

A Relação entre Sintomas Internalizantes e Externalizantes e as Falhas Cognitivas em Adultos

Versão Final Após Defesa

João Pedro Silva Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

A Relação entre Sintomas Internalizantes e Externalizantes e as Falhas Cognitivas em Adultos.

Versão Final Após Defesa

João Pedro Silva Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
2º ciclo de estudos

Orientador: Prof. Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento
Co-orientador: Prof. Doutor Paulo Joaquim Fonseca da Silva Farinha Rodrigues

Dezembro de 2022

Declaração de Integridade

Eu, João Pedro Silva Ferreira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M10605 de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridade da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, e que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assim assumo na íntegra as responsabilidades de autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 17/12/2022

João Pedro Silva Ferreira

Agradecimentos

Com o finalizar desta longa, árdua, exigente e maravilhosa etapa da minha vida, são muitas as memórias que me marcam e que levarei comigo para a minha vida, em especial, a pequena gigante cidade neve que me deu mais do que se possa imaginar. Acabo esta etapa sabendo que cresci, acadêmica e pessoalmente, e não existe nada mais satisfatório do que ter este sentimento de autorrealização.

Portanto, pretendo que fique escrito na minha dissertação como forma de testemunho pessoal o meu agradecimento especial a todas as pessoas que me fizeram ser o que sou hoje, que me ajudaram quando mais precisei, que me deram a coragem para encarar os desafios e que sempre acreditaram em mim.

Da cidade neve, Carolina Santos, Inês Branco, Inês Mateus e Patrícia Lopes. Considero-vos verdadeiros amigos do fundo do coração. Sem vocês, tenho a certeza, absoluta, que não estaria aqui hoje. Obrigado pelas orientações e explicações, pela paciência e dedicação, por todas as vezes que me forneceram os vossos apontamentos e acima de tudo, obrigado por estarem sempre do meu lado quando mais precisei, mesmo vocês não sabendo. Para a Joana Santos e para o Marco Minhós por terem sido os meus confidentes e companheiros de aventuras.

Da minha terra, Jimmy Santos. A pessoa que mais consideração e carinho tenho, que sempre se dispôs a me ajudar sem nunca esperar nada em troca, que nos momentos de aperto, independentemente da hora ou altura, uma chamada de 5 minutos se tornava 1 hora, e um momento de aflição rapidamente se transformava em um momento de alívio.

Um enorme Obrigado para a minha namorada, por toda a paciência, carinho, compreensão e suporte que me deu ao longo desta grande etapa da minha vida, nunca me deixando olhar para baixo. Como se costuma dizer:” Por trás de um grande homem, existe uma grande mulher”.

Agradecer ainda e sempre a toda a minha família, por todo o apoio e confiança depositada no meu futuro e por sempre me oferecer a segurança para avançar na minha procura por algo mais.

E por fim, um obrigado para a Professora Carla por toda a orientação, esclarecimentos e disponibilidade na realização da minha dissertação, e ao Professor Paulo por toda a paciência, compreensão e honestidade neste meu processo. Vocês são o verdadeiro significado de professores.

Resumo

A noção “falha cognitiva” foi originalmente apresentada por Broadbent, 1982, procurando explicar como um fenómeno, considerado uma pequena alteração cognitiva, conduz a que uma ação, física ou mental, fosse erradamente realizada resultando em algo não espetável. Este conceito assume a capacidade subentendida da pessoa em realizar uma determinada tarefa, mas face a determinados eventos ou circunstâncias, esta capacidade pode sofrer alterações e torna-se algo deficitária. As falhas cognitivas podem ocorrer ao nível da perceção, memória, planeamento e execução de determinada tarefa. Por tal não devem ser consideradas como uma incapacidade do funcionamento cognitivo, mas como resultante de uma exposição contínua a situações desfavoráveis nas quais se podem manifestar sintomas internalizantes e externalizantes. Este estudo tem como objetivo a análise das possíveis relações entre os sintomas internalizantes e externalizantes e as falhas cognitivas.

Os principais resultados obtidos do estudo apontam para a existência de uma correlação positiva entre a vivência de falhas cognitivas e sintomatologia internalizante e externalizante, sendo a relação entre falhas cognitivas e sintomas externalizantes mais preponderante. Relativamente às variáveis como género, habilitações literárias, estado civil e diagnóstico positivo à Covid-19, não foram evidenciadas correlações significativas entre as variáveis e a possível existência de falhas cognitivas. Contudo, no que concerne à vivência de sintomas internalizantes e externalizantes, observou-se que variáveis como estado civil e existência de filhos, promovem diferenças estatisticamente significativas.

Palavras-chave

Falhas cognitivas; Sintomas; Internalizantes; Externalizantes;

Abstract

The definition of “cognitive fail” was originally presented by Broadbent, 1982, seeking to explain how a phenomenon that considers a small cognitive change, leads to an action, physical or mental, being wrongly performed, resulting into something not expected. This concept assumes the person’s implicit ability to perform a certain task, but due to certain events or circumstances, this ability may change and become somewhat deficient. According to scientific knowledge, cognitive failures can occur in terms of perception, memory, planning and execution of a given task. Therefore, they should not be considered as an impairment of cognitive functioning, but as a result of continuous exposure to unfavourable situations in which internalizing and externalizing symptoms can manifest. This study aims to analyse the possible relationships between internalizing and externalizing symptoms and cognitive fails.

The main results obtained from the study point to the existence of a positive correlation between the experience of cognitive failures and internalizing and externalizing symptoms, with the relationship between cognitive failures and externalizing symptoms being more prevalent. Regarding variables such as gender, educational qualifications, marital status and positive diagnosis of Covid-19, there were no significant correlations between the variables and the possible existence of cognitive failures. However, regarding the experience of internalizing and externalizing symptoms, it was observed that variables such as marital status and existence of children, promote statistically significant differences.

Keywords

Cognitive Failures;Symptoms; Internalizing; Externalizing

Índice

Introdução	1
Capítulo 1: Estado da Arte	3
1.1. Falhas Cognitivas	3
1.1.1. A origem do termo	3
1.1.2. As características das falhas cognitivas.....	4
1.1.3. A componente biológica	6
1.1.4. Características Pessoais.....	6
1.2. Noção de Saúde, Doença e Sintoma	8
1.2.1. Saúde	8
1.2.2. Doença.....	10
1.2.3. Sintoma	12
1.3. A Relação entre Falhas Cognitivas e Sintomas	12
Capítulo 2: Método	15
2.1. Pergunta de investigação e Hipóteses	15
2.2. Participantes	16
2.3. Instrumentos	19
2.3.1. Questionário de Falhas Cognitivas (QFC).....	19
2.3.2. Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto (ASRS)	21
2.3.3. O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20).....	21
2.4. Procedimento	22
2.4.1. Tratamento de Dados.....	23
Capítulo 3: Resultados	25
Capítulo 4: Discussão	29
4.1. Limitações	34
4.2. Sugestões de investigações futuras	35
Referências Bibliográficas	37

Lista de Figuras

Figura 1-Gráfico de correlação entre Falhas Cognitivas e Sintomas Internalizantes	Erro! Marcador não definido.
Figura 2 - Correlação entre Falhas Cognitivas e Sintomas Externalizantes.	25
Figura 3- Gráfico de normalidade entre Falhas cognitivas e Sintomas Internalizantes e Externalizantes	28
Figura 4- Gráfico dos resíduos do modelo	28

Lista de Tabelas

Tabela 1: Idade dos Participantes.....	16
Tabela 2: Região geográfica dos Participantes.....	17
Tabela 3- Género dos Participantes	17
Tabela 4- Outras características demográficas	18
Tabela 5- Características clínicas dos Participantes.....	19
Tabela 6: Testes de normalidade.....	25
Tabela 7: Coeficientes do modelo	28

Lista de Acrónimos

APA	American Psychiatric Association
ASRS	Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CFQ	Cognitive Fail Questionnaire
DCL	Défice Cognitivo Ligeiro
GABA	Gamma-AminoButyric Acid
MMSE	Mini Mental State Examination
NCCDPHP	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
SPSS	Statistical Package for Social Sciences.
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire
UBI	Universidade da Beira Interior

Introdução

O presente estudo foi elaborado como critério para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior (UBI). Esta investigação esta devidamente aprovada pela Comissão de Ética (ANEXO I).

As falhas cognitivas são pequenas falhas que ocorrem no nosso quotidiano, falhas estas de origem inconsciente mas que podem a longo prazo exercer algum tipo de influência que prejudique um indivíduo ao nível do contexto pessoal, profissional ou social. Certamente já nos deparamos com situações nas quais procuramos as chaves de casa com elas no bolso, esquecemos que estamos a fazer uma tarefa e iniciamos outra distinta, atravessamos a estrada em direção ao ponto de destino e acabamos por percorrer outro caminho, entre outros inúmeros exemplos. O estudo que aqui apresentamos foi desenvolvido com o intuito de verificar se existia algum tipo de relação entre estas falhas cognitivas e sintomatologia internalizante e externalizante uma vez que, segundo a literatura científica, a existência de falhas cognitivas poderá ser indicadora se uma perturbação física ou psicológica (Broadbent et al., 1982), associada a sintomas internalizantes ou externalizantes (Payne & Schnapp, 2014). Os sintomas internalizantes caracterizam-se por ser intrínsecos ao indivíduo, não observáveis, ao invés dos extrínsecos que são altamente observáveis por outros. Contudo existem outras variáveis clínicas e demográficas que podem exercer algum tipo de influência que justifique a razão pelo qual certos indivíduos em detrimento de outros apresentem algumas falhas cognitivas ou sintomatologia internalizante e externalizante.

O objetivo do estudo prende-se essencialmente pela procura da apresentação de uma possível relação entre as variáveis apresentadas contribuindo assim para a construção científica de um tema ainda relativamente pouco desenvolvido, fazendo uso de instrumentos como o CFQ (Cognitive Fail Questionnaire), o ASRS (Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto e o (SRQ-20) Self Reporting Questionnaire.

Capítulo 1: Estado da Arte

Neste capítulo procuraremos abordar algumas questões relacionadas com os temas fundamentais desenvolvidos neste trabalho. Deste modo o capítulo em causa irá incidir sobre as falhas cognitivas e a sua relação com os sintomas internalizantes e externalizantes. De modo a tornar compreensível estes temas, os mesmos encontram-se subdivididos em diversos âmbitos, terminando esta parte do trabalho com um tópico no qual se pretende realizar uma sumula da relação entre os aspetos supracitados.

