & Schartau, P. (2006). Reduced specificity of autobiographical memories following a negative mood induction. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1481-1490.

## (Anexo I)

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

## Revisão da literatura

### 1. Memória Autobiográfica

A capacidade de criar uma autobiografia, uma história pessoal, de si próprio, com desenvolvimento contínuo no tempo, com eventos específicos experienciados e associar o passado com o presente (Robyn, 2010). É uma habilidade humana complexa que depende de múltiplos componentes de desenvolvimento de competências, tais como o desenvolvimento da consciência subjectiva, a capacidade de desenvolvimento de ligar o passado ao presente caracterizando pela auto-estima capaz de desenvolver a capacidade de construir um tempo pessoal (Robyn, 2010).

Os acontecimentos passados são accionados pelas memórias episódicas, sendo caracterizados pelas “ligações” da memória autobiográfica; estes eventos passados são agrupados na construção da história pessoal, e relacionados através do *self* no passado, presente, e essencialmente, compondo uma narrativa de vida (Habermas e Bluck 2000; McAdams, 2000 *cit in* Robyn, 2010). Segundo Ross & Wilson (2000), uma função essencial do eu é avaliar informações passadas a fim de reforçar as visões actuais do *self*. Ou seja, a avaliação retrospectiva da pessoa no presente depende da distância temporal entre o *self* percebido no presente e passado. Geralmente as pessoas devem avaliar um passado próximo num tempo atual, dando relevância aos aspetos importantes em todos os contextos correntes.

A memória episódica é responsável por recordar um evento específico que ocorreu no passado autobiográfico, incluindo a memória de si mesmo a experienciar o evento. Tulving (2002), nomeou esta capacidade da memória autobiográfica, de integrar o *self* nas situações, de “autonoetic consciousness”. A memória autobiográfica vai além da função de memória episódica, tendo função de orienta e prever o comportamento futuro para servir as funções sociais e emocionais, incluindo a definição e regulação do *self* (Bluck & Alea 2002; Fivush, 1988; Fivush *et al.*, 2003; Pillemer, 1998 *cit in* Robyn, 2010).

A memória autobiográfica é um sistema exclusivamente humano, que depende de um conjunto complexo de habilidades que se desenvolvem ao longo da infância e adolescência, e através das interações específicas que ocorrem num contexto sociocultural (Robyn, 2010). A memória autobiográfica vai além da recuperação de eventos, utiliza as experiências anteriores, para integrar, interpretar e avaliar a perspectiva de si, para auxiliar a criação da história pessoal. A memória autobiográfica tem como função integrar o “*self*” e é constituída pelas memórias de curto prazo e as memórias de longo prazo que definem o nosso ser e o nosso propósito no mundo (Conway *et al.*, 2004; Fivush, 2008; McAdams, 2001; Pillemer 1998, *cit in* Robyn, 2010).

As memórias autobiográficas caracterizam-se pelas construções mentais explícitas, de processos, que reúnem aspectos diversos como os contextos da ocorrência e a sua recuperação, bem como das emoções associadas a ambos (Bluck & Li, 2001; Mullen & Yi,

1995; Nakash & Brody, 2006; Parrott & Spackman, 2000; Philippot, Schaefer & Herbette, 2003).

A memória autobiográfica é considerada a mais complexa forma de memória humana (Piefke & Fink, 2005). Sendo o resultado da interação contínua entre memória episódica, emoções associadas e sentido de continuidade do “*self*”, ao longo da nossa história de vida pessoal.

A memória autobiográfica é condicionada por factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, situacionais, sociais e culturais. Neste sentido, a memória autobiográfica é também uma narrativa, criada através da interação do sujeito com o seu contexto (Farrar, Fasig & Welch-Ross, 1997). Sendo esta uma história com personagens que interagem em contextos diferenciados, com intuito de caracterizar o sujeito conferindo-lhe uma identidade (Radvansky, Copeland, & Zwann, 2005). Deste modo, parece consensual aceitar, que a memória autobiográfica vai alterando-se ao longo do desenvolvimento da pessoa (Latorre, Serrano & Gatz, 2003). A premissa básica será: que a memória autobiográfica é uma habilidade complexa em constante interação sócio cultural em que é moldada (Robyn, 2010). Thomsen, (2009), designa por capítulos os períodos temporalmente prolongados na estrutura da memória autobiográfica. Estes têm um papel proeminente na organização das histórias de vida; sendo predominantes no raciocínio autobiográfico, os capítulos suportam e enfatizam os processos sociais, dando coerência à história de vida.

Uma série de estudos indicam que a memória autobiográfica é organizada hierarquicamente (Linton, 1986; Schooler & Hermann, 1992; Conway & Rubin 1993), caracterizando os níveis de conhecimento autobiográfico: em períodos de vida; eventos em geral; e eventos específicos do conhecimento. Os níveis de vida correspondem a longos períodos de vida medido em anos ou décadas; o nível geral corresponde a experiências gerais; tais como eventos repetidos distribuídos no tempo, medido em dias, semanas ou anos; e o nível específico refere-se a eventos específicos, medido em minutos, horas nunca excedendo um dia (Conway & Rubin 1993). As pessoas, ao tentar recordar acontecimentos de seu passado, em primeiro lugar acendem ao nível superior, onde é feita uma descrição mais geral, esta é utilizada como passo intermediário para solicitar o nível mais baixo, e aceder à recuperação de eventos específicos (Reiser, Black, & Abelson, 1985; Rubin, 1996).

D’Argembeau & Linden (2005) defendem que, após a análise das respostas do teste de memórias autobiográficas, as memórias positivas e negativas continha mais detalhes sensoriais e contextuais do que as memórias neutras, em relação à influência das emoções sobre as características fenomenais de memórias autobiográficas. Esta descoberta é consistente com a ideia de que eventos emocionais tendem a ser mais elaborados durante a codificação, e posteriormente, mais frequentemente ensaiados quer para a partilha social quer em pensamentos (Ochsner & Schacter, 2000)

## **1.1 Teste de Memória Autobiográfica**

Para medir as especificidades da memória autobiográfica, pode-se utilizar o Teste de Memória Autobiográfica (AMT), que é efetuado através de palavras estímulo, estas podem activar memórias gerais ou específicas, sendo que a ativação de memórias gerais possibilita ativar os esquemas negativos das pessoas com sintomatologia depressiva, como forma de evitar a especificidade das memórias negativas (Williams *et al.*, 2007).

