

Daniela Filipa Bandeirinha Rolim Queda

# A INCAPACIDADE PERCEBIDA E A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL COMO CORRELATOS DA AGRESSIVIDADE NA IDADE AVANÇADA: ESTUDO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação de Mestrado



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo de Terapias Cognitivo-Comportamentais

2020

COIMBRA, 2020



DANIELA FILIPA BANDEIRINHA ROLIM QUEDA



**A incapacidade percebida e a desregulação emocional como correlatos da  
agressividade na idade avançada: Estudo numa amostra de idosos  
institucionalizados**

DANIELA FILIPA BANDEIRINHA ROLIM QUEDA

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

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

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

Coimbra, setembro de 2020

## **Agradecimentos**

A concretização deste trabalho de investigação, não teria sido possível sem o auxílio e compreensão de todos aqueles que direta e/ou indiretamente me acompanharam ao longo deste percurso.

Primeiramente, agradeço à Professora Doutora Helena Espírito-Santo, pela orientação deste trabalho de investigação, por ter sido um modelo de referência de excelência, conhecimento transmitido e toda a disponibilidade constante, partilha de experiências durante a permanência no decorrer das orientações. Obrigada!

Quero também expressar a minha maior gratidão ao Novelo de Sonhos Lda., pela permissão da recolha de dados para este trabalho de investigação, pela disponibilidade demonstrada, respeito e enorme afeto, obrigada.

Quero agradecer também, aos meus colegas de Mestrado pela interajuda, incentivo e por todos comentários e sugestões partilhadas durante este ano.

Em último, mas não menos importante, agradeço a todos os meus familiares, namorado e amigos porque sem eles nada disto era possível, por todos os valores que me transmitiram e pelo apoio incondicional.

## Resumo

**Objetivo:** A agressividade está relacionada com a agressão física, verbal, raiva e hostilidade, associando-se a outros problemas emocionais. No que respeita à população geriátrica, principalmente institucionalizada, a literatura existente não é clara quanto à relação entre a agressividade, a desregulação emocional e a incapacidade percebida.

Esta investigação teve como objetivos comparar os níveis de agressividade de idosos institucionalizados com idosos da comunidade, estudar os correlatos sociodemográficos e clínicos da agressividade e a relação entre agressividade, a incapacidade percebida e a desregulação emocional.

**Método:** A amostra incluiu 326 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos ( $M \pm DP = 2,09 \pm 0,93$ ), sendo que 209 pertenciam à comunidade e 117 eram institucionalizados. Os instrumentos foram o *World Health Organization Disability Assessment Schedule*, *Aggression Questionnaire*, *Difficulties in Emotion Regulation Scale-16* itens.

**Resultados:** A agressividade correlacionou-se estatística e significativamente com a desregulação emocional ( $p < 0,001$ ;  $R^2 = 26,0\%$ ). A área de residência foi a única variável que influenciou os níveis de agressividade, sendo os idosos institucionalizados residentes em meio urbanos os mais agressivos. O uso de *agonistas adrenérgicos beta* foi a única variável clínica que se correlação estatística e significativamente com a agressividade ( $p < 0,001$ ;  $R^2 = 5,3\%$ ).

**Conclusão:** A existência de uma relação entre a agressividade e a desregulação emocional e o consumo de psicofármacos mostra ser imprescindível a implementação de intervenções, no sentido de detetar e minimizar a agressividade. Dessa forma, poderá contribuir-se assim para um aumento do bem-estar e conseqüentemente da qualidade de vida da pessoa idosa em contexto institucional.

**Palavras-chave:** agressividade; incapacidade física; desregulação emocional; idoso; institucionalização

## Abstract

**Objective:** Aggressiveness is related to physical, verbal aggression, anger, and hostility, associating with other emotional problems. Regarding the geriatric population, mainly institutionalized, the existing literature is not clear about the relationship between aggressiveness, emotional dysregulation, and perceived disability.