1.1. Falhas Cognitivas

1.1.1. A origem do termo

O termo “falha cognitiva” foi originalmente apresentado por Broadbent (1982), numa tentativa de explicar o que seria considerado uma pequena alteração cognitiva, que levaria a que uma ação (física ou mental) não obtivesse o sucesso de realização pretendida, aquando da ocorrência de uma “obstrução”. A definição deste termo é sustentada pela capacidade subentendida da pessoa em realizar uma tarefa estipulada, mas face a determinados eventos ou situações, esta capacidade pode sofrer alterações e torna-se algo deficitária (Craig Wallace, 2004). O início do interesse por este fenómeno surgiu devido às pesquisas de Reason, que primeiramente realizava estudos nos quais apontava erros ou falhas na vida diária das pessoas (Broadbent et al., 1982). Relativamente às teorias sobre como de facto se organizam as falhas cognitivas, Norman (1981), afirmava que estas podiam ser divididas em 3 categorias, nomeadamente: erros na formação de intenções, má ativação dos esquemas, e falso *trigerring*, ou seja, a interrupção de sequências de ação (Norman, 1981). Reason, em 1990, referia que as falhas cognitivas eram sobretudo fruto da incapacidade de atenção, que resultaria na omissão de informação, baixa intencionalidade e confusão ou inclusive excesso de atenção, que resultaria em repetições e reversões (Rast, 2008). Posteriormente, Broadbent e colaboradores (1982), propõem que as falhas cognitivas poderiam ser divididas em 3 grupos: falhas de memória (ex: esquecer onde deixamos as chaves do carro), falhas de atenção (ex: ignorar o sinal vermelho do semáforo) e falhas de ações motoras/físicas (ex: ir contra as pessoas na rua). De pautar que, apesar das teorias apontadas terem as suas características individuais, a grande semelhança entre elas é o facto de existir um momento de transição entre o normal decorrer da ação, para algo não intencional e automático (Rast, 2008), daí serem caracterizadas sobretudo por erros não intencionais, presentes em comportamentos rotineiros que normalmente se

desempenhariam de forma competente (Hitchcott et al.,2017). Nas rotinas diárias, é possível observar uma grande variedade de falhas cognitivas podendo estas serem consideradas inofensivas, mas que de facto existem e se manifestam em várias situações e/ou tarefas.

1.1.2. As características das falhas cognitivas

Tal como já referido, alguns autores referem que as falhas cognitivas podem ocorrer ao nível da perceção, memória, planeamento e execução de determinada tarefa (Broadbent et al., 1982; Ferreira, Oliveira & Paula, 2018;). Pollina e colaboradores (1992), ao aprofundarem este tema, defendem que um dos motivos que poderá originar as falhas cognitivas é a sobrecarga da capacidade da memória de curto prazo e as dificuldades atencionais, nomeadamente, incapacidade de gestão da atenção dividida. Outros estudos sugerem que as falhas cognitivas não devem ser consideradas como uma incapacidade do funcionamento cognitivo de forma geral, mas como resultante de uma exposição contínua a situações desfavoráveis como o stress, a falta de sono, *burnout*, cansaço, onde as características individuais ou da personalidade exercem grande influência (Carrigan & Barkus, 2016; Linden et al., 2005). Para Robertson e colaboradores (1997), o *multi-tasking*, a preocupação e o aborrecimento podem, também, promover as falhas cognitivas.

É de referir que alguns estudos indicam que todas as pessoas podem sofrer de falhas cognitivas, no entanto, parecem existir indivíduos nos quais estas surgem com maior frequência apresentando-se como uma barreira ao normal decorrer das atividades de vida diárias (Carrigan & Barkus, 2016). A existência de falhas cognitivas acarreta um elevado nível de preocupação uma vez que pode atingir proporções desagradáveis como a perda da produtividade, perdas de tempo incalculáveis, diminuição da perceção de qualidade de vida ou inclusive situações em que se coloca a vida em risco, como por exemplo, ao provocar acidentes de viação (Cheyne et al., 2006).

Reason (1984), defende que as falhas cognitivas não são totalmente dependentes das características da pessoa ou do meio, sendo considerados fenómenos (Dzubur et al.,2020). Este último autor refere, citando Freud, que estas se enquadram na “psicopatologia da vida diária”, onde o mesmo afirma que as falhas cognitivas podem ocorrer não só ao nível da ação, que implique o movimento, mas também ao nível da fala, levando assim, a uma necessidade de análise de eventos em duas formas: erros de execução e erros de planeamento (Cheyne et al., 2006). Nesta linha de análise, e segundo estes últimos autores, os erros de planeamento surgem devido à falta de conhecimento ou informação desajustada e ocorrem sobretudo em situações novas e/ou pouco comuns,

ao invés dos erros de execução que seriam causados por erros de atenção, percepção, memória ou dificuldades ao nível do funcionamento executivo em eventos rotineiros e altamente automatizados.

Na literatura surgem estudos que dão indicação de uma possível relação entre as falhas cognitivas e algumas variáveis psicopatológicas e cognitivas. Destas últimas variáveis destacam-se: o stress, o aborrecimento/tédio, o sono e o *burnout*. No que diz respeito ao stress, os estudos indicam que o número de falhas cognitivas aumenta quando um indivíduo está perante a uma situação de stress destacando as características pessoais como um fator benéfico ou prejudicial (Broadbent et al., 1986). Segundo os mesmos autores, pessoas que pontuam baixo no CFQ, podem, face a uma situação stressante, reagir de forma consciente, promovendo atitudes perfeccionistas à ação, sendo este comportamento considerado um mecanismo da atenção focalizada, destacando assim a importância das diferenças individuais.

Outro promotor associado ao surgimento de falhas cognitivas é o aborrecimento/tédio, uma vez que este último parece inviabilizar a capacidade de manutenção da atenção sustentada ou seletiva (Cheyne et al., 2006). O aborrecimento é descrito, ou pode ser caracterizado, pela realização de atividades não prazerosas, demasiadas restrições laborais, isto é, incapacidade para realizar aquilo que pretendemos ou sermos forçados a realizar algo que não queremos, além de tarefas altamente monótonas (Geiwitz, 1966). Relativamente ao sono, podemos considerar situações problemáticas associadas à dificuldade em dormir uma noite inteira, insónias primária e/ou secundária e consequentes ruminações que posteriormente podem promover a existência de falhas cognitivas, maioritariamente ao nível atencional e de memória, estando estes problemas também associados ao stress (Willert et al., 2010).

No que diz respeito ao *burnout*, num estudo realizado por Linden e colaboradores (2005), considerados pioneiros em relacionar as duas variáveis, foi possível observar uma relação direta entre a existência de falhas cognitivas e a sintomatologia associada a um quadro de *burnout*, medindo-se esta relação com o uso do CFQ. Sabe-se que um indivíduo que experiencie *burnout* poderá manifestar uma grande variedade de sintomas, dentro delas a incapacidade de manter a atenção, sendo esta característica a que parece estar mais associada às falhas cognitivas (Linden et al., 2005). Além do mais, quando comparando indivíduos em situações de *burnout* com indivíduos que não se encontram com este quadro, deteta-se que os indivíduos em situação de *burnout* experienciam uma influência significativa ao nível da performance no trabalho, como por exemplo, dificuldade ao nível da capacidade da atenção e inibição, estando esta associada ao relato de uma maior quantidade de falhas cognitivas na vida diária (Linden et al., 2005).

1.1.3. A componente biológica

Estudos de neuroimagem revelaram que uma grande quantidade de matéria cinzenta no lobo parietal pode ser um indicador de uma maior distratibilidade do indivíduo, assim como a insuficiência do principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central, GABA (Gamma-AminoButyric Acid), no lobo occipital, o que poderá estar associado a um maior risco de falhas cognitivas ao limitar a quantidade de informação captada, ou seja, promovendo uma possível incapacitação da ação do processo de atenção seletiva e do processo inibitório (Sandberg et al., 2014). Nesta linha, alguns autores reforçam a ideia de que problemas orgânicos podem, ainda, promover a existência de falhas cognitivas (Carrigan & Barkus, 2016). Sandberg e colaboradores (2014), afirmam, inclusivamente, que a insuficiência de GABA, bem como a existência de excessiva matéria cinzenta no córtex explicam cerca de 50% das falhas que um indivíduo poderá produzir, promovendo ainda a ideia de que poderá haver uma componente hereditária que promova a manifestação destas falhas.

Importa ressaltar que as falhas cognitivas não exercem qualquer ligação com a inteligência individual, sendo uma manifestação não intencional que não promove qualquer esforço de raciocínio por parte da pessoa (Larson & Merritt, 1991). Peterson e colaboradores em 1996 relataram que a existência de um traumatismo craniano na zona frontal poderá afetar a manutenção da atenção sustentada e assim promover falhas cognitivas. Numa outra experiência realizada, observou-se que, perante uma tarefa de identificação de uma palavra, e recorrendo a uma outra palavra estímulo-distrator, indivíduos com elevada pontuação no CFQ apresentaram um tempo de reação superior face aqueles que pontuaram mais baixo no referido instrumento (Tipper & Baylis, 1987). Estes últimos autores, referiram ainda que, independentemente das pontuações no CFQ, quando os sujeitos eram expostos a uma tarefa de *priming* negativo, somente os indivíduos com baixa pontuação no CFQ eram capazes de realizar a tarefa devido a maior habilidade ao nível do processo inibitório (Tipper & Baylis, 1987). Esta situação realça que as diferenças individuais podem apresentar uma influência significativa no que se considera ser falhas cognitivas uma vez que estão correlacionadas com a eficácia da atenção seletiva.

1.1.4. Características Pessoais

As características da personalidade adotam um papel importante face à presença ou não de falhas cognitivas no sentido em que a pessoa observa e controla o ambiente em

seu redor de forma diferente. Deste modo, uma situação stressante para alguns indivíduos pode ser percebida como algo negativo, enquanto para outros pode representar um desafio e por tal potencializar o nível de atenção (Broadbent et al., 1986).

Segundo Kondracki e colaboradores (2021), a existência do traço de neuroticismo, com valores elevados, está correlacionado com as falhas cognitivas. Segundo os mesmos autores, uma pessoa com neuroticismo elevado estará mais vulnerável à ansiedade, ao medo, e a pressentimentos negativos (sintomas internalizantes), assim como ao risco elevado de abuso de substâncias e comportamentos de risco (sintomas externalizantes) (Kondracki et al., 2021).

Existe a assunção de que o número de falhas cognitivas aumenta com a idade, indicando que adultos mais velhos, saudáveis, são mais esquecidos, desajeitados e distraídos, quando comparados com adultos mais jovens e saudáveis (Rast, 2008). A relação que poderá existir entre estes dois fatores parece advir do avançar da idade, que se encontra associado a uma deterioração ligeira de algumas funções cognitivas, por exemplo, de memória, podendo esta estar na base de algumas falhas cognitivas (Heckhausen et al., 1989). No entanto, assumir que existe uma relação direta entre falhas cognitivas e envelhecimento é desajustada uma vez que não existe, segundo o conhecimento científico atual, uma relação direta, detetando-se um conjunto de perdas e ganhos normativos do processo de envelhecimento, onde as características individuais e o próprio contexto podem exercer alguma influência (Hitchcott et al., 2017).

No entanto, uma limitação reconhecida que poderá desencadear uma relação entre falhas cognitivas e envelhecimento é a sintomatologia depressiva, estando esta associada ao aumento do número de falhas cognitivas (Zlatař et al., 2014). Winter e colaboradores (2014), reforçam a ideia de que apesar da possível existência de declínio cognitivo face ao normal processo de envelhecimento, pessoas adultas mais velhas podem inclusive pontuar menos no CFQ do que pessoas mais novas, destacando assim a importância não só, das características individuais do sujeito, mas realçam o erro comum de associar as falhas cognitivas à idade. Ainda relativamente à questão do envelhecimento, afirma-se que quando uma pessoa apresenta uma pontuação baixa no CFQ, este pode funcionar como um preditor de um envelhecimento saudável do ponto de vista cognitivo (Hitchcott et al., 2017). O estudo realizado por Hohman e colaboradores (2011), destaca a ideia de que uma pontuação elevada no CFQ pode funcionar como um fator de vulnerabilidade ao processo de envelhecimento, no sentido que, estas pessoas tendem a apresentar um maior número de queixas, mais especificamente ao nível da memória. É altamente importante ter em ponderação estas queixas/falhas cognitivas uma vez que elas podem ser indicadoras de um estado inicial demencial ou de um défice cognitivo ligeiro (DCL), sendo então importante o

reconhecimento destas falhas por parte do indivíduo e/ou por alguém próximo (Hohman et al., 2011). No entanto, importa salientar que não existe nenhuma associação significativa entre a existência de falhas cognitivas com a eficiência cognitiva geral medida através do Mini Mental State Examination (MMSE) (Hitchcott et al., 2017), reforçando a ideia e a definição de falha cognitiva, que é sobretudo um desvio do normal e habitual funcionamento das atividades de vida diárias.