Os indivíduos que sofrem de sintomatologia depressiva, caracterizada por representações esquemáticas negativas, terão um número relativamente elevado de respostas gerais (Williams *et al.* 2007). As respostas gerais podem interagir com o controle executivo em participantes com sintomatologia depressiva que apresentam uma superior memória autobiográfica geral (Williams *et al.*, 2007). As diferenças individuais no controle executivo exercem um papel fundamental na condução e desempenho do Teste de Memórias Autobiográficas, indicando, que essas diferenças são um elemento importante na explicação da relação amplamente divulgada entre os estados sub - clínicos e clínicos, e a reduzida especificidade das memórias autobiográficas (Williams *et al.*, 2007).

Sendo o controlo executivo importante no desempenho do Teste de Memória Autobiográfica, independentemente do estado de humor, estudos apontam para uma associação positiva entre depressão e fraco desempenho do Teste de Memória Autobiográfica. O controlo executivo é reduzido de forma significativa em pessoas com sintomatologia depressiva ao realizarem o teste de Memória Autobiográfica, ou seja, uma deficiente função do controlo executivo está associada a estados de humor depressivos. (Williams *et al.*, 2007).

## **2. Depressão na velhice**

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a um aumento do número de sujeitos com o quadro clínico de depressão, e segundo as previsões da Organização Mundial de Saúde, em 2020, a depressão será das doenças com maior prevalência na população em geral (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003), bem como a mais dispendiosa (Arnow & Constantino, 2003). Segundo Gonçalves e Fagulha (2004), a depressão é uma das perturbações mentais mais frequente, ou até mesmo a mais frequente. Estima-se que ao longo da vida, cerca de 12,7% dos homens e 21,3% das mulheres irão sofrer desta perturbação (Kessler *et al.*, 1994, *cit in* Morin & Chalfoun, 2003). Esta perturbação pode afectar pessoas de todas as idades, desde crianças e adolescentes, até idosos.

A depressão no idoso é um problema de saúde pública, sendo a perturbação afetiva mais frequente, diminuindo de forma substancial a qualidade de vida e conduzindo à incapacidade. Deste modo o diagnóstico e tratamento de depressão, são de grande importância nesta faixa etária (OMS, 2002).

Este síndrome engloba uma variedade de aspectos clínicos, etiopatogénicos e de tratamento. Deste modo, quando a depressão tem um início tardio, é comum, associar-se a outras doenças clínicas gerais, assim como, a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se esta não usufruir de tratamento, o risco de morbidade clínica, e de mortalidade, será acrescido, especialmente, em idosos hospitalizados que padecendo de doenças mais gerais (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Alexopoulos & Kelly, 2009).

As causas desta patologia na população idosa emergem de um vasto conjunto de componentes, onde actuam os factores genéticos e acontecimentos importantes para o sujeito, como, por exemplo, o luto e abandono, doenças incapacitantes, entre outros. É importante salientar que a depressão no idoso, geralmente acontece num contexto de perda da qualidade de vida, que se encontra relacionada com o isolamento social e com o despoletar de doenças clinicamente severas. Neste sentido, é útil referir que as doenças crónicas incapacitantes, constituem factores de risco para a depressão, assim como sentimentos de frustração perante desejos não concretizados. (Pacheco, 2002 *cit in* Stella, *et al.*, 2002; O'Neil 2007; Alexopoulos & Kelly, 2009).

A história de vida na velhice é frequentemente assinalada por perdas progressivas, do companheiro, laços afectivos e capacidade para trabalhar, bem como o abandono, isolamento social e capacidade de reenquadramento na actividade produtiva. Sendo esta, normalmente a idade da reforma, em que na maioria dos casos o sujeito não possui os recursos mínimos de sobrevivência, concomitante com sintomas como; alterações no sono, disfunção cognitiva, herança familiar de depressão major, são aspectos que comprometem a qualidade de vida do idoso, predispondo-o ao desenvolvimento de depressão (Pacheco, 2002 *cit in* Stella, *et al.*, 2002; O'Neil 2007; Alexopoulos & Kelly, 2009). A manifestação da depressão nos idosos coexiste, com queixas físicas, associadas a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que desencadeiam um sofrimento prolongado, causando dependência física que conduz à perda de autonomia, o que leva o idosos a ser hospitalizado ou institucionalizado (Alexopoulos & Kelly, 2009; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Por outro lado, a depressão nos idosos constitui uma agravante para as doenças clínicas gerais, possibilitando, deste modo, o aumento da mortalidade (Alexopoulos & Kelly, 2009; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Ainda que a depressão assuma uma elevada prevalência entre as doenças clínicas gerais, esta nem sempre tem sido diagnosticada e tratada adequadamente. Os sintomas indicadores de depressão são, frequentemente, confundidos com a própria doença de clínica geral, ou igualmente, como uma consequência dita “normal” do envelhecimento, sendo pouco valorizados (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

A depressão e outras patologias exercem uma forte influência na evolução clínica do paciente. A prevalência da depressão revela-se muitíssimo elevada, em algumas patologias específicas, consideradas frequentes em idosos como: doença de Parkinson (40 a 60%); demência de Alzheimer (30 a 40%); acidente vascular cerebral (30 a 60%); doença de Huntington (30 a 40%); esclerose múltipla (20 a 60%) e epilepsia (10 a 50%). Outros quadros

clínicos, como: síndrome de Cushing, hipotireoidismo, diabetes mellitus, doenças cardíacas e doenças auto-imunes, também parecem possuir uma alta prevalência de depressão (Cole & Bellavane, 1997; Evans *et al.*, 1997). Importa recordar que determinados tipos de medicamentos, também podem conduzir ao surgimento de sintomas depressivos, por exemplo, anti-hipertensivos (alfa-metildopa, clonidina, nifedipina, propranolol, digoxina), anti-parkinsonianos (L-dopa, amantadina), benzodiazepinas (diazepam, entre outros) e, corticóides. Torna-se assim imperativo proceder ao registo dos períodos extensos de dor, emagrecimento, e factores provenientes de outras doenças físicas, que conduzem a uma baixa autonomia e perda de mobilidade física, contribuindo, sem dúvida, para o estabelecimento da depressão (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Este condicionalismo pode despoletar sintomas psicóticos, caracterizados por delírios de inutilidade e pela percepção de que o seu corpo está a desaparecer. Os idosos revelam medo, no que concerne à progressão da doença física, da perda de dignidade, e sobretudo, têm medo de se tornarem uma sobrecarga para os seus familiares. Todos estes aspetos constituem fenómenos psicológicos que acompanham toda a condição física do idoso (Forlenza, 2000). Por vezes o paciente recusa a alimentar-se e a seguir as recomendações do clínico, permanecendo a maior parte do tempo deitado, manifestando fraca mobilidade física. Estes factores, associados à fragilidade clínica em geral, poem em causa a homeostasia do organismo, a diminuição das defesas orgânicas, levando o sujeito a estar mais vulnerável, no que diz respeito a infecções (Stella, *et al.*, 2002).