We aimed to compare the aggressiveness levels of institutionalized with community elderly, study the socio-demographic and clinical correlations of aggressiveness, and the relationship between aggressiveness, perceived incapacity, and emotional dysregulation.

**Method:** The sample included 326 individuals aged 60 years or older ( $M \pm SD = 2.09 \pm 0.93$ ), 209 of whom belonged to the community, and 117 were institutionalized. The instruments were the *World Health Organization Disability Assessment Schedule*, *Aggression Questionnaire*, *Difficulties in Emotion Regulation Scale - 16 items*.

**Results:** Aggressiveness correlated statistically and significantly with emotional dysregulation ( $p < .001$ ;  $R^2 = 26.0\%$ ). The residence area was the only variable that influenced the levels of aggressiveness, being the elderly institutionalized residents in urban environments the most aggressive. Beta-Adrenergic Agonists was the only clinical variable that showed a statistically significant correlation with aggressiveness ( $p < .001$ ;  $R^2 = 5.3\%$ ).

**Conclusion:** The existence of a relationship between aggressiveness and emotional dysregulation and psychopharmaceuticals consumption shows that it is essential to implement appropriate interventions to detect and minimize aggressiveness. In this way, it could increase the well-being and, consequently, in the institutionalized older person's quality of life.

**Keywords:** aggressiveness; physical disability; emotional dysregulation; elderly; institutionalization

## Introdução

Nos dias atuais, é visível na população de idade avançada uma grande diversidade no que respeita às capacidades físicas e cognitivas. Ou seja, enquanto alguns idosos com mais de 80 anos mostram ainda capacidades ao nível de muitos jovens, outros com 60 anos podem já apresentar declínios significativos de capacidades físicas e mentais e, precisarem de ajuda de outras pessoas para realizarem as suas atividades/tarefas básicas (OMS, 2015).

Uma das alterações frequentemente identificada em pessoas com idade avançada diz respeito à agressividade (Farah et al., 2018). Choi et al. (2018) consideram-no mesmo um sintoma psicológico reconhecido no envelhecimento. De acordo com os mesmos autores, cerca de 19% dos idosos residentes em casas de repouso apresentam comportamentos agressivos. Neste estudo realizado pelos autores anteriormente referidos, os principais fatores de risco identificados em relação à agressividade foram: a idade, défice cognitivo grave, sinais de depressão, perturbações de sono, interações sociais diminuídas e relacionamentos desconfortáveis. Na mesma linha de pensamento, o estudo de Kim et al. (2016) está em concordância com os resultados de Choi et al. (2018), onde constatou que a idade (< 85 anos) foi um preditor positivo de episódios agressivos (Kim et al., 2016).

A informação presente na literatura indica que os comportamentos agressivos se relacionam com quatro componentes da agressão: o componente cognitivo (*Hostilidade*) como desencadeador proximal do fator afetivo (*Raiva*) e os componentes comportamentais que se traduzem em comportamentos agressivos (*Agressão Física e Agressão verbal*), constituindo estes a componente instrumental ou motora do comportamento (Bhardwaj et al., 2019; Buss & Perry, 1992; Robertson & Daffern, 2020; Rubio-Garay et al., 2016). A raiva manifesta excitação fisiológica, uma preparação para a agressão e expõe a componente emocional ou afetiva do comportamento. Por sua vez, a hostilidade corresponde a sentimentos de má vontade ou de injustiça, representando a componente cognitiva do comportamento (Buss & Perry, 1992). Neste sentido, a raiva e a hostilidade atuam de maneiras diferentes, prevendo diferentes formas de agressão embora ambas, pareçam ser afetadas por processos de autorregulação cognitiva e social (Bhardwaj et al., 2019; Rubio-Garay et al., 2016).

Yu et al. (2019) sugerem que não existem diferenças significativas na agressão, ao comparar a doença de Alzheimer com outras formas de demência. No entanto, os mesmos autores, mostraram que há um aumento nos comportamentos agressivos em pessoas com doença de Alzheimer comparativamente com pessoas saudáveis.