Importa salientar que a existência de questões relativamente ao envelhecimento e à sua ligação com falhas cognitivas é ainda um tema pouco abordado na literatura científica uma vez que o próprio CFQ requer que os participantes respondam ao mesmo questionário 6 meses após a primeira resposta, critério este que poderá ser difícil cumprir devido às características da população em causa, não permitindo assim fazer-se conclusões generalizadas sobre o assunto (Hitchcott et al., 2017).

1.2. Noção de Saúde, Doença e Sintoma

Para melhor compreensão da noção do que é de facto uma falha cognitiva, torna-se necessário dominar plenamente a noção de saúde, doença, sintoma e sinais uma vez que cada um destes termos é composto por características próprias e únicas que podem, portanto, originar alguma confusão quando relacionadas com falhas cognitivas.

A necessidade de integrar este capítulo, surge da ambiguidade do próprio termo de falha cognitiva e o que compõe esta mesma falha, questionando-nos se um mero lapso de memória poderá estar associado à doença representando um sintoma de algo mais grave, como por exemplo uma depressão, compondo esta falha um sintoma internalizante, ou se esta falha é ilustrativa de falta de descanso que por sua vez origina incapacidade de manter atenção representando assim um sinal de fadiga. O significado íntegro de falha cognitiva é então bastante ambíguo podendo acarretar diversas interpretações, e por sua vez, várias conclusões daí que é de todo importante sintetizar as noções de saúde e doença para que melhor possamos compreender em que situações é que uma falha cognitiva se enquadra.

1.2.1. Saúde

A noção de saúde já vem sendo apresentada há algumas décadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de bem-estar físico, mental e social, não considerando somente a ausência de doença ou de incapacidade, onde estes princípios compunham a essência para o alcance da felicidade, da harmonia entre pessoas e a vida em segurança (Ribeiro, 2007). Segundo este último autor, considera-se, hoje, que a

noção de saúde assume uma conotação positiva, retratando assim a ausência da doença, aspecto sobre o qual um indivíduo exerce grande influência, no sentido em que, a pessoa é o próprio veículo de manutenção da saúde tendo assim uma capacidade de discriminar entre a adoção de comportamentos saudáveis (ex: exercício físico) ou não saudáveis (ex: fumar) sendo ela um elemento diferenciador entre ter saúde ou doença (Ribeiro, 2007).

Tendo em conta que o habitat natural do indivíduo ocorre em simbiose com a comunidade envolvente, é espetável que este seja suscetível a sofrer pressões ou influências sociais que ameacem o estado de equilíbrio de saúde, assumindo-se assim que é altamente difícil ser saudável num meio ambiente doente (Ribeiro, 2007). A mesma opinião é defendida por Kooiker & Christiansen (1995), quando estes referem que o meio ambiente e o estilo de vida são altamente indispensáveis para a manutenção de saúde e se estas variáveis se apresentarem como positivas mais facilmente se atinge uma condição de saúde ideal.

Num estudo realizado por Blaxter em 1995, com o objetivo de procurar compreender a noção comum de “saúde” o mesmo recolheu respostas de cerca de 9000 indivíduos sobre as suas perspetivas sobre este conceito, tendo obtido diversas definições tais como: (1) saúde como não estar doente, sendo a descrição mais comum, onde se enaltecia que ser saudável é quando não se tem sintomas nem se vai ao médico; (2) saúde como ausência de doença, isto é, tinha-se saúde porque não tinham doenças que exigissem outro tipo de cuidados médicos e hospitalares; (3) saúde como reserva, referindo-se às situações onde as pessoas estavam temporariamente doentes mas que facilmente recuperavam devido a essa tal “reserva” de saúde; (4) saúde como comportamento/vida saudável, abrangendo as questões relativas a comportamentos que devemos ou não adotar para a contribuição de uma melhor saúde, nomeadamente não beber, não fumar, fazer exercício físico e procurar alimentação saudável; (5) saúde como capacidade física, sendo esta perspetiva comum de que alguém com saúde é alguém com grande capacidade física e atlética, normalmente praticante de desportos exigentes; (6) saúde como energia, onde as pessoas tendem a associar saúde com a sensação de ter energia, vontade, motivação; (7) saúde como relação social, enfocando a componente mais interativa e de socialização, destacando a importância das relações físicas e de participação em atividades sociais; (8) saúde como capacidade funcional, ou seja, a capacidade de realizar as atividades propostas do dia-a-dia; (9) saúde como bem-estar psicossocial onde se destacam as características da saúde mental como essenciais no normal decorrer da vida. Importa salientar que, além desta perspetiva, mais comum, do que é saúde devemos ter sempre em consideração qual é a perspetiva mais científica do termo, onde se assume que a noção de saúde está imbuída naquilo que é o paradigma

biopsicossocial, onde a origem da saúde assim como a causa da doença é derivada de fatores genéticos, psicológicos e sociais.

A saúde, foi entendida nestes últimos anos como uma ação de tratamento e prevenção de doenças, na qual os processos de cuidados de saúde eram objetivados tendo em conta a promoção de uma melhor qualidade de vida sendo esta traduzida na questão de obter uma maior longevidade, ou seja, uma maior esperança de vida (Ribeiro, 2007). No entanto importa salientar que as noções de maior esperança de vida e maior qualidade de vida são conceitos distintos. Uma maior esperança média de vida é sobretudo aquilo que se perspetiva viver, ou seja, mais anos no tempo, podendo não significar qualidade de vida, mas que são fruto de uma melhoria de acesso aos cuidados de saúde, à própria evolução da medicina, à evolução das técnicas de diagnóstico e da indústria farmacêutica e à melhoria das condições de vida, como melhores cuidados de higiene, alimentação e prática de exercício físico. (Fernandes, 2007). Já o conceito de qualidade de vida, a literatura afirma que ainda é parcialmente inexplorado, mas de longa data, sendo considerado altamente subjetivo fruto da diversidade cultural, dificultando o desenvolvimento de um instrumento global que possa medir de forma geral a qualidade de vida, sendo, portanto, um conceito multidisciplinar (Arun & Çevik, 2011). Apesar do termo ser relativamente vulgar e evocado inúmeras vezes, é um termo algo abstrato sendo associado a conceitos como felicidade, satisfação com a vida, bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e/ou emocional, segurança, liberdade e condição económica (Arun & Çevik, 2011). No entanto, o que se considera de forma generalizada é que a qualidade de vida é um conceito interpessoal e que a sua definição varia de indivíduo para indivíduo segundo a sua perspetiva sobre a vida (Arun & Çevik, 2011).

Segundo Ribeiro (2007) ter saúde pode ser considerado como um meio para atingir um fim, no sentido que, quanto mais saúde tivermos mais tempo e capacidade vamos dispor para promover e potenciar as atividades de vida diária, sejam elas atividades profissionais, sociais ou pessoais, permitindo assim um melhor aproveitamento da vida (Ribeiro, 2007). Considera-se a saúde, um conceito altamente importante na vida de um sujeito uma vez que esta se apresenta como uma variável preponderante capaz de exercer uma grande influência em toda a experiência de vida de um indivíduo, uma vez que parece funcionar como ponte entre o bem-estar e o mal-estar, no sentido em que, uma boa saúde e a prática de bons hábitos poderão ser determinante nas defesas de um indivíduo contra a doença (Ribeiro, 2007).

1.2.2. Doença

Como referido anteriormente, a conceção de doença é considerada por alguns autores o oposto da noção de saúde, no entanto, este termo apresenta características que devem

ser desconstruídas para que se possa caracterizar este estado. Se separarmos a barreira linguística, podemos encontrar na língua inglesa três terminologias associadas a este estado de doença, nomeadamente, *disease*, *illness* e *sicknes*, do português, “ter doença”, “sentir-se doente” e “comportar-se como doente” respetivamente (Ribeiro,2007). Relativamente ao termo “ter doença” este está diretamente correlacionado com o ponto de vista biológico, sendo caracterizado sobretudo por alterações anatómicas, fisiológicas, bioquímicas ou por uma mistura delas (Barondess, 1979). Por sua vez, a terminologia “sentir-se doente” reverte-se mais num acontecimento não biológico, mas um acontecimento mais humanístico, social e pessoal, caracterizando-se sobretudo pelo desconforto, desorganização psicossocial resultado a interação do indivíduo com o meio (Barondess, 1979). Pode se descrever como a sensação de que algo afeta o indivíduo, física ou psicologicamente e que tem a necessidade de recorrer a ajuda profissional (Thorensen & Eagleston, 1985). O “comportar-se como doente”, é por sua vez uma identificação social, um estatuto dado ou adquirido pelo indivíduo que se assume, ou assumem, como não saudável, podendo a doença efetiva estar presente ou não (Thorensen & Eagleston, 1985).

O conceito de doença é muitas vezes ambíguo uma vez que existem indivíduos, aparentemente saudáveis do ponto de vista física e psicológica, mas que ao nível biológico se deteta a existência de uma doença, daí que não é impossível um indivíduo apresentar bons índices de saúde, mas estar doente, assim como o invés. Exemplos concretos destas situações são as doenças crónicas. Uma doença crónica é considerada uma doença incurável que requer uma atenção médica constante e que pode limitar as normais atividades diárias, sendo atualmente uma das maiores causas de morte (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [NCCDPHP], 2021). Ainda assim, dependendo do tipo de doença, esta poderá exercer impactos diversificados podendo exigir uma maior ou menor gestão da doença afetando a noção que o indivíduo tem sobre a sua saúde podendo considerar-se como sendo doente ou portador de doença.

Afirma-se que o estado de doente poderá ser resultado da interação entre as múltiplas características do indivíduo e o ambiente que o envolve, sendo um exemplo claro dessa interação o desenvolvimento do stress. Este é reconhecido cientificamente pelo seu papel determinante no desenvolvimento e manutenção de problemas psicológicos e psiquiátricos (Lau, 1995). Tem sido recorrente a apresentação de causas que podem suscitar o surgimento de stress como a morte de um familiar próximo, a interrupção de uma relação íntima, o nascimento de uma criança, uma cirurgia, uma mudança de trabalho/ local de trabalho entre outras situações. Importa ressaltar que a acumulação de eventos significativos para o indivíduo podem provocar uma

incapacidade de adaptação, originando stress e concomitantemente doença (Lau, 1995). O mesmo autor afirma que, não é necessário a existência de um grande evento para a formação de stress, mas a simples existência de pequenos acontecimentos de vida, denominados por este como, “*daily hassles*” que poderão contribuir significativamente como fonte de stress.

1.2.3. Sintoma

Segundo a American Psychology Association (APA), um sintoma pode ser caracterizado como qualquer alteração ao normal funcionamento da pessoa, podendo indiciar alguma patologia (American Psychology Association [APA], 2022). Este é, portanto, unicamente um indicador de que existe algum problema com o indivíduo seja ele biológico ou psicológico podendo se manifestar de imensas formas consoante o próprio indivíduo, considerado, assim, idiossincrático (Ogden, 2003), algo que se reconhece quando dois indivíduos face a numa mesma situação experienciam sintomas distintos. A perceção de um sintoma por parte de um indivíduo ocorre quando através do recurso a processos cognitivos, como a atenção, o sujeito identifica alguma alteração entre o seu estado dito “normal” e o atual, podendo inclusive ocorrer uma comparação com a norma social, ou seja, que é considerado saudável pela sociedade (Ogden, 2003).