### **2.1. Incidência da depressão na velhice**

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, afectando 20% a 25% das pessoas em qualquer momento da sua vida. 20% dos pacientes tem uma ou mais perturbação mental e comportamental, mas apenas 25% da população dos países industrializados recebe um diagnóstico e tratamento adequados. As estimativas apontam para uma prevalência de 12% de perturbações mentais e comportamentais do total das doenças mundiais (OMS, 2002).

Os dados indicam que as pessoas com idade superior a 65 anos padecem de algum tipo de perturbação psiquiátrica, sendo a depressão a mais frequente nesta faixa etária. (OMS, 2002). Um idoso com diagnóstico de depressão, sendo do tipo major, destaca-se pelos valores mundiais de 6,1% para Mulheres e de 3,1% para Homens entre a população idosa (Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis 2009). Pelo menos metade dos portadores de depressão major deparam-se com um comprometimento no trabalho e nos papéis sociais que desempenha, e mais de dois terços são incapazes de desempenhar funções domésticas. Os dados apresentados denotam o claro grau de incapacidade associado a este tipo de depressão, sendo esta considerada uma questão de saúde pública em geriatria (Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis 2009).

Kurlowicz (1999), constatou que cerca de 13% dos idosos que residem em comunidade e 43% dos idosos que se encontram institucionalizados, encontram-se diagnosticados com depressão.

Os idosos correm um risco mais elevado de apresentar sintomas depressivos. (Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis 2009). Esta hipótese é reforçada por estudos que avaliaram a sintomatologia depressiva na comunidade, tendo-se constatado altas taxas em sujeitos com idade superior a 50 anos, sendo que as taxas mais elevadas são observadas nos sujeitos muito velhos, com mais de 80 anos. No entanto, nem todos os estudos têm encontrado um aumento da sintomatologia depressiva com a idade (Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis 2009). No sentido de fundamentar a afirmação anterior um estudo sueco acompanhou uma amostra de 392 indivíduos com idades compreendidas entre os 70-85 anos; verificou-se que a taxa de incidência segundo os critérios do DSM-IV para depressão major, foi de 12/1000 em homens e 30/1000 em mulheres (Kohn, Amber, Gum, & King-Kallimanis 2009). Outro estudo sueco seguiu 865 indivíduos entre os 78 e 102 anos, ao longo de três anos. A incidência de depressão foi de 1,4% por pessoa, por ano; sendo 0,8% por pessoa por ano para homens e 1,5% por pessoa por ano para as mulheres (Kohn, Amber, Gum, & King-Kallimanis 2009).

(Usson Magn *Cit. In.* Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis 2009), realizou na Islândia um dos primeiros estudos sobre a incidência de depressão. Os resultados indicaram que entre os 74-85 anos, a taxa de incidência de transtornos afetivos foi de 0,6% por ano para homens e cerca de 1,1% por ano para as mulheres (Kohn, Amber, Gum, & King-Kallimanis 2009).

De salientar que a depressão não faz parte do processo natural de envelhecimento, sendo reversível através de intervenção apropriada. Contudo, sem tratamento, pode levar ao início da incapacidade física, cognitiva e social (Kurlowicz, 1999). Ao ter em conta a elevada prevalência desta doença mental entre a população idosa, torna-se relevante ter presente o elevado grau de sofrimento psíquico que proporciona (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis 2009). Segundo Kaplan *et al.* (2003), a prevalência desta patologia, na população em geral, gira em torno dos 15%, baixando para 2 e 14% em idosos que estabelecem laços sociais favoráveis, aumentando, novamente, a incidência da depressão para 30%, em indivíduos que residem em instituições (Pamerlee *et al.*, 1989 *cit in* Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Ramalheira, 2003).

## **2.2 Diagnóstico da Depressão na velhice.**

A depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressivo, segundo a *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DMS-IV)*, e na *International Classification of Diseases (ICD-10)*, em indivíduos com mais de 65 anos de idade.

O diagnóstico de depressão geriátrica deve considerar vários aspectos, tais como, a presença de doenças médicas concomitantes e efeitos laterais da medicação, a possibilidade de existirem dificuldades de comunicação, assim com a presença de maior número de queixas somáticas e niilismo terapêutico (Buckley & Lachman, 2007; VanItallie 2005).

## **2.3. Tipos de Depressão na velhice**

### **2.3.1. Depressão Major**

Cerca de 25% dos idosos, com alteração funcional desenvolvem depressão major num período de dois anos, podendo também desenvolver ideação suicida (Lyness, Heo & Datto, 2006).

Para o diagnóstico de depressão major ser efetuado, segundo DSM-IV e o ICD-10, é necessária a presença de humor depressivo e perda de interesse/prazer em quase todas as actividades. A depressão major no idoso encontra-se geralmente associada a alterações cognitivas e corporais. Estas últimas incluem, hipercortisolemia, aumento da gordura abdominal, diminuição da densidade mineral óssea, aumento do risco de diabetes tipo 2 e hipertensão arterial.

Os idosos sem demência e com depressão major, frequentemente evidenciam dificuldade de concentração, de processamento mental e da execução de funções. Estes défices apresentam alguma melhoria após a remissão da depressão mas, geralmente, não melhoram na sua totalidade (Alexopoulos, 2005).