Tremblay e Vitaro (2018) na sua revisão fizeram uma abordagem biopsicossocial para explicar o desenvolvimento da agressão física crónica. Segundo estes autores, a explicação situa-se na interação de mecanismos genéticos (natureza) e ambientais (educação). Os estudos genéticos moleculares confirmaram que existem influências genéticas relevantes que explicam a presença da agressividade. Por outro lado, estudos epigenéticos mais recentes destacam o papel do ambiente na expressão genética e no desenvolvimento cerebral. Estes estudos sugerem que os canais biopsicossociais interrelacionados, são por norma o resultado de um processo de transmissão intergeracional (e.g., a herança genética, bem como a herança de condições ambientais físicas e sociais) que afeta o funcionamento do cérebro e estimulam a agressão física, como forma de resolução de problemas.

É também relevante definir o conceito e o papel da desregulação emocional para uma melhor compreensão do constructo agressividade. Garofalo e Velotti (2017), salientam que as emoções negativas estão positivamente associadas à agressão física. Acrescentam, ainda, que a desregulação emocional explica a variância adicional da agressão física, dando uma contribuição única nas emoções negativas. Tanto a emocionalidade negativa quanto a desregulação emocional têm uma contribuição independente sobre a agressão, sugerindo que sua relevância para entender tendências agressivas não se limita a recurso de sobreposição (e.g., neuroticismo). Os mesmos autores, acreditam que a possibilidade de que a desregulação emocional moderar a relação entre a emocionalidade negativa e agressão tem implicações clínicas importantes (Garofalo & Velotti, 2017).

Quanto à saúde física, que esta remete para o processo físico de envelhecimento, pode acarretar doenças crónicas, doenças do sistema cardiovascular, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo e, ainda, doenças mentais e comportamentais (Moreira et al., 2015). Assim, compreendemos que existem igualmente alterações a nível de saúde física em pessoas idosas, havendo uma influência significativa do estado de saúde nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão (Singh, 2018), mas também associadas à agressividade (Choi et al., 2018).

No que concerne à saúde física e mental em idosos, a investigação de Singh (2018) revelou que os idosos com problemas de saúde graves mostraram-se significativamente mais stressados, ansiosos e deprimidos, com idosos que apresentam problemas de saúde controláveis. Os resultados clarificaram a ideia de que o estado de saúde física tem uma associação direta com o estado psicológico, compreendendo-se que uma boa saúde física é um pré-requisito relevante para o bem-estar psicológico da pessoa com idade avançada. Com isto, os resultados de Zamorano et al. (2019) também demonstraram que tanto os problemas físicos como os mentais

têm um impacto semelhante ao nível de funcionalidade dos idosos (com mais de 65 anos). Adicionalmente, Zamorano et al. (2019) identificaram a presença de doença mental, o número de sintomas psicológicos, ser mais velho e dar pouca importância às crenças religiosas como as variáveis que influenciaram de forma mais significativa o nível de funcionalidade desta população.

Por sua vez, Artaud et al. (2016) pretenderam compreender a relação entre as trajetórias de quatro comportamentos de saúde (atividade física, consumo de frutas e vegetais, consumo de álcool e tabagismo) com o risco de incapacidade percebida. Por incapacidade percebida entende-se as limitações que o idoso percebe ter e que nem sempre poderão corresponder a uma verdadeira incapacidade. Os resultados do estudo referido evidenciaram que as trajetórias não-saudáveis relativas à atividade física entre a meia-idade e a velhice estão associadas ao aumento do risco posterior de incapacidade percebida, por exemplo obesidade. Assim, parece que o risco de incapacidade percebida aumenta progressivamente com o número de trajetórias de comportamentos prejudiciais para a saúde (e.g., Kamil-Rosenberg et al., 2019).