1.3. A Relação entre Falhas Cognitivas e Sintomas

A existência de falhas cognitivas pode ser então fruto de um culminar de situações, a sua manifestação pode ocorrer de forma interna, como a destabilização do humor, o stress e o medo, bem como, de forma externa, como o abuso de substâncias ou comportamentos desajustados e/ou agressivos. Podem inclusive ser derivadas da exposição a diversos fatores pessoais, sociais, laborais, ou ambientais, apresentando como consequências para o indivíduo: a frustração, o sofrimento psicológico e, em alguns casos, comprometimentos ao nível do desempenho escolar/profissional por dificultar a manutenção da atenção e concentração (Abbasi et al., 2014; Kondracki et al., 2021).

Alguns autores consideram assim que estas falhas cognitivas podem ser indicadoras de uma possível perturbação mental ou física (Broadbent et al., 1982), associada a sintomas internalizantes ou externalizantes (Payne & Schnapp, 2014). Neste cenário as manifestações dos sintomas considerados internalizantes são sobretudo internas ao indivíduo, isto é, não são observáveis por os outros do ponto de vista comportamental (Carragher et al., 2015) subdividindo-se em duas dimensões, nomeadamente o (1) distress, incluindo sintomas associados a perturbações de

ansiedade, distímia e depressão, e (2) medo, caracterizando-se pelos sintomas associados a fobias sociais, pânico e outras fobias (Carragher et al., 2015). Como mencionado anteriormente, a noção de sintoma internalizante assume que o mesmo é direcionado para a pessoa, intrínseco, sendo, portanto, mais difícil de identificar levando à necessidade, em diversas situações, de uma análise introspectiva por parte do indivíduo (Matos et al., 2017). Por sua vez, a manifestação dos sintomas externalizantes são pautadas sobretudo por um comportamento dito exterior, ou seja, observável, onde se inclui (1) sintomas associados ao abuso de substâncias, como álcool, tabaco e drogas, e (2) sintomas associados a alterações comportamentais, que podem ser indicativos de perturbações de personalidade antissocial e/ou problemas de comportamento desafiante (Carragher et al., 2015).

O modelo internalizante-externalizante da psicopatologia, baseado nos estudos de Achenbach apresenta de forma estruturada e gráfica a dualidade da sintomatologia interna ou externa garantindo a sua robustez e invariância entre culturas, géneros, etnias, orientação sexual e tempo (Carragher et al., 2015), potenciando a diferenciação entre uma perturbação individualizada ou uma comorbilidade psicopatológica. Estudos indicam que alguns problemas cognitivos podem surgir em diversas situações interligados com problemas ao nível do humor/emocional (Payne & Schnapp, 2014), podendo estes ser característicos de um sintoma internalizante.

A sintomatologia depressiva está diretamente relacionada, segundo alguns estudos, com o aumento do número de falhas cognitivas (Zlatař et al., 2014), podendo esta relação variar consoante a idade do indivíduo (Hitchcott et al., 2017). Existe atualmente uma dificuldade em nomear e identificar uma relação entre falhas cognitivas e envelhecimento uma vez que a sintomatologia depressiva se manifesta como uma variável algo ambígua no sentido em que se torna complexo discriminar se as falhas cognitivas se encontram relacionadas com processo natural de envelhecimento ou se, por outro lado, surgem como consequência de uma possível depressão. No estudo elaborado por Rast e colaboradores (2008) os autores remetem para uma possível ligação entre falha cognitiva e envelhecimento, mas unicamente em determinados tipos de falha, nomeadamente ao nível do esquecimento, distraibilidade e falso *triggering*, confirmando a ideia de que o envelhecimento pode ter impacto diferencial no sujeito no (Winter et al., 2014).

Tal como já referido, o objetivo do estudo prende-se essencialmente pela procura da apresentação de uma possível relação entre as variáveis em estudo falhas cognitivas e sintomas internalizantes e externalizantes.

Capítulo 2: Método

Neste capítulo centramo-nos nos aspetos metodológicos da investigação. Assim, iniciamos o mesmo com a apresentação da metodologia de investigação na qual se insere a questão de investigação e as hipóteses em análise. Posteriormente apresentamos os participantes em estudo, bem como o protocolo de investigação terminando com a indicação dos modelos estatísticos.

2.1. Pergunta de investigação e Hipóteses

Face ao que apresentamos no capítulo anterior, que fazia referência à literatura relativa às falhas cognitivas e a sua possível ligação com os sintomas internalizantes e externalizantes, o presente estudo é desenvolvido tendo por base a seguinte pergunta de investigação: “*Será que pessoas com mais sintomas internalizantes e externalizantes apresentam mais falhas cognitivas?*”. Para dar resposta a esta questão, optou-se por utilizar uma tipologia de estudo, de natureza correlacional, quantitativo, descritivo e exploratório uma vez que, constata-se que a existência de literatura científica sobre o tema é relativamente escassa.

Para tal, foram delineadas as seguintes hipóteses de investigação: (H1) as pessoas com mais sintomas internalizantes apresentam mais falhas cognitivas; (H2) as pessoas mais velhas apresentam mais falhas cognitivas; (H3) as pessoas com mais sintomas externalizantes tem mais falhas cognitivas; (H4) as mulheres têm mais falhas cognitivas que os homens; (H5) as mulheres têm mais sintomas internalizantes e externalizantes que os homens; (H6) as pessoas com menos habilitações literárias têm mais falhas cognitivas; (H7) as pessoas solteiras têm menos falhas cognitivas do que as pessoas casadas; (H8) as pessoas solteiras têm mais sintomas internalizantes e externalizantes do que as pessoas casadas; (H9) pessoas com filhos tem mais sintomas internalizantes e externalizantes do que pessoas sem filhos; (H10) as pessoas com diagnóstico de ansiedade e/ou de depressão têm mais falhas cognitivas do que pessoas sem este(s) diagnóstico(s)”; (H11) as pessoas com diagnóstico positivo à Covid-19 têm mais falhas cognitivas do que as pessoas que nunca foram diagnosticadas.

2.2. Participantes

Participaram neste estudo 214 indivíduos, maiores de 18 anos de idade, sendo este o único critério de exclusão. A participação no estudo era voluntária, consentida e informada havendo a garantia da confidencialidade dos dados sendo estes utilizados unicamente para fins científicos. Foi ainda fornecida a informação de que poderiam desistir da participação no estudo caso assim o pretendessem.

Face à caracterização sociodemográfica dos participantes nesta investigação, observamos que a amostra é composta por um conjunto de pessoas cuja média de idades é de 34,05 anos apresentando um desvio-padrão de 13,925. Relativamente à mediana, esta encontra-se nos 27 anos de idade apresentando-se uma moda de 22 anos. No que ao mínimo e máximo diz respeito, a amostra apresenta uma idade mínima de 18 anos, sendo este também o estipulado critério de exclusão, e uma máxima de 75 anos. Na tabela seguinte (tabela 1) podem ser observados estes dados.

Tabela 1

Idade dos Participantes

Variável		N
Idade	Média	34.05
	Desvio-padrão	13.925
	Mediana	27
	Moda	22
	Mínimo	18
	Máximo	75

Analisando outros dados sociodemográficos, da população em estudo, relativamente à localização geográfica, verifica-se que grande parte da amostra é proveniente de Leiria (113 participantes), representando 52,8% da amostra total. Por contrapartida regiões como Évora e Madeira, obteve-se somente 1 resposta de cada região, representando 0,5% face à amostra total. Regiões como Açores, Vila Real, Viana do Castelo e Beja não se obteve qualquer resposta. Os dados relativos à proveniência geográfica podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2*Região geográfica dos Participantes*

Região	N	Percentagem (%)
Aveiro	2	0.9
Braga	4	1.9
Bragança	2	0.9
Castelo Branco	33	15.4
Coimbra	12	5.6
Évora	1	0.5
Faro	2	0.9
Guarda	9	4.2
Leiria	113	52.8
Lisboa	9	4.2
Madeira	1	0.5
Portalegre	2	0.9
Porto	8	3.7
Santarém	7	3.3
Setúbal	2	0.9
Viseu	7	3.3

Observou-se ainda que 78,5% da amostra total da amostra é constituída por mulheres (168 participantes), tal como se pode observar na tabela 3.

Tabela 3*Género dos Participantes*

Variável	N	Percentagem (%)
Género	Homem	46
	Mulher	168

Apresentando outras variáveis sociodemográficas (tabela 4), relativamente às habilitações literárias dos participantes, 1,4% têm escolaridade entre o 1º e 4º ano, 1,4% entre o 5º e 6º ano, 4,2% entre o 7º e 9º ano, 37,9% entre o 10º e 12º ano. Com ensino superior, 41,4% licenciatura, 13,6% mestrado e 0.5% doutoramento. No que ao estatuto profissional diz respeito, 34,1% dos participantes são estudantes, 50,5% são trabalhadores por conta de outrem, 9,3% são trabalhadores por conta própria, 4,2% estão desempregados e 1,9% são reformados. Face ao estado civil, 55,1% são solteiros, 37,4% estão casados, 5,6% estão divorciados e 1,9% são viúvos. Em relação ao domicílio,

90,2% dos participantes vivem acompanhados, 7,9% vivem sozinhos e 1,9% preferiram não dizer. Sobre estes 55,1% afirmam não ter filhos e 44,9% afirmam ter filhos.

Tabela 4

Outras características demográficas

Variáveis		N	Porcentagem (%)
Habilitações	1º - 4º	3	1,4
Literárias	5º - 6º	3	1,4
	7º - 9º	9	4,2
	10º - 12º	81	37,9
	Licenciatura	88	41,1
	Mestrado	29	13,6
	Doutoramento	1	0,5
Estatuto Profissional	Estudante	73	34,1
	Trabalhador p/conta outrem	108	50,5
	Trabalhador p/conta própria	20	9,3
	Desempregado(a)	9	4,2
	Reformado(a)	4	1,9
	Estado Civil	Solteiro(a)	118
	Casado(a)	80	37,4
	Divorciado(a)	12	5,6
	Viúvo(a)	4	1,9
Domicílio	Acompanhado(a)	193	90,2
	Sozinho(a)	17	7,9
	Prefiro não dizer	4	1,9
Filhos	Não	118	55,1
	Sim	96	44,9

No que concerne a aspetos clínicos (tabela 5), relativamente às questões relacionadas com patologias psicológicas, 67,4% dos participantes afirmam não ter qualquer tipo de patologia clínica psicológica, 31,2% referem já terem sido diagnosticados com ansiedade e/ou depressão, e os restantes 1,4% participantes afirmam ter outro tipo de patologia psicológica como bipolaridade, esquizofrenia, perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) ou algum tipo de demência.

No que diz respeito a patologias do tipo orgânica, 68,4% dos participantes afirmam não ter qualquer tipo de patologia ao invés dos restantes 31,6% participantes que afirmam ter algum problema, dentro dos quais doenças cardíacas, doenças

pulmonares, acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla, epilepsia, hipertensão, diabetes, doença oncológica, problemas da tiroide e enxaquecas (tabela 5).

Relativamente ao diagnóstico para a Covid-19, tal como pode ser observado na tabela 5, 51,4% dos participantes afirmam nunca terem sido diagnosticadas com a mesma, os restantes 48,6% que já contraíram Covid-19. Relativamente à frequência deste diagnóstico, 48,8% contraíram somente 1 vez, 2,3% 2 vezes e 0,5% 4 ou mais vezes.