Cinco dos seguintes sintomas devem estar presentes diariamente, ou na maior parte do dia ou, por pelo menos, em duas semanas: presença de humor depressivo ou perda de interesse/prazer em quase todas as actividades; mudança de apetite/peso inferior a 5% da massa corporal; insónia ou hiperinsónia; agitação ou retardamento psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade e culpa; dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. (Alexopoulos, 2005).

Segundo o DSM-V-TR (APA, 2002), a perturbação depressiva major, é descrita como um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. Deve ainda estar presente pelo menos um sintoma adicional de uma lista que inclui: alterações no apetite, peso ou sono, e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou tomar decisões e pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos e tentativas suicidas (Alexopoulos, 2005).

### **3. 2. Depressão Minor**

Em pacientes muito idosos poderá surgir depressão minor num período de três anos antes do surgimento de depressão major. Para o diagnóstico da depressão minor devem estar presentes pelo menos dois a quatro sintomas, mas menos que cinco dos sintomas de depressão major, por pelo menos duas semanas. Este síndrome conduz ao sofrimento ou dano funcional e não deve corresponder ao efeito directo do uso de uma substância, condição médica ou luto. Este diagnóstico só poderá ser feito em pacientes sem

história familiar de depressão major, distímia ou distúrbios psicóticos e bipolares. (Alexopoulos, 2005).

### **3. 3. Distímia**

Segundo o DSM-IV, o diagnóstico de distímia os pacientes idosos deve cumprir os mesmos critérios que para os pacientes mais jovens. A distímia é uma síndrome depressiva de severidade leve a moderada que se define como tendo duração mínima por um período de dois anos. Que não seja acompanhado por mais de dois sintomas presentes na depressão major. Um episódio de depressão major não poderá estar presente durante os primeiros 2 anos da perturbação, para ser considerado distímia. (Alexopoulos, 2005).

#### **2. 3. 4. Depressão psicótica**

Trata-se de um dos tipos mais graves de depressão e que ocorre mais frequentemente em idosos (Gournellis, 2006). A depressão psicótica apresenta frequentes recaídas, podendo estar presentes delírios somáticos, paranóides e persecutórios. As alucinações são raras e tendem a ser transitórias. Os pacientes afectados apresentam, geralmente, um quadro de início subagudo, história médica prévia e familiar de depressão e disfunção da memória, (Gournellis, 2006). Alguns pacientes com depressão psicótica têm alterações cognitivas importantes que contribuem para o desenvolvimento de alterações do humor, uma condição a que se deu o nome de pseudodemência (Alexopoulos, 2005). Este termo foi substituído por síndrome demencial da depressão, sendo que os défices cognitivos são reais. Estes pacientes têm um risco mais elevado de conversão irreversível para uma síndrome demencial, como no caso da doença de Alzheimer.

#### **2. 3. 5. Depressão Vascular**

A sintomatologia depressiva típica apresentada pelos idosos corrobora a hipótese da existência de um tipo de depressão diferente das outras faixas etárias (Alexopoulos, 2005). Pela frequência da comorbilidade com sintomas somáticos ou hipocondríacos frequentes, com menores antecedentes familiares de depressão e pior resposta aos tratamentos (Alexopoulos, 2005).

Ao nível biológico, no decorrer do processo de envelhecimento, pronuncia-se uma crescente probabilidade de aparecimento de fenómenos degenerativos ou doenças físicas, capazes de produzir sintomas característicos da depressão, podendo ser confundidos com diferentes tipos de depressão, tais como depressão reactiva, depressão secundária, depressão endógena e depressão demencial (Alexopoulos, 2005).

No entanto, na última década verificou-se que a doença cerebrovascular pode predispor, precipitar e perpetuar algumas síndromes depressivas nos idosos denominada depressão vascular (Kelly & Alexopoulos, 2009). Esta afirmação baseia-se na comorbilidade dos

síndromes depressivos com as lesões cerebrovasculares, e com os factores de risco cardiovasculares, embora ainda sejam desconhecidos os mecanismos biológicos específicos que se encontram na base do tipo de depressão apresentado (Kelly & Alexopoulos, 2009).

Alexopoulos, Meyers, Young, *et al.*, 1997), avançou com uma definição clínica que visou, abranger o máximo de indicadores possíveis sobre a depressão vascular, para tal sinalizou duas características fundamentais: início de depressão após 65 anos de idade, ou alteração no curso da depressão após o início da doença vascular em pacientes com depressão de início precoce; e/ou evidência laboratorial de doença vascular, ou factores de risco vascular, o que engloba ataques isquémicos transitórios, sinais neurológicos focais, enfarte do miocárdio, entre outras manifestações clínicas.

Ainda foram incluídos na definição critérios referentes ao defeito cognitivo, embora não se encontre limitado às funções executivas, ou seja, planeamento, organização, sequenciamento, abstracção, retardo psicomotor, falta de insight, ausência de deficiência e da presença de transtornos de humor na história familiar (Kelly & Alexopoulos, 2009).

Embora a definição apresentada procure identificar a depressão consequente da doença vascular, esta, por um lado, é excessivamente abrangente, com dificuldade em avaliar alguns indivíduos com início tardio da depressão e com sinais de doença cerebrovascular. Para efectuar o diagnóstico, a depressão não deve ser confundida com a doença cerebrovascular. (Kelly & Alexopoulos, 2009).

Por outro lado, é insuficiente, porque inclusive para alguns indivíduos de início tardio da depressão esta pode ser causada, pelo menos em parte, por doença cerebrovascular, sem evidência clínica ou laboratorial de doença cerebrovascular e sem quaisquer sinais de doença cardiovascular (Kelly & Alexopoulos, 2009).

No sentido de perceber melhor algumas manifestações do diagnóstico, os dados apontam que os idosos com depressão vascular manifestam maior défice cognitivo, comparativamente a idosos depressivos sem estigmas vasculares. É de referir que a fluência verbal e a nomeação de objectos são as funções cognitivas mais atingidas (Alexopoulos, 2005).

A contrabalançar os dados apresentados, também existem evidências de que os fármacos utilizados na prevenção da doença cerebrovascular, podem reduzir o risco de depressão vascular (Alexopoulos, 2005). Assim sendo, o uso de antidepressivos que promovam a recuperação isquémica (dopamina ou noradrenalina) pode ser favoráveis na depressão vascular, ao contrário de fármacos que inibem a recuperação isquémica, como bloqueadores alfa-adrenérgicos, a ser evitados (Alexopoulos, 2005).