No que concerne especificamente à saúde mental, a agressividade tem sido associada a problemas mentais. A literatura evidencia a depressão como a perturbação mental mais comum entre os idosos e a segunda causa mais comum de incapacidade percebida nesta faixa etária. De acordo com as evidências científicas, os fatores físicos e sociais influenciam o desenvolvimento de perturbações mentais, em particular, de depressão. O isolamento devido à reforma, a incapacidade física própria da idade, tal como a incapacidade percebida, a abordagem desadequada da sociedade em relação aos idosos, os problemas económicos e a falta de independência são fatores que podem aumentar as hipóteses de a população idosa desenvolver depressão. Todavia, a depressão associada à idade avançada pode ser controlada através da criação de outros ambientes e de condições de vida que favoreçam e aumentem as atividades em contextos sociais (Tanjanai et al., 2016).

Algumas alterações a nível das capacidades mentais, em pessoas idosas, também se encontraram associadas ao processamento de informação temporal, ou seja, existem interações significativas entre a idade e a duração nos índices de erro de precisão temporal e a de variabilidade. Isto, ainda que as pessoas idosas realizam julgamentos mais prolongados e com menos eficiência, corroborando a ideia de que o processamento de informação, com durações mais prologadas, requerem mais recursos cognitivos que vão reduzindo com a idade (Baudouin et al., 2019).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde e Costa (2017):



(...) os ambientes físicos exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas, sendo importante que estejam adaptados às suas necessidades e limitações para viabilizarem o aumento da sua capacidade funcional e, em simultâneo, a prevenção de riscos, como quedas, atropelamentos e outros acidentes, e o socorro rápido quando necessário. (p. 32)

Para além da desregulação emocional, a incapacidade percebida pode ter consequências como a hospitalização e a institucionalização, que influenciam a qualidade de vida da população idosa (Direção-Geral da Saúde & Costa, 2017; Ministério da Saúde, 2006). De acordo com as mesmas fontes, há uma manutenção parcial da autonomia na idade avançada (e.g., capacidade de decisão) embora sejam dependentes (e.g., incapacidade percebida para efetuar uma determinada ação).

Neste âmbito, a investigação realizada por Marcinkowska et al. (2020) indicou que os idosos podem aparentar ser sensíveis a algumas reações secundárias devido à administração de psicofármacos. A sedação excessiva com antipsicóticos, por exemplo, podem desencadear complicações relacionadas com quedas, sintomas extrapiramidais, lentidão cognitiva e doenças cardiovasculares (Parker et al., 2010).

Por fim, a incapacidade percebida ou *desabilidade* são termos que abrangem todas as pessoas que apresentam limitações em atividades e restrições em participar nas mesmas. Existe deficiência quando um indivíduo, com uma determinada condição de saúde, interage com o ambiente.

Neste sentido, para dar resposta às exigências atuais, a Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization* (2001) e a Direção Geral da Saúde (2004) esforçaram-se para avaliar a deficiência e incapacidade percebida associadas através do modelo biopsicossocial, abandonando o tradicional modelo médico. Na sequência desta ideia, foi criado um esquema de classificação internacional conhecido como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Além da avaliação através da CIF, a *World Health Organization* também desenvolveu o questionário de autoavaliação, a *Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0), que corresponde diretamente aos códigos da CIF e que é aplicável a qualquer condição de saúde. O WHODAS 2 é considerado uma excelente ferramenta para desenhar todo o quadro de uma pessoa com deficiência, não servindo somente para quantificar a sua dificuldade (Papadopoulou et al., 2020). Ainda, Veiga et al. (2016) também utilizaram a WHODAS 2.0 no seu estudo, concluindo que o WHODAS 2.0 é um instrumento apropriado para analisar a saúde da população idosa, mesmo tendo em conta que

a incapacidade percebida é uma condição individual e que pode ser influenciada por múltiplos fatores, recomendando uma abordagem centrada na pessoa.