Tabela 5

Características clínicas dos Participantes

Variáveis		N	Percentagem (%)
Patologia Psicológica	Nenhuma	145	67,4
	Ansiedade e/ou Depressão	67	31,2
	Outras	3	1,4
Patologia Orgânica	Nenhuma	147	68,4
	Algum tipo de patologia	68	31,6
Covid-19	Não	104	51,4
	Sim	110	48,6
Frequência Covid-19	Nunca	103	48,1
	1 Veza	105	49,1
	2 Veza	5	2,3
	4 ou mais veza	1	0,5

2.3. Instrumentos

Para recolha de dados e face às variáveis em estudo selecionaram-se os seguintes instrumentos: 1) questionário sociodemográfico criado pela equipa de investigação; 2) Questionário de Falhas Cognitivas (QFC); 3) Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto (ASRS) e 4) Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

2.3.1. Questionário de Falhas Cognitivas (QFC)

Para conseguir estudar e compreender melhor o sentido, significado e frequência das falhas cognitivas, Broadbent e colaboradores em 1982 desenvolveu uma prova a que ficou conhecida como Cognitive Fail Questionnaire (CFQ). De acordo com diversos estudos realizados, ao fazer uso do CFQ, foi possível verificar uma relação entre falhas cognitivas, falhas de atenção, baixa performance, acidentes de trabalho e acidentes de viação, experiências dissociativas, sonolência, aborrecimento, perda de produtividade e

dificuldades ao nível do processo inibitório (Rast, 2008). O objetivo inicial do CFQ centrava-se na medição de um único fator geral sobre a frequência das falhas cognitivas, sendo que, posteriormente foram validadas outras subescalas deste instrumento (Payne & Schnapp, 2014). Originalmente eram sobretudo detetadas dificuldades de atenção, memória e ações motoras (Cheyne et al., 2006). Os estudos indicam que este questionário se encontra traduzido em diversas línguas, nomeadamente em alemão, hebraico e espanhol, revelado assim a sua enorme aceitação e confiança para a medição das falhas cognitivas (Rast et al., 2008). No entanto não existe ainda uma adaptação para a população portuguesa.

O CFQ é, portanto, um instrumento de autorresposta que consiste essencialmente em identificar a existência possível de falhas cognitivas e a sua frequência. Os itens apresentados são representativos de determinado erro/falha. O sujeito classifica a sua resposta posicionando-se numa escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que o representa “nunca” e 4 “muito frequentemente”.

A pontuação final resulta da soma total dos 25 itens, sendo possível a obtenção de um resultado entre 0 e 100 onde uma maior pontuação significa a presença de mais falhas cognitivas no indivíduo. Relativamente aos dados psicométricos o CFQ apresenta um elevado nível de confiabilidade, de aproximadamente 0.90 de alpha de Cronbach, além de apresentar uma boa confiabilidade teste-reteste (Rast et al., 2008). Para esta investigação, ao contrário da estrutura do CFQ proposta por Broadbent e colegas (1982) de um modelo unidimensional que avalia a frequência de falhas cognitivas no dia a dia na sua globalidade, utilizou-se o modelo proposto por Rast e colegas (2008) por se apresentar como uma solução fiável e equilibrada (Monteiro, 2017). O mesmo autor indica que os itens do CFQ podem ser classificados em 3 fatores: esquecimento; distratibilidade e falso triggering, representando falhas de memória, falhas de atenção e falhas motoras respetivamente, sendo que a pontuação obtida para cada um destes fatores resulta da soma total dos itens relevantes. A opção pelo recurso a esta estrutura é reforçada também pela elevada correlação entre os 3 fatores apresentados (Monteiro, 2017). Relativamente à sua organização, o fator “esquecimento” é composto pelos itens 1,2,5,7,17,20,22 e 23 e procura avaliar a existência de episódios onde ocorram falhas de memória em temas comuns (p. ex: esquecer nomes) ou situações estruturadas (p. ex: esquecer compromissos) (Monteiro, 2017; You et al., 2021). Por sua vez, o fator “distratibilidade” é composto pelos itens 8,9,10,11,14,19,21 e 25 e procura constatar dificuldades ao nível da manutenção da atenção e percepção sobre um estímulo (p. ex: incapaz de manter uma conversa) (You et al., 2021). Por último, o fator “falso triggering” é composto pelos itens 2,3,5,6,12,18,23 e 24 que avalia essencialmente a incapacidade de manter uma ação motora (p. ex: deixar cair coisas) (Monteiro, 2017).

2.3.2. Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto (ASRS)

A Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto é um instrumento de rastreio de PHDA. A literatura existente defende que os sintomas de PHDA podem persistir em idade adulta, perspetivando assim um impacto significativo na vida da pessoa ao nível do contexto social, pessoal, profissional e inclusive ao nível da segurança do mesmo (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2003). Devido a um erróneo pressuposto de base de que a PHDA é sensivelmente associada a idades mais jovens, muitos adultos acabam por não ser diagnosticados e, por tal, não recebem o tratamento adequado acarretando, assim, uma dificuldade ao nível do crescimento e desenvolvimento pessoal (OMS, 2003).

A ASRS foi desenvolvida em conjunto com a Organização Mundial de Saúde e um Grupo de Trabalho em PHDA no Adulto que inclui uma lista de profissionais psiquiatras e investigadores (OMS, 2003). Esta é uma ferramenta essencialmente de rastreio e por tal sugere-se a necessidade de uma entrevista clínica mais aprofundada. O questionário é composto por 18 questões, com uma escala de resposta que varia entre “nunca” a “muito frequentemente” relativamente à existência de sintomas nos últimos 6 meses. A frequência do sintoma está muitas vezes associada à gravidade do mesmo daí a necessidade de questionamento sobre o seu impacto.

Nesta investigação, a utilização desta escala serve unicamente como ferramenta para identificar a existência de sintomas externalizantes. A opção da utilização deste instrumento na investigação não recai, de todo, sobre a necessidade de identificar sintomatologia hiperativa nos adultos. Apesar do instrumento ter sido construído para esse efeito, considera-se que muitos dos comportamentos típicos analisados por este instrumento em adultos são ilustrativos de sintomas externalizantes sendo o objetivo da investigação obter respostas sobre esses comportamentos mais atípicos.

2.3.3. O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é um questionário de rastreio à possível existência de uma perturbação mental não psicótica com ênfase nos sintomas internalizantes. As respostas são de tipologia “Sim” ou “Não” e para cada resposta considerada como “Sim”, ou seja, afirmativa, é-se atribuído 1 ponto contribuindo para a pontuação final do questionário. Os valores variam entre 0 e 20, sendo que a pontuação mais elevada é representativa de uma maior existência de sintomas.

A prova apresenta uma boa consistência interna, superior a 0.8 (Santos et al., 2016). A sua primeira versão remonta à década de 1970, desenvolvido pela OMS, composta por 30 itens cujo objetivo principal era avaliar os impactos de problemas de saúde, mais tarde, em 1980, foi desenvolvida a versão mais curta de 20 itens que incluem os aspetos psicoemocionais.

O SRQ-20 pode ser ainda utilizado, segundo os autores, como uma ferramenta de rastreio para algumas perturbações mentais tais como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Santos et al., 2016).

2.4. Procedimento

Para a realização do estudo, e após o debate sobre a temática a investigar para a realização da dissertação, estipulou-se que o melhor método de recolha de dados seria através da divulgação de um formulário *online*. Neste momento da preparação da investigação analisou-se como seria a estrutura do questionário sociodemográfico, quais os instrumentos ideais a utilizar para a recolha de informações, a respetiva estrutura do questionário, quais as variáveis a ser desenvolvidas e aspetos relativos à duração da divulgação do mesmo. Após esta ponderação, foi efetuado um pedido de parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior para este estudo (ANEXO I) sendo este devidamente aprovado por considerar que não se identificava matéria que ofenda os princípios éticos e morais.

A respetiva recolha de dados ocorreu, portanto via *online* através da divulgação do formulário de resposta desenvolvido na plataforma *Google Forms*, procurando garantir uma total confidencialidade dos dados fornecidos elucidando que os mesmos eram somente para a elaboração de uma investigação científica e que as respostas não seriam divulgadas para outros fins. A participação era livre, voluntária e informada havendo a possibilidade de eventuais esclarecimentos de dúvidas. Neste momento pediu-se aos participantes que respondessem de forma mais sincera possível sobre evidências pessoais vividas nos últimos meses. A divulgação do formulário e recolha de dados ocorreu ao longo do mês de abril e maio do ano presente, sendo as respostas do 1º participante datadas no dia 4 de abril e as respostas do último participante no dia 11 de maio.

Destacar que ao longo de todo o processo de recolha e tratamento de dados foram considerados e respeitados todos os princípios éticos e deontológicos estipulados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

2.4.1. Tratamento de Dados

Para a análise e tratamento dos respectivos dados recolhidos foram utilizados como ferramentas o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), na versão 25 e o Microsoft Excel 2013.

Numa fase inicial deu-se a passagem do documento Excel para uma base de dados nova de raiz no programa SPSS. Aqui foram analisadas todas as respostas de cada participante de modo a verificar se estes poderiam ser integrados no estudo ou excluídos do mesmo, obtendo-se assim uma base de dados organizada. Após esta tarefa trabalharam-se as variáveis sociodemográficas para que assim se pudesse observar que tipo de amostra fora recolhida. Nesta lógica, procedeu-se à descrição estatística das variáveis sociodemográficas através do cálculo das frequências. De salientar que, estas variáveis sociodemográficas foram alvo de novas recodificações para que pudessem ser alvo de análise estatística.

Posteriormente, realizou-se a codificação das respostas aos restantes instrumentos utilizados, nomeadamente o CFQ, o ASRS e o SRQ-20. No CFQ foram calculados os valores totais, criando-se assim uma variável nova, compondo todos os itens deste mesmo questionário. Dentro deste, foram criadas ainda outras 3 variáveis, correspondentes aos fatores do questionário: distratibilidade, esquecimento e falso *triggering* sendo estes compostos pelos respetivos itens específicos. Neste seguimento de organização das variáveis, foram recodificados todos os itens do ASRS e do SRQ-20 atribuindo-lhes os devidos valores para que se pudesse realizar os cálculos estatísticos de forma assertiva.

Ao longo da realização da análise estatística foram utilizados processos como correlações, recorrendo-se à observação do Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r) e comparações com teste T para amostras independentes, considerando-se em todas as situações o nível de significância de .05.

Capítulo 3: Resultados

Os resultados a seguir apresentados surgem das análises realizadas com o intuito de testar as hipóteses criadas para este estudo. Portanto a apresentação dos resultados inicia-se com os testes de normalidade, passando para a apresentação dos resultados para cada uma das hipóteses criadas, concluindo com os dados resultados da criação de um modelo linear de reúne as principais variáveis em estudo.

Tabela 6

Testes de normalidade

	Statistic	Kolmogorov-smirnov
Sintomas internalizantes	.119	.000
Sintomas externalizantes	.147	.000
Falhas cognitivas	.081	.002

As variáveis dependentes não seguem uma distribuição normal, tal como pode ser observado na tabela 6. Ainda assim, e tendo em conta o número de participantes (214), podemos realizar análises paramétricas pois estas são robustas para N elevados com base no teorema do limite central (Pallant, 2007).