O diagnóstico de depressão condicionada por uma comorbilidade médica é feito pelo surgimento de humor depressivo ou anedonia, em pacientes que já foram diagnosticados com uma doença que está associada à depressão. Cerca de 25% dos pacientes que tiveram um enfarte do miocárdio, ou que se submeteram a cateterismo cardíaco apresentam depressão major e cerca de 25% vão ter depressão minor (Alexopoulos, 2005).

Metade dos pacientes com doença coronária e depressão major terão tido pelo menos um episódio de depressão, e 50% na altura do cateterismo cardíaco mantêm-se deprimidos, um

ano após o procedimento. A depressão exacerba o prognóstico das doenças médicas (Alexopoulos, 2005; Robinson, 2003).

#### **2.4. Escala de Depressão Geriátrica.**

A escala Gds assume que existe uma sintomatologia depressiva específica na velhice.

Trate-se de um instrumentos de *screening* para depressão na velhice, utiliza-se a escala de depressão geriátrica (GDS). Contudo, a sua utilização limita-se a pacientes sem défices cognitivos. (Farrell, 2004). Este instrumento é sensível a presença ou ausência de indicadores de depressão na velhice. A Escala geriátrica da depressão (GDS) (Yesavage et al (1983). Foi construída especificamente para a população idosa. A escala compreende trinta questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana. As respostas são dicotômicas (sim/não). A GDS com 30 itens apresenta uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95% (Roman & Callen 2008). Ao contrário de outras escalas de depressão, a GDS não engloba questões relacionadas com queixas somáticas que poderão causar falsos negativos, uma vez que estas queixas podem ser ambíguas. A GDS com 30 itens permanece inalterada desde a sua origem, 1983 e tornou-se o instrumento mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão em idosos. A versão reduzida com 15 itens tem uma menor sensibilidade e especificidade que a de 30 itens, não sendo tão eficaz no diagnóstico de depressão menor quanto esta última (Farrell, 2004; Roman & Callen, 2008).

### **3. Memória autobiográfica e depressão**

O Aumento do humor deprimido encontra-se relacionado com redução das Memórias Autobiográficas Específicas (Ramponi *et al.*, 2004, *cit. in.* Williams *et al.*, 2007). Os estudos mostram que a baixa especificidade da memória autobiográfica prevê a depressão em pacientes com diagnóstico anterior como a depressão major, mas não aquelas sem depressão prévia, (Kleim, & Ehlers, 2008). A sintomatologia depressiva e a depressão clínica, bem como uma série de outros transtornos psiquiátricos, estão associadas a uma relativa dificuldade em aceder as informações autobiográficas específicas, em resposta às palavras estímulo de sinalização dos Testes de memória Autobiográfica, (Williams, & Broadbent, 1986 *cit in* Dalgleish, Williams, Golden, Perkins, Barrett, Barnard, Yeung, Murphy, Elward, Tchanturia, & Watkins, 2007). A sobregeneralização da memória autobiográfica é um dado consistente sobre a depressão, na medida em que a sobregeneralização da memória autobiográfica prevê o curso da depressão. (Sumner, Griffith, Mineka, 2010).

Os pacientes deprimidos recordam em média aproximadamente 40% memórias específicas, diferindo consideravelmente de pessoas saudáveis, que recordam aproximadamente 70% (Van Vreeswijk & Wilde de, 2004). Este efeito de sobregeneralização das memórias autobiográficas é assumido como uma característica, para a depressão e tem sido assumido como um traço (Brittlebank, Scott, Williams & Ferrier, 1993; Williams, 1996).

O papel da Memória Autobiográfica no funcionamento humano parece ser de tal modo preponderante que alterações nas suas funções, como a sobregeneralização, é um dos fenómenos mais estudados na literatura (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). A especificidade da memória autobiográfica é relativamente reduzida em indivíduos com humor deprimido, depressão clínica, e uma variedade de outros estados clínicos e sub-clínicos (Williams et al. 2007). O aumento do humor deprimido está associado com a diminuição do controlo executivo. Uma reduzida Especificidade das Memórias Autobiográficas está associada, a pior desempenho em tarefas que estão associados com o controle do executivo, incluindo medidas de fluência verbal, inteligência fluida (Williams et al. 2007). Primeiro, os indivíduos com menores níveis de controlo do executivo podem ser mais vulneráveis à depressão, sendo este um fator de risco para o aparecimento da depressão, pelas mesmas razões que o menor controle executivo está associada com baixa recuperação da depressão (Klein & Boals 2001). Indivíduos com baixo controle executivo “capacidade de memória de trabalho” reagem com maior efeito a eventos stressantes em relação a indivíduos com elevado controle executivo (Williams *et al.*, 2007). Assim, por exemplo, Wenzlaff & Bates (1998), mostrou que os indivíduos vulneráveis à depressão apresentaram certos enviesamentos cognitivos, mas somente quando colocados sob condições de carga mental. Por conseguinte, pode ser o caso que as capacidades de controlo executivo estão cronicamente comprometidos em indivíduos mais vulneráveis à depressão no sentido de lidar com memórias negativas. Desta forma idosos com sintomatologia depressiva têm menos recursos disponíveis para o controlo executivo em tarefas exigentes, como o Teste de Memória Autobiográfica (Williams *et al.*, 2007). O humor depressivo está associado aos deficits na inibição forte ou fraca no que diz respeito à informação detractora no contexto de tarefas que exigem a aplicação do controlo da atenção (Mathews & MacLeod, 2005 *cit in* Williams et al. 2007).