Em conclusão, verifica-se que a agressividade está relacionada com a agressão física, verbal, raiva e hostilidade, associando-se também com maiores níveis de *stress*, ansiedade e depressão (Singh, 2018), ainda que esta associação não tenha uma relação direta de causa-efeito da agressividade (Choi et al., 2018). Desta forma, existem idosos com níveis de *stress*, ansiedade e depressão que não são agressivos, o que pode derivar da interação de mecanismos genéticos (natureza) e ambientais (educação) segundo Tremblay e Vitaro (2018).

A incapacidade percebida abrange todos os idosos que apresentam ou percebem ter limitações em atividades e restrições em participar nas mesmas. Assim, existe incapacidade quando um indivíduo, com uma determinada condição de saúde, não consegue interagir de forma autónoma e altamente funcional, apresentando algumas limitações.

De acordo com o descrito, a presente investigação apresenta os seguintes objetivos:

1. Comparar os níveis de agressividade de idosos em contexto institucional com idosos da comunidade;
2. Estudar os correlatos sociodemográficos e clínicos da agressividade;
3. Estudar a relação entre agressividade e a incapacidade percebida;
4. Estudar a relação entre a agressividade e a desregulação emocional.

## **Materiais e Métodos**

### **Participantes**

O presente estudo inseriu-se no projeto de investigação “Trajetórias do envelhecimento” (PTDC/PSI-PCL/117379/2010). Neste projeto, tem-se avaliado o desempenho cognitivo, estado emocional, padrões de comportamento e suas mudanças longitudinais em pessoas idosas institucionalizadas da região centro de Portugal. O Comité de Ética do Instituto Miguel Torga de Ensino Superior aprovou o projeto (DI&DISMT / 2-2013).

A amostra da presente investigação ficou constituída por 326 sujeitos divididos em dois grupos: idosos da Comunidade ( $n = 209$ ) e idosos de Institucionalizados ( $n = 117$ ). Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, ser-se institucionalizado ou da comunidade, ter capacidade de entender as questões e o consentimento informado. Foram critérios de exclusão, a presença de doença mental e de alterações na capacidade motora que impossibilitassem a avaliação. Com efeito, a presente investigação contou com um total de 475

idosos em contexto institucional, sendo excluídas 73 pessoas (15,4%) por estarem acamadas, por várias doenças físicas graves (e.g., pneumonia) e neurocognitivas severas (e.g., demência). Adicionalmente, 282 (59,4%) foram excluídos devido a limitações associadas à situação atual da pandemia de COVID-19.

## **Procedimentos**

Os procedimentos para esta investigação seguiram o estabelecido para o projeto no qual se insere, pelo que podem facilmente ser diferenciados em quatro fases processuais.

Preliminarmente, os participantes recrutados deste estudo tinham as suas origens geográficas na região Centro de Portugal (95,1%; 84,4% do distrito de Coimbra), Norte (0,3%) e Lisboa (4,6%). Para recolha de dados, na população institucionalizada (lares, centros de dia e apoio domiciliário), foram solicitadas as autorizações nas instituições para a realização do estudo nos idosos residentes. Na comunidade, os indivíduos foram recrutados através da técnica de amostragem “bola de neve”, usando a rede pessoal de contactos dos avaliadores. No processo de recrutamento, 18 pessoas recusaram-se a participar, nos institucionalizados sete (1,5%) recusadas em lar, 11 (2,3%) em centro de dia e cinco (6,7%) da comunidade.

Num primeiro momento, forneceram-se, informações referentes ao projeto, testes utilizados e método de aplicação e solicitou-se a participação de sujeitos inseridos na comunidade ou institucionalizados. Seguidamente, na fase da realização dos testes, procedeu-se ainda à leitura do consentimento informado aos participantes e rubrica do documento fornecido pelo avaliador.

Num segundo momento, recolheram-se os dados sociodemográficos da amostra: o nome do participante, instituição (caso se aplique), tempo de institucionalização, sexo, data de nascimento, idade, data de avaliação, residência, espaço geográfico, a sua nacionalidade, profissão prévia principal, escolaridade em anos, estado civil, lateralidade manual, acompanhamento Psicológico