Tal como anteriormente referido, os resultados são apresentados por ordem das diversas hipóteses em estudos:

Hipótese 1 - “As pessoas com mais sintomas Internalizantes apresentam mais falhas cognitivas”:

Os dados sugerem que existe uma correlação fraca positiva entre sintomas internalizantes e falhas cognitivas ($r=.483, p=.000$).

Hipótese 2 “As pessoas mais velhas apresentam mais falhas cognitivas”:

A análise estatística permitiu verificar que não existe nenhuma correlação entre a idade e a existência de falhas cognitivas ($r= -.024, p=.728$).

Hipótese 3 “As pessoas com mais sintomas Externalizantes têm mais falhas cognitivas”:

Face aos resultados obtidos da análise estatística podemos verificar que existe uma correlação forte positiva entre sintomas externalizantes e a existência de falhas cognitivas ($r=.708, p=.000$).

Hipótese 4 “As mulheres têm mais falhas cognitivas do que os homens”:

No que toca à hipótese 4, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, $t(-1,704) = 212, p=.090$ relativamente à presença do maior número de falhas cognitivas.

Hipótese 5 “As mulheres têm mais sintomas Internalizantes e Externalizantes do que os homens”:

Os resultados obtidos indicam que as mulheres ($M=6,5417$) apresentam resultados estatisticamente significativas maiores que os homens ($M=4,6522$) ao nível dos sintomas internalizantes $t(90.200) = -2.979, p=.004$.

Para os sintomas externalizantes não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens ($M=3.4348$) e mulheres ($M=4.0417$) $t(108.790) = -1.291, p=.199$.

Hipótese 6 “As pessoas com menos habilitações literárias têm mais falhas cognitivas”:

Os dados obtidos indicam que não existe correlação ($r_s=.038, p=.584$) entre as habilitações literárias e as falhas cognitivas.

Hipótese 7 “As pessoas solteiras têm menos falhas cognitivas do que pessoas casadas”:

Face as análises estatísticas para a verificação da hipótese 7, observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas $t(212) = -0.084, p=.933$ entre casados ($M=37,0208$) e não casados ($M=36,8644$) ao nível da existência de falhas cognitivas.

No entanto, recorrendo a uma análise dos fatores, sugere-se que existam diferenças estatisticamente significativas entre casados ($M=10,14$) e não casados ($M=8,87$) $t(187.193) = -2.069, p=.040$ ao nível do *Triggering*.

Hipótese 8 “As pessoas solteiras têm mais sintomas Internalizantes e Externalizantes do que pessoas casadas”:

Reportando os resultados estatísticos referente à hipótese em análise, os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre a existência de sintomas externalizantes entre participantes casados ($M=4.44$) e não casados ($M=3.26$), $t(2.436) = 212, p=.016$.

Face aos sintomas internalizantes não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre casados e não casados $t(212) = .277, p=.782$.

Hipótese 9 “Pessoas com filhos têm mais sintomas Internalizantes e Externalizantes do que pessoas sem filhos”:

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre participantes com filhos ($M=2,99$) e sem filhos ($M=4,66$) relativamente à existência de sintomas externalizantes $t(212) = 3.500, p = .001$.

Relativamente à existência de sintomas internalizantes não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre participantes com e sem filhos $t(212) = .894, p = .372$.

Hipótese 10 “As pessoas com diagnóstico de ansiedade e/ou de depressão têm mais falhas cognitivas do que pessoas sem este(s) diagnóstico(s)”:

Os resultados para a hipótese em análise sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com diagnóstico de ansiedade e/ou depressão e pessoas sem este(s) diagnóstico(s) no que concerne a falhas cognitivas $t(209) = .342, p = .733$.

Hipótese 11 “As pessoas com diagnóstico positivo à Covid-19 têm mais falhas cognitivas do que pessoas que nunca foram diagnosticadas”:

Relativamente à última hipótese, os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre participantes que já tiveram diagnóstico de Covid-19 ($M=38.455$) e aqueles que não o obtiverem ($M=35.327$) relativamente à evidência de falhas cognitivas $t(212) = 1.709, p = .089$.

Recorrendo a uma análise dos fatores relacionados com a evidência de falhas cognitivas, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre participantes diagnosticados ($M=12.709$) e não diagnosticados ($M=11.385$) ao nível do fator da Distratibilidade $t(212) = 1.973, p = .050$.

2.5. Criação do modelo linear

Após a criação do modelo linear com constante, do total dos sintomas internalizantes e externalizantes como preditores $R = .722, F(2, 211) = 114,73, p < .000$, estes suportam a equação de predição: $(1) FC_Total = 24.72 + 2.35 \times Ext_TOTAL + 0.49 \times Int_TOTAL$.

Este modelo não apresenta assim problemas de coliniaridade (tabela 7) visto que o maior VIF é menor que 10 e a tolerância menor que 0.1 ($VIF = 1.36, Tolerância = 0.74$).

Portanto, a média dos VIF não é substancialmente maior do que 1 (VIFm = 1.36) e as Tolerâncias são maiores que .2 (TolerânciaExt = .74, TolerânciaInt = .74).

Tabela 7

Coefficientes do modelo

	Collinearity Statistics				
	b	t	Sig	Tolerance	vif
Constante	24.721	21.936	.000		
Sintomas externalizantes	2.355	11.248	.000	.736	1.359
Sintomas internalizantes	.489	2.919	.004	.736	1.359

Para além disto os resíduos seguem uma distribuição normal, como apresentado na figura 1 e 2.

Figura 1

Histograma da distribuição da variável falhas cognitivas

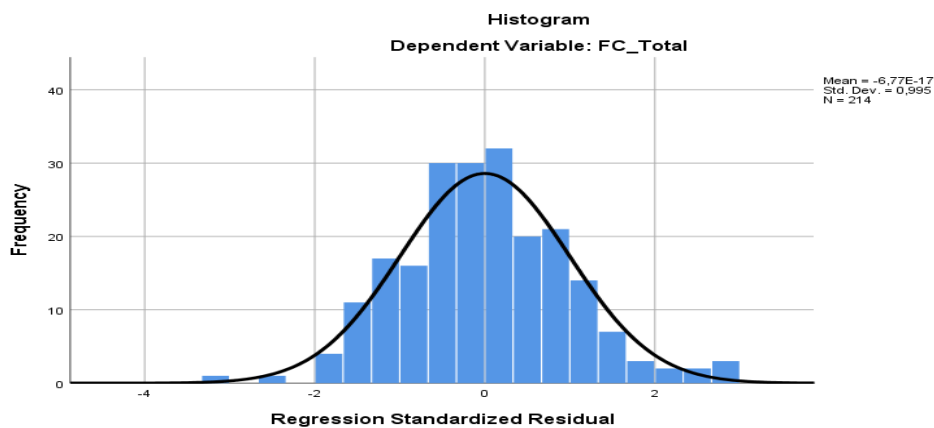
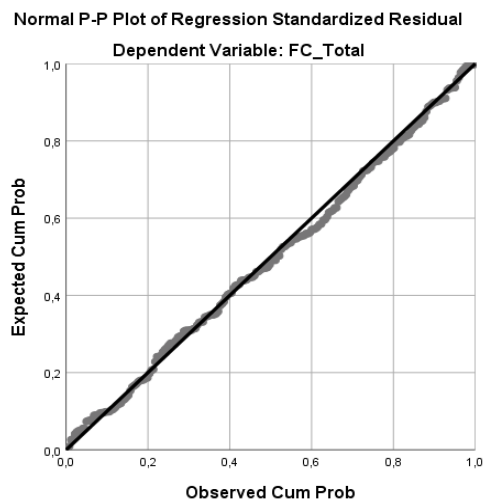


Figura 1

Gráfico dos resíduos do modelo



Capítulo 4: Discussão

Face ao objetivo inicial de compreender se as pessoas com mais sintomas internalizantes e externalizantes tinham um maior número de falhas cognitivas podemos considerar que, face aos resultados obtidos, é possível realizar algumas considerações e reflexões com base nos nossos resultados e recorrendo à comparação com literatura científica.

Face aos resultados da análise estatística relativamente à hipótese: “Quem tem mais sintomas Internalizantes tem mais falhas cognitivas”, destaca-se que apesar da existência de uma correlação fraca entre sintomas internalizantes e a existência de falhas cognitivas, esta apresenta-se contínua, ou seja, significa que de facto quem apresenta um maior número de sintomas internalizantes também parece apresentar algum nível de falhas cognitivas confirmando assim a hipótese apresentada, justificando esta relação 23% da variância dos dados.

Caracterizando-se os sintomas internalizantes por manifestações internas (Carragher et al., 2015) e estando estes associados ao *stress*, às perturbações de ansiedade, à depressão (Zlatar et al., 2014) ou mesmo às alterações de humor (Payne & Schapp, 2014) os diversos autores acreditam que existe uma relação entre as variáveis indicando que uma situação stressante para um indivíduo pode representar um desencadeador de falhas cognitivas (Broadbent et al., 1986). Esta pode ser uma explicação dos resultados aqui, também observados. Na mesma linha, os estudos sugerem que pessoas com elevados níveis de tédio/aborrecimento têm tendência a apresentar mais falhas cognitivas (Cheyne et al., 2006) sendo este também um sintoma internalizante, o que reforça a relação entre as falhas cognitivas e a sintomatologia internalizante. Esta pode ser outra explicação para os resultados aqui apresentados. Isto porque, nos dias de hoje as tarefas rotineiras que muitas vezes se enfrentam pode produzir este tipo de resultados. Nesta situação importa salientar que as características individuais exercem uma grande influência na correlação entre a sintomatologia internalizante e falhas cognitivas, tal como referido na literatura, uma vez que a forma como um indivíduo reage e interpreta um acontecimento pode ser determinante ao considerá-lo stressante originando assim falhas cognitivas (Broadbent et al., 1986), ou reagir de forma tranquila controlando a manifestação de possíveis falhas (Carrigan & Barkus 2016).

Deve-se considerar ainda que a população do estudo é maioritariamente jovem, sobre qual a literatura defende que existe uma relação entre o aumento de sintomas de

ansiedade (internalizante) com o número de falhas cognitivas (Dzubur et al., 2020). Por tal os resultados anteriormente apresentados podem ter sido comprometidos por algumas variáveis parasitas, não controladas, como é o caso das situações de vida causadoras de ansiedade.

Por sua vez, e relativamente à relação entre os sintomas externalizantes e as falhas cognitivas a evidência estatística, neste estudo, aponta para uma correlação forte positiva indicando que quanto maior a sintomatologia externalizante, maior será a manifestação de falhas cognitivas, confirmando assim a hipótese apresentada com uma variância explicada de 80%. Ora, sendo a sintomatologia externalizante, segundo a literatura, pautada pela manifestação de comportamentos aditivos, alterações de comportamentos, perturbações de personalidade e/ou comportamento desafiante (Carragher et al., 2015) isto significa que quando uma pessoa se encontra com esta sintomatologia a probabilidade de cometer erros ao nível da percepção, memória, planeamento ou execução de tarefas é mais elevada (Broadbent et al., 1982; Ferreira, Oliveira & Paula, 2018; Dzubur et al., 2020) o que se traduz em falhas cognitivas. Assim, podemos constatar que tal como a literatura refere, nesta amostra esta correlação também se verificou. Relativamente à causa pelo qual um indivíduo desenvolve esta sintomatologia externalizante pode derivar e estar associada a diversos fatores, podendo estes ser intrínsecos ao indivíduo ou extrínsecos ao mesmo.