A hipótese de activação diferencial proposta por (Teasdale 1988 *cit in* Werner - Seidler, & Moulds 2010), considera que os indivíduos que são vulneráveis à depressão podem ser distinguidos dos indivíduos não vulneráveis, pelo grau de activação dos processos cognitivos e pelos pensamentos negativos maladaptivos activados durante o humor triste. Os pacientes actualmente, anteriormente e nunca deprimidos exibem padrões diferenciais do funcionamento cognitivo (Werner - Seidler, & Moulds 2010). Os pacientes deprimidos recordam menos acontecimentos positivos comparativamente a indivíduos que nunca estiveram deprimidos (Werner - Seidler, & Moulds 2010). Este dado corrobora a ideia que os transtornos depressivos são caracterizados por concentração na evocação de informações negativas (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews 1988). Estudos têm mostrado que indivíduos com longo historial de depressão, têm maior acesso às memórias autobiográficas negativas, consolidando a ideia de que o humor é congruente com as memórias (Matt, Vázquez & Campbell 1992). Por este motivo, a depressão pode estar associada a um déficit no processamento de memórias positivas, sendo a especificidade das memórias autobiográficas um construto multifacetado. A sobregeneralização pode ser, também, perspectivada como sendo o resultado do estado de humor actual, independentemente de qualquer historial

prévio de depressão (Yeung, Dalgleish, Golden, & Scbartau 2006). Werner-Seidler, & Moulds (2010) Defende a possibilidade alternativa que, apenas os sintomas de depressão atual, podem alterar a evocação de memória, sendo ela negativa durante um estado de humor triste (Werner-Seidler, & Moulds 2010).

Participantes deprimidos diferem dos participantes eutímicos sobre o número de memórias autobiográficas consecutivas gerais após uma memória inicial geral (Barnhofer, Jong-Mayer, Kleinpab & Nikesch, 2002). De acordo com as instruções do teste AMT e refletindo sobre a quantidade de detalhes das memórias autobiográficas, os participantes deprimidos raramente produzem uma memória específica, por sugestão da palavra estímulo quer positiva, negativa ou neutra (Barnhofer, Jong-Mayer, Kleinpab & Nikesch, 2002).

As pessoas deprimidas, em vez de recuperarem detalhes de memórias específicas, produzem sequências lideradas por memórias categóricas. Williams (1996), considera este padrão de auto-foco ruminativo como sendo um bloqueio interno mnemônico “interlock”, em que o acesso das memórias de pacientes deprimidos é bloqueado, restringindo a passagem vertical da memória categórica ao evento específico, ocorre o chamado “deadlock” perda de acesso às especificidades das memórias autobiográficas, Este processo pode contribuir para a manutenção de um estilo de recuperação sobregeneralizado (Barnhofer, Jong-Mayer, Kleinpab & Nikesch, 2002).

Pacientes deprimidos tem baixa especificidade da memória autobiográfica no teste AMT, podendo vir a ter consequências negativas, em importantes capacidades cognitivas, como a ausência funcional (Williams 1996), disfunção executiva, ruminação (Barnard, Watkins, Ramponi 2006), atrasos na recuperação de episódios depressivos e de humor, e em pacientes que recuperam da depressão os quais podem vir a mediar a vulnerabilidade de futuros episódios de humor depressivo (Haddad, Mark, Williams, McTavish, & Harmer, 2009).

Um dos comprometimentos neuropsicológicos observados em pessoas deprimidas é a reduzida especificidade da memória autobiográfica, após a solicitação de recuperação de uma memória específica através de uma palavra estímulo. Os pacientes deprimidos tem pior desempenho em relação a indivíduos eutímicos. Em vez de descreverem um evento que ocorreu em um determinado tempo e lugar, os pacientes deprimidos são mais propensos a dar uma resposta que resume um evento sendo generalista e repetitivos (Williams *et al.*, 2007).

É imperativo compreender a importância deste fenômeno porque o grau de comprometimento da especificidade das memórias autobiográficas prevê o curso temporal das perturbações afectivas (Dalgleish, Pinks, Yiend, Kuyken 2001). Além disso, mesmo em pessoas eutímicas, o grau de comprometimento da especificidade das memórias autobiográficas pode prever sintomatologia depressiva, ao longo da vida (Gibbs & Rude 2004). Os indivíduos deprimidos com reduzida especificidade na memória autobiográfica, tem consequências no aumento dos níveis de cortisol, hormona relacionada com os acontecimentos stressantes (Schlosser, Wolf, Fernando, Riedesel, Otte, Muhtz, Beblo, Driessen, Lowe & Wingenfeld 2010).

Esta incapacidade de especificar as memórias autobiográficas pode ser também um factor de risco para futuros comportamentos suicidas (Taylor Gooding, Wood, & TARRIER, 2010; Williams & Broadbent 1986). A forte sobregeneralização das memórias persiste mesmo se os pacientes são repetidamente solicitados a recordar as memórias específicas (Barnhofer, Jong-Mayer, Kleinpab, & Nikesch, 2002).

Uma das perspectivas explicativas da redução da especificidade da memória autobiográfica é a de que funciona como um mecanismo de evitamento, como padrão repressivo e defensivo, utilizado pelos pacientes deprimidos com intuito de regular os afectos negativo (Raes, Hermans, Mark, Williams, Eelen, 2006). Este estilo de recuperação sobregeneralizado, que é observado em indivíduos com depressão, pode ser visto inicialmente como uma forma adaptativa, que começa como uma estratégia funcional, ou seja, o bloqueio ou evitamento de memórias específicas de memórias negativas (Raes, Hermans, de Decker, Eelen, & Williams, 2003). Contudo, esta recuperação sobregeneralizada das memórias autobiográficas, deixa de ser adaptativa a longo prazo, podendo transformar-se num factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas emocionais futuros. (Raes, Hermans, Mark, Williams, Eelen, 2006).

Mesmo que algumas pessoas tenham a tendência a pensar no seu passado, em termos gerais, estes conseguem aceder às memórias específicas se assim o entenderem, mas se há historial de depressão, o estilo de recuperação sobregeneralizado pode tornar-se dominante (Raes, Hermans, Mark, Williams, Eelen, 2006).

### *3.1. Memória Autobiográficas e Sintomatologia depressiva em Idosos.*

Aa consequências da sobregeneralização das memórias autobiográficas em idosos reflete um comprometimento cognitivo global presente em pacientes com sintomatologia depressiva (Spinhoven, Wekking, Bockting, Schene, Koeter & Williams, 2006).

Sendo a sintomatologia depressiva frequente nos idosos (Birch, & Davidson, 2007), estes que padecem da respetiva enfermidade, ao acederem às memórias autobiográficas, recuperam, significativamente menos memórias autobiográficas específicas comparativamente a idosos saudáveis (Birch & Davidson, 2007). Os idosos deprimidos têm elevadas dificuldades no acesso nas memórias autobiográficas específicas, tendo maior acesso às memórias autobiográficas gerais e afectivamente negativas, (Bravo, Postigo, Hidalgo, & Pretel, 2008). Foi evidenciada uma sobregeneralização das memórias autobiográficas dos idosos que apresentam sintomatologia depressiva (Serrano, Latorre & Gatz, 2007). Para as palavras negativas, os tempos de latência são maiores para idosos com sintomas depressivos do que para os não depressivos, mas estes resultados não foram apenas para as recuperações específicas (Serrano, Latorre & Gatz, 2007). Contudo, os tempos de latência não diferem quanto às valências, mas sim face às palavras-chave negativas, observando-se um maior número de esquecimentos comparativamente às palavras positivas (Serrano, Latorre & Gatz, 2007).

A relação entre memórias específicas e os sintomas depressivos fortalece com o aumento da idade, sendo mais forte para os idosos com diagnóstico de depressão clínica do que para os participantes não-clínicos (Sumner, Griffith & Mineka, 2010).

Perante a apresentação do AMT os idosos activam mais memórias autobiográficas perante palavras estímulo positivas e negativas do que perante palavras neutras (D'Argembeau & Linden 2005).

A influência da emoção sobre os detalhes sensoriais e contextuais das memórias autobiográficas positivas e negativas em idosos, recebem avaliações mais elevadas do que as memórias neutras (D'Argembeau & Linden 2005). As memórias negativas, no entanto, são avaliadas pelos idosos, com como tendo mais sentimentos positivos e sendo menos complexas do que os adultos mais jovens. As diferenças relativas à idade podem estar relacionadas com o facto do idoso se encontrar motivado para regular as suas emoções, possibilitando a reavaliação dos eventos negativos, de forma a reforçar os aspectos positivos (D'Argembeau & Linden 2005). Estes resultados podem ser vistos como sinais de processos que tentam melhorar a regulação emocional no idoso, com o objectivo de organizar as emoções e criar uma história de vida emocionalmente significativa nos últimos anos de vida (Carstensen *et al.*, 1999). A regulação emocional, nos idosos, tende a concentrar os recursos de memória sobre os tipos de eventos que irão manter um clima positivo, o que é denominado como o efeito de positividade (Carstensen & Mikels, 2005). Estes dados corroboram a ideia de que os efeitos das recuperações das memórias positivas são maiores para os idosos não deprimidos do que para aqueles que apresentavam sintomas depressivos (Serrano, Latorre & Gatz, 2007).

Especificidade das memórias autobiográficas e sintomatologia depressiva em idosos.

Tabela: 1 Autores Portugueses

Autores / Ano	Amostra / N.	Instrumentos.	Principais resultados
Afonso, R. & Bueno, B. 2007.	90	MMSE/ AMT/CES-D.	A exposição de idosos deprimidos a um programa de reminiscência, aumenta a especificidade das memórias autobiográficas e as recuperações autobiográfica positiva.
Gonçalves, D. A. C. 2007.	22	MMSE / GDS / LSI / AMT.	Os participantes submetidos ao treino de recuperação de memórias autobiográficas, recordaram maior número de memórias autobiográficas específicas e registaram uma diminuição estatisticamente significativa na sintomatologia depressiva e um aumento de igual modo significativo na satisfação de vida.

Tabela: 2 Autores Internacionais

Autores / Ano	Amostra/ N.	Instrumentos.	Principais Resultados
Bozo & Kurum (2009).	102	ADL / MSPSS / BDI	A percepção de apoio social e uma elevada funcionalidade nas actividades de vida diárias prevêem menor sintomatologia depressiva.
Birch & Davidson (2007).	17	GDS/ AMT/ MMSE/ WMSIII/ WTAR/ WAISIII/	Os idosos deprimidos recuperam significativamente menos memórias autobiográficas específicas.
Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel (2008).		Revisão Bibliográfica	Os pacientes deprimidos tem dificuldades no acesso às memórias autobiográficas específicas, os idosos têm maior acesso às memórias autobiográficas gerais e afetivamente negativas.

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

---

Dalgleish, Golden, Barrett, Yeung, Murphy, Tchanturia, Williams, Perkins, Barnard, Elward & Watkins (2007).	32	HADS/ MOPS/ AMT/ BDI/ WAIS-III.	A Depressão reduz o desempenho das Memórias Autobiográficas e a Função Executiva
Kleim & Ehlers (2008).	203	AMT/ SCID/ NART	As análises mostraram que a baixa especificidade da memória autobiográfica prevêem a depressão nos participantes com episódios anteriores de depressão major, mas não em participantes sem depressão prévia.
Noulhiane, Piolino, Hasboun, Clemenceau, Baulac & Samson (2007).	22	TEMP / MRI	Os resultados indicaram que os pacientes com recessão no lobo temporal esquerda ou direita têm déficit nas memórias autobiográficas episódicas. Esse comprometimento refere-se à vida inteira, incluindo o período da primeira infância e também afecta a consciência.
Raes, Hermans, Beyers, Williams & Brunfaut (2006).	28	AMT/ RSS/ HRSD	Os resultados das análises de regressão sugerem que a ruminação medeia a relação entre a redução da especificidade da memória autobiográfica e a depressão. Ou seja a ruminação e a reduzida especificidade das memórias autobiográficas são preditores significativos de níveis mais elevados de depressão.
Serrano, Latorre & Gatz (2007).	185	CES-D / MMSE / AMT	Foi evidenciado uma sobregeneralização das memórias autobiográficas dos idosos que apresentam sintomatologia depressiva.
Spinhoven, Wekking, Bockting, Schene, Koeter & Williams (2006).	122	AMT/ BDI/ HRSD/ WAIS/ RBMT/CVLT	A especificidade das memórias Autobiográficas estão associadas com a idade, educação e recuperação da memória imediata é feito de forma tardia. Os resultados sugerem que a sobregeneralização das memórias autobiográficas reflecte um comprometimento cognitivo global presente em pacientes com sintomatologia depressiva.

---

Especificidade das memórias autobiográficas e sintomatologia depressiva em idosos.