Em suma, observou-se que tanto a sintomatologia externalizante como internalizante apresentam uma correlação positiva com as falhas cognitivas mostrando-se assim ser um motivo de preocupação, pois tal como relatado na literatura, elevados números de falhas cognitivas podem conduzir a consequências ao nível da perda de produtividade, perdas de tempo, qualidade de vida além de representar um risco real à vida de um indivíduo ao influenciar por exemplo, a ocorrência de acidentes de viação (Cheyne et al., 2006).

Relativamente à crença de que o número de falhas cognitivas aumenta com a idade (Rast, 2008), os resultados estatísticos do estudo sugerem que não existe nenhuma correlação entre as duas variáveis ($r = -.024$) rejeitando assim a hipótese apresentada. Os estudos científicos (Heckhausen et al., 1989) têm relatado que com o avançar da idade e com o começo da deterioração cognitiva de alguns domínios cognitivos, este processo potencia a origem de falhas cognitivas, algo que neste estudo não se evidencia, talvez porque a amostra em estudo era maioritariamente jovem, composta por adultos entre os 18 e os 75 anos, contactada através de redes sociais, gerando uma amostra com idade média de 34 anos ($DP = 3,93$) e moda de 22 anos existindo poucos representantes nas faixas etárias mais altas, o que não nos permite contrariar os estudos que indicam essa relação. Ainda assim, Winter e colaboradores (2014) indicam que pessoas adultas mais

velhas podem inclusive apresentar um menor número de falhas cognitivas, além de corroborar a ideia de que as falhas cognitivas não estão associadas a nenhuma questão demográfica incluindo a idade (Payne & Schapp, 2014).

No que toca ao género, os resultados da análise estatística, neste estudo, sugerem que não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, sugerindo que o género, neste estudo, não se apresenta como indicador para o aumento ou diminuição de falhas cognitivas, contrariando assim as evidências da literatura, de que as mulheres apresentam um maior número de falhas cognitivas face aos homens (Dong et al., 2011; Santangelo et al., 2021) e confirmando novamente a ideia de que variáveis demográficas não influenciam a manifestação de falhas cognitivas (Payne & Schapp, 2014; Dzubur et al., 2020), algo que também surge indicado em outros estudos.

Contrariamente aos dados sobre as falhas cognitivas, no que concerne à sintomatologia internalizante, os nossos resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa maior das mulheres face aos homens indicando assim que as mulheres têm provavelmente, e tal como referenciado em alguns estudos anteriores ao nosso, uma tendência maior para vivenciar situações de stress, ansiedade, depressão, medo, distímia, fobias ou pânico (Carragher et al., 2015). No entanto, é curioso que esta diferença significativa só se expressa ao nível da sintomatologia internalizante e não na externalizante $t(108.790) = -1.291, p=.199$. Estes resultados podem demonstrar que poderá haver outros fatores que exercem algum tipo de influência para que estes sintomas internalizantes não se repercutam ao nível de falhas cognitivas uma vez que, e segundo os dados observados, existem diferenças significativas entre homens e mulheres para os sintomas internalizantes mas não ao nível das falhas cognitivas.

Quando se analisam as habilitações literárias dos participantes, constata-se que os resultados na nossa amostra, demonstram que não existe correlação entre as habilitações literárias e as falhas cognitivas. Isto pode dar a indicação de que a questão académica não exerce qualquer tipo de influência com o aumento ou diminuição do número de falhas cognitivas na amostra em questão. Pode-se também assumir que, quer um indivíduo tenha somente 1 ano de escolaridade ou doutoramento, ambos se encontram de igual forma sujeitos a experienciar falhas cognitivas. Deste modo, rejeitamos assim a hipótese exploratória apresentada.

Face ao estado civil, e das análises realizadas, consideramos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos solteiros (não casados) e casados $t(212) = -0.084, p=.933$ relativamente à existência de falhas cognitivas, significando este resultado que todos os estados civis estão igualmente predispostos e suscetíveis a experienciar falhas cognitivas. No entanto, importa salientar que,

recorrendo a uma análise dos fatores do CFQ, já foi possível destacar diferenças estatisticamente significativas ao nível do *Triggering*, $t(187.193) = -2.069$, $p=.040$, dado que sustenta que indivíduos casados ($M=10,14$) são mais propícios a desencadear falhas cognitivas ao nível da ação, isto é, experienciam mais facilmente momentos de transação entre o normal decorrer da ação para episódios não intencionais e automáticos, tal como referido em outros estudos. Nesta linha Rast (2008) dá como exemplo, deixar cair algo ou ir contra as pessoas na rua, como falhas cognitivas ao nível da ação. Acredita-se que, em momentos de *multitasking* a probabilidade, destas pessoas, para experienciar falhas seja mais elevado, o mesmo sugerem os estudos de Robertson e colaboradores (1997) bem como os de Carrigan & Barkus (2016).

Ainda referente ao estado civil, os resultados da análise estatística deste estudo sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas entre a existência de sintomatologia externalizante entre solteiros e casados, sustentando que indivíduos casados são mais propícios à externalização. Isto pode significar, tal como referido por alguns autores que estes indivíduos certamente testemunham um impacto significativo nas suas relações, quer pessoais ou profissionais, podendo experienciar sintomas como dificuldade de concentração, agitação, impulsividade ou até mesmo *burnout* (ASRS, 2003).

Observando minuciosamente os itens da Escala de autoavaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto (ASRS) podemos verificar, tal como relatado pelos autores da mesma, que existe uma compatibilidade entre os itens da escala e a sintomatologia externalizante, levando-nos a considerar que uma maior pontuação nesta escala representa uma maior vivência de sintomas externalizantes. É nesta lógica que defendemos que indivíduos casados experienciam este tipo de sintomas descritos. Curioso assinalar que ao nível dos sintomas internalizantes não foram perspetivadas nenhuma diferença estatisticamente significativa levantando a questão da possibilidade da externalização se apresentar como uma vantagem adaptativa nas relações por poder ser observada pelo parceiro. Ainda assim, rejeita-se a hipótese apresentada.

Focando agora na variável filhos, os dados obtidos do processo estatístico deste estudo, apontam para diferenças estatisticamente significativas entre participantes com e sem filhos $t(212) = 3.500$, $p=.001$, sendo observável que, segundo os resultados, indivíduos sem filhos são mais propícios a experienciar sintomas do tipo externalizante, sobre o qual se sugere que possa existir alguma relação associada ao autocontrolo, no sentido em que, o comportamento deve ser adaptado após o surgimento de uma criança. Contudo, não se evidenciam diferenças ao nível da sintomatologia internalizante contrariando a literatura de que indivíduos com filhos testemunham em diversos momentos grandes níveis de ansiedade, problemas de concentração ou medo (Andrioni

et al., 2022). No entanto, a literatura afirma ainda que, o facto de os pais desenvolverem ansiedade poderá ser resultado de causas anteriores à existência do filho, como um estilo de parentalidade autoritário ou algum tipo de abuso (emocional, físico ou sexual) podendo não haver ligação direta com o seu descendente (Andrioni et al., 2022).

Relativamente ao motivo pela qual indivíduos solteiros apresentam maiores sintomas externalizantes poderá ser devido à influência do meio e ao estado atual de vida. É importante salientar que grande parte da população solteira do estudo são sobretudo jovens estudantes do ensino superior que, segundo alguns autores, poderão vivenciar sintomatologia típica de *burnout* (Dzubur et al., 2020; Meireles & Silvestre, 2021). Portanto, a hipótese exploratória é refutada, uma vez que o que se observa é o contrário à hipótese inicialmente traçada.

Como já foi debatido, sintomas de ansiedade e sintomatologia depressiva são sobretudo sintomas internalizantes, mas relativamente a pessoas diagnosticadas com indicação de diagnóstico de ansiedade e/ou depressão, os resultados obtidos neste estudo indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pessoas ansiosas e/ou depressivas comparativamente a pessoas saudáveis relativamente à vivência de falhas cognitivas. Ora, comparando com os resultados obtidos da hipótese 1, na qual foi observada uma relação positiva, embora que fraca, entre sintomatologia internalizante e falhas cognitivas, o que se sugere é que existam outros fatores que funcionem como moderadores do aumento tanto dos sintomas como das falhas. De salientar que não existem diferenças estatisticamente significativas nesta amostra específica, daí que comparando saudáveis com não saudáveis (pessoas com indicação de diagnóstico de ansiedade e/ou depressão) não existem diferenças face à suscetibilidade para experienciar falhas cognitivas, mas não invalida que, tal como relatado por alguns estudos, quanto mais sintomatologia internalizante exista, maior será a preponderância para as mesmas (Dzubur et al., 2020).

Por último, face aos resultados obtidos da análise estatística relativamente à variável Covid-19, os dados aqui apurados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre participantes que já tiveram diagnóstico positivo de Covid-19 e aqueles que não obtiverem, no que concerne ao número de falhas cognitivas experienciadas. Este resultado indica que indivíduos que já tiveram diagnóstico positivo de Covid-19 estão igualmente predispostos e suscetíveis a ter falhas cognitivas como aqueles que nunca tiveram o diagnóstico. Assim, pelo exposto não consideramos a variável Covid-19 como uma diferenciadora sobre as falhas cognitivas. Investigações recentes relatam que, nos últimos anos, alguns indivíduos com diagnóstico positivo à Covid-19 desencadearam sintomas como falhas de memória, concentração e atenção sustentada promovendo falhas cognitivas no local de trabalho (Beck & Flow, 2022),

sendo este dado compatível com o resultado estatístico da análise dos fatores do CFQ onde se evidencia diferenças estatisticamente significativas entre participantes diagnosticados e não diagnosticados com Covid-19 face, apenas, ao nível do fator da distratibilidade. Outro estudo afirma que, o relato da experiência do maior número de falhas cognitivas foi sobretudo durante o período de quarentena, onde indivíduos experienciaram sentimentos como ansiedade, depressão, raiva e confusão, conduzindo a alguns casos a stress pós-traumático (Santangelo et al.,2021), algo que não foi analisado neste estudo, uma vez que a recolha ocorreu após o confinamento.

Com base nos resultados obtidos, foi-nos possível derivar uma equação que nos permitiu prever o comportamento das falhas cognitivas. Com esta equação foi possível observar que tanto a sintomatologia internalizante como externalizante contribuem significativamente para o aumento de falhas cognitivas, destacando, contudo, uma maior influência dos sintomas externalizantes sobre estas. A equação em análise sustenta que à medida que as falhas cognitivas aumentam ao longo do tempo, este aumento, pode ser acompanhado por sintomas ditos externalizantes, que alguma literatura associa a comportamentos aditivos, comportamentos socialmente desajustados, raiva ou frustração (Carragher et al., 2015).

4.1. Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações, sendo uma delas o facto de a recolha de dados ter ocorrido via *online* o que por si dificulta a generalização dos resultados por a população ser “indefinida” e podendo ser posta em causa a qualidade dos resultados obtidos. Não podemos colocar de lado, o efeito da desejabilidade social que poderá ter exercido algum tipo de impacto nas respostas dos participantes sendo estes enviesados por aquilo que acham ser o correto e não respondendo tendo em conta a sua própria perspectiva.

O facto de o questionário ser algo extenso também poderá exercer algum tipo de fadiga fazendo com que os participantes não terminem de responder, respondam parcialmente ou respondam sem ponderação.

Face à amostra esta foi recolhida essencialmente por conveniência, não alcançando dessa forma idades mais avançadas que permitissem a elaboração de cálculos estatísticos mais robustos, fator que pode ter afetado os resultados deste estudo. Relativamente à literatura, a relação entre falhas cognitivas e os sintomas internalizantes e externalizantes é ainda um tema relativamente pouco abordado pela comunidade

científica, algo inclusive mencionado por diversos autores e estudos, o que se apresenta como um entrave ao processo de pesquisa, devido à escassez de dados, bem como para a verificação a informação encontrava devido à sua credibilidade, fazendo com que algumas das hipóteses adotassem um cariz exploratório.

4.2. Sugestões de investigações futuras

Seria de todo pertinente que, futuramente fossem realizadas investigações a fim de explorar ainda melhor a possível relação entre a existência de falhas cognitivas e a sintomatologia internalizante e externalizante.

Através do estudo foram observados alguns resultados que levantam mais questões, sendo, portanto, necessário explorar qual é a origem dos sintomas externalizantes e internalizantes, procurando prever se a sua intensidade está relacionada efetivamente com a origem de falhas cognitivas.

Sugere-se também a realização de estudos relativamente à existência de falhas cognitivas, com população mais envelhecida para que desse modo possa existir bibliografia que permita comparar as diversas faixas etárias. Nessa lógica, também seria de todo interessante que a realização deste tipo de estudos com população altamente qualificada para que, do mesmo modo, se obtivesse bibliografia que nos permitissem realizar comparações com outros estudos já realizados.

Sublinhar ainda, e face ao estado pandémico vigente, que seria também pertinente que se efetuassem estudos de maior escala procurando averiguar a existência de falhas cognitivas associadas ao diagnóstico positivo à Covid-19 assim como as consequências desde o diagnóstico até a atualidade procurando perceber se nesse espaço de tempo o número de falhas tenha aumentado ou diminuído.

Referências Bibliográficas

- Abbasi, M., Bagyan, M. J., & Dehghan, H. (2014). Cognitive Failure and Alexithymia and Predicting High– Risk Behaviors of Students With Learning Disabilities. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 3(2).
<https://doi.org/10.5812/ijhrba.16948>
- Ajwani, S., Blakely, T., Robson, B., Tobias, M., & Bonne, M. (1998). Decades of disparity-ethnic mortality trends in New Zealand 1980-1999. Wellington: Ministry of Health.
- Andrioni, F., Coman, C., Ghita, R. C., Bularca, M. C., Motoi, G., & Fulger, I. V. (2022). Anxiety, Stress, and Resilience Strategies in Parents of Children with Typical and Late Psychosocial Development: Comparative Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19042161>
- Arun, Ö., & Çevik, A. Ç. (2011). Quality of life in ageing societies: Italy, Portugal, and Turkey. *Educational Gerontology*, 37(11), 945–966.
<https://doi.org/10.1080/03601277.2010.492730>
- Barondess, J. A. (n.d.). Disease and Illness-A Crucial Distinction.
- Beck, J. W., & Flow, A. (2022). The effects of contracting Covid-19 on cognitive failures at work: implications for task performance and turnover intentions. *Scientific Reports*, 12(1), 8826. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-13051-1>
- Bernard, Lau, (1995). Psychosocial context of stress in health and illness. *Journal of the Royal Society of Health*, 115(4), 220-224.
- Blaxter, M. (1990). *Health & Lifestyles*, Routledge.
- Broadbent, D. E., Broadbent, M. H. P., & Jones, J. L. (1986). Performance correlates of self-reported cognitive failure and of obsessionality. *British Journal of Clinical Psychology*, 25(4), 285–299. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1986.tb00708.x>
- Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb01421.x>

- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 339–350. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z>
- Cheyne, J. A., Carriere, J. S. A., & Smilek, D. (2006). Absent-mindedness: Lapses of conscious awareness and everyday cognitive failures. *Consciousness and Cognition*, 15(3), 578–592. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.11.009>
- Craig Wallace, J. (2004). Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: Evidence for dimensionality and construct validity. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 307–324. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.005>
- de Winter, J. C. F., Dodou, D., & Hancock, P. A. (2015). On the paradoxical decrease of self-reported cognitive failures with age. *Ergonomics*, 58(9), 1471–1486. <https://doi.org/10.1080/00140139.2015.1019937>
- Dzubur, A., Koso-Drljevic, M., & Lisica, D. (2020). Understanding Cognitive Failures through Psychosocial Variables in Daily Life of Students. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 9(45), 3382–3386. <https://doi.org/10.14260/jemds/2020/743>
- Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*. 42(183).
- Ferreira, A. A., Oliveira, W. G. A., & de Paula, J. J. (2018). Relationship between mental health and everyday cognitive failures: Role of internalizing and externalizing symptoms. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2), 74–79. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000188>
- Heckhausen, J., Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1989). Gains and Losses in Development Throughout Adulthood as Perceived by Different Adult Age Groups. *Developmental Psychology*, 25(1).
- Hitchcott, P. K., Fastame, M. C., Langiu, D., & Penna, M. P. (2017). Cognitive failures in late adulthood: The role of age, social context and depressive symptoms. *PLoS ONE*, 12(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189683>
- Hohman, T. J., Beason-Held, L. L., Lamar, M., & Resnick, S. M. (2011). Subjective Cognitive Complaints and Longitudinal Changes in Memory and Brain Function. *Neuropsychology*, 25(1), 125–130. <https://doi.org/10.1037/a0020859>

- IBM Corp. Lançado em 2018. IBM SPSS Statistics for Windows, Versão 25.0.
- James Geiwitz, P. (1964). Male-female schemata of homosexual and non-homosexual penitentiary inmates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5).
- Kondracki, A. J., Riedel, M. C., Crooks, K., Perez, P. V., Flannery, J. S., Laird, A. R., & Sutherland, M. T. (2021). The Link Between Neuroticism and Everyday Cognitive Failures is Mediated by Self-Reported Mindfulness Among College Students. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941211048467>
- Kooiker, S. & Christiansen, T. (1995) Inequalities in health: the interaction of circumstances and health related behaviour. *Sociology of Health & Illness*, 17(4), 495-524.
- Larson, G. E., & Memtt, C. R. (1991). Can Accidents be Predicted? An Empirical Test of the Cognitive Failures Questionnaire. *Applied Psychology: An International Review*, 40(1).
- Leitenberg, H., L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative Cognitive Errors in Children: Questionnaire Development, Normative Data, and Comparisons Between Children With and Without Self-Reported Symptoms of Depression, Low Self-Esteem, and Evaluation Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4).
- Matos, A. P., Do, M., Salvador, C., Costa, J. J. M., Pinheiro, R., Arnarson, Ö., & Craighead, W. E. (2017). The relationship between internalizing and externalizing problems in adolescence: does gender make a difference?. *Canadian International Journal of Social Science and Education*, 8, 45 - 63
<http://hdl.handle.net/10316/47157>
- Meireles, A. & Silvestre, C. (2021, nov, 22-26). Os níveis de Burnout nos estudantes do Ensino Superior durante o período de aulas em regime misto. Comunicação apresentada na 11.^a Conferência FORGES - A cooperação no ensino superior dos países e regiões de língua portuguesa perante os desafios globais. *Instituto Politécnico de Setúbal*, Setúbal, Portugal.
- Monteiro, A, T., & Rodrigues, P, J., (2017). Falhas Cognitivas e Autoconceito em Adultos com Perturbação da Aprendizagem Específica, com Défice de Leitura. [Dissertação para o grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, UBI]. uBibliorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/7984>

- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). (2022). About Chronic Disease. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Norman, D. A. (1981). Categorization of Action Slips. *Psychological Review*, 88(1), 1–15. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.1.1>
- Neves, M, R., Ponte, A., Rodrigues, A., Jesus, G. (2003). Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto. Compostive Internation Diagnostic Interview da OMS.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *A Saúde e as Doenças. Introdução à Psicologia da Saúde*. Quarteto.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual—A step by step guide to data analysis using SPSS for windows* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Payne, T. W., & Schnapp, M. A. (2014). The relationship between negative affect and reported cognitive failures. *Depression Research and Treatment*. <https://doi.org/10.1155/2014/396195>
- Pollina, L. K., Greene, A. L., Tunick, R. H., & Puckett, J. M. (1992). Dimensions of everyday memory in young adulthood. *British Journal of Psychology*, 83(3), 305–321. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1992.tb02443.x>
- Rast, P., Zimprich, D., van Boxtel, M., & Jolles, J. (2009). Factor structure and measurement invariance of the cognitive failures questionnaire across the adult life span. *Assessment*, 16(2), 145–158. <https://doi.org/10.1177/1073191108324440>
- Reason, J. (1984) *Lapses Of Attention in Everyday Life*. Academic Press.
- Robertson IH, Manly T, Andrade J, Baddeley BT, Yiend J. (1997) 'Oops!': performance correlates of everyday attentional failures in traumatic brain injured and normal subjects. *Neuropsychologia*. 35(6):747-58. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(97\)00015-8](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(97)00015-8)
- Sandberg, K., Blicher, J. U., Dong, M. Y., Rees, G., Near, J., & Kanai, R. (2014). Occipital GABA correlates with cognitive failures in daily life. *NeuroImage*, 87, 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.10.059>
- Santangelo, G., Baldassarre, I., Barbaro, A., Cavallo, N. D., Cropano, M., Maggi, G., Nappo, R., Trojano, L., & Raimo, S. (2021). Subjective cognitive failures and their

psychological correlates in a large Italian sample during quarantine/self-isolation for COVID-19. *Neurol Sci*. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05268-1>

Santos, K. O. B., Carvalho, F. M., & de Araújo, T. M. (2016). Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Revista de Saúde Pública*, 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100>

Tipper, S. P., & Baylis, G. C. (1987). Individual Differences in Selective Attention: The Relation Of Priming and Interference to Cognitive Failure. *Person*, 8(5).

Thoresen, C. E., & Eagleston, J. R. (1985). Counseling for health. *The Counseling Psychologist*, 13(1), 15–87. <https://doi.org/10.1177/0011000085131002>

Van der Linden, D., Keijsers, G. P. J., Eling, P., van Schaijk, R. (2005). Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work and Stress*, 19(1), 23–36. <https://doi.org/10.1080/02678370500065275>

Wallace, J. C., Vodanovich, S. J., & Restino, B. M. (2003). Predicting Cognitive Failures from Boredom Proneness and Daytime Sleepiness Scores: An Investigation within Military and Undergraduate Samples. *Personality and Individual Differences*, 34, 635-644. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00050-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00050-8)

Willert, M. v., Thulstrup, A. M., Hertz, J., & Bonde, J. P. (2010). Sleep and cognitive failures improved by a three-month stress management intervention. *International Journal of Stress Management*, 17(3), 193–213. <https://doi.org/10.1037/a0019612>

You, M., Laborde, S., Borges, U., Vaughan, R. S., & Dosseville, F. (2021). Cognitive failures: Relationship with perceived emotions, stress, and resting vagally-mediated heart rate variability. *Sustainability (Switzerland)*, 13(24). <https://doi.org/10.3390/su132413616>

Zlatar, Z. Z., Moore, R. C., Palmer, B. W., Thompson, W. K., Jeste, D. V. (2014). Cognitive Complaints Correlate With Depression Rather Than Concurrent Objective Cognitive Impairment in the Successful Aging Evaluation Baseline Sample. *Journal Of Geriatric Psychiatry*, 1-7. <https://doi.org/10.1177/0891988714524628>

ANEXOS

Anexo I: Parecer da Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2022-022-ID1251

Na sua reunião de 19 de abril de 2022, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “A relação entre sintomas internalizantes e externalizantes nas falhas cognitivas em adultos”, do proponente Carla Sofia Lucas do Nascimento, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2022-022.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS
Num. de identificação: 11274197
Data: 2022.05.09 11:48:34+01'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)
(Professora Auxiliar)