---

Sumner, Griffith & Mineka (2010).	15	Revisão Bibliográfica	A relação preditiva entre a sobregeneralização das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva é maior com o aumento da idade e a relação preditiva é mais forte para os participantes com diagnóstico de depressão clínica do que para os participantes não-clínicos.
Thomsen (2009).	30	BDI-II / TSWLS	Períodos temporalmente prolongados na estrutura da Memória autobiográfica foram codificados como capítulos, frequentes e têm um papel proeminente na organização das histórias de vida, sendo predominantes no raciocínio autobiográfico, os capítulos suportam e enfatizam os processos sociais, dando cadência à história de vida.

---

## (ANEXO II)

Questionário Sociodemográfico.

Este questionário faz parte de uma investigação sobre memórias autobiográficas e sintomatologia depressiva. Pedimos que responda de forma espontânea a todas as questões. Não há respostas corretas ou erradas, o mais importante é a sua opinião sincera. O questionário é anónimo e confidencial, destinando-se apenas à investigação científica.

Obrigada pela sua colaboração.

1. Género:

Masculino ( )      Feminino ( )

2. Idade:

\_\_\_\_\_ Anos.

3. Estado civil:

Solteiro(a) ( )    Divorciado(a) ( )    Casado(a)/União de facto ( )    Viúvo ( )

4. Escolaridade:

Qual o nível de escolaridade que possui

Não tem escolaridade ( )

Até à 4ª classe ( )

Até ao 9º ano ( )

Curso Superior ( )

5. Local de Residência.

Casa ( )    Lar ( )    Outro ( )

6. Tem alguma doença cardiovascular? sim ( ) Não ( )

7. Tem alguma outra doença? Sim ( ) Não ( )

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

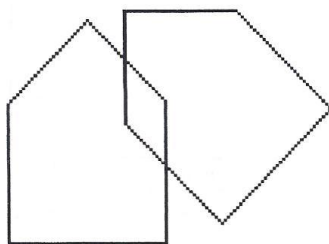
**(Anexo III)**

<b>MINI-MENTAL STATE – MMS</b>	
NOME: _____	ESCOLARIDADE: _____
IDADE: _____ Anos	DATA: __ de _____ de _____
<p><b>1. OREINTAÇÃO</b> (1 ponto por cada resposta correcta).</p> <p>Em que ano estamos? _____</p> <p>Em que mês estamos? _____</p> <p>Em que dia do mês estamos? _____</p> <p>Em que dia da semana estamos? _____</p> <p>Em que estação do ano estamos? _____</p> <p>Em que país estamos? _____</p> <p>Em que distrito vive? _____</p> <p>Em que terra vive? _____</p> <p>Em que casa estamos? _____</p> <p>Em que andar estamos? _____</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div>	
<p><b>2. RETENÇÃO</b> (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).</p> <p>“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.</p> <p>Pêra _____</p> <p>Gato _____</p> <p>Bola _____</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div>	
<p><b>3. ATENÇÃO E CALCULO</b> (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, considerem-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)</p> <p>“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao numero encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.</p> <p style="text-align: center;">27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div>	
<p><b>4. EVOCAÇÃO</b> (1 ponto por cada resposta correcta.)</p> <p>“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.</p> <p>Pêra _____</p> <p>Gato _____</p> <p>Bola _____</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div>	
<p><b>5. LINGUAGEM</b> (1 ponto por cada resposta correcta).</p> <p>a. “Como se chama isto?” (Mostrar os objectos):</p> <p style="padding-left: 20px;">Relógio _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Lápis _____</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div> <p>b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA.”</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div> <p>c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.</p> <p style="padding-left: 20px;">Pega na folha com a mão direita _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Dobra ao meio _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Coloca onde deve _____</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div> <p>d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível “FECHER OS OLHOS”, sendo analfabeto ler-se a frase.</p> <p style="padding-left: 20px;">Fechou os olhos _____</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div> <p>e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Nota:</div>	

**6. HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

**DESENHO**



**CÓPIA**

(Máximo 30 pontos)

Total:

Pontos de corte  
(População Portuguesa)

Considera-se com defeito cognitivo

- Analfabetos  $\leq 15$
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- Com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

---

**FECHE OS OLHOS**

## (Anexo IV)

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

## TESTE de MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA

Versão para Investigação (Gonçalves, D. & Albuquerque, P., 2006)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ “*Vou dizer uma palavra em voz alta. Deve dizer-me a primeira recordação que lhe venha à cabeça, ao ouvir a palavra que vou dizer. Mas tem que ser como uma imagem que está gravada na sua cabeça, isto é, uma recordação de um dia, de um momento determinado, num determinado lugar. Deve dar-me a maior quantidade possível de detalhes desse instante, como se tivesse uma imagem desse momento ou dessa recordação. Instruções para palavras com valência afectiva “Tente recordar algum dia, momento ou situação em que sentisse...”*”

1. Amor TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

2. Solidão TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

3. Felicidade TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

4. Sofrimento TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

5. Amizade TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

6. Tristeza TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

7. Carinho TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

8. Ódio TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

9. Alegria TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

10. Desespero TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

Instruções para palavras neutras “Tente recordar um dia, momento ou situação específica que apareça na sua memória a partir da palavra...”

11. Bicicleta TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

12. Cão TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

13. Sapatos TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

14. Tomate TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

15. Trabalho TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

Obs.: TL - Tempo de Latência; TR - Tipo de recordação (Geral ou Específico; Positivo, Negativo ou Neutra).

## (Anexo V)

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage *et al.*, (1983).

## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Traduzida para português por (Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003).

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas actividades de interesse?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda Incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muitas vezes desamparado?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)?	S	N
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais dificuldade de memória que as outras pessoas?	S	N
15. Pensa que é muito bom estar vivo?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e aborrecido(a)?	S	N
17. Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a sua vida interessante?	S	N
20. É difícil começar novas actividades?	S	N
21. Sente-se cheia de energia?	S	N
22. Sente que para si não há esperança?	S	N
23. Pensa que a maioria das pessoas melhor que o(a) senhora	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade de se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em decidir as coisas?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

Especificidade das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em idosos.

Pontuação:

Pontos para as respostas Sim nas questões: 2-4-6-8-10-14-16-18-20-22-26-28.

Pontos para respostas Não nas questões 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30.

0-10=ausência de depressão. 11-20=depressão ligeira. 21-30=depressão grave.

Esta escala foi concebida para autoavaliação. O autor considera que a escala está no domínio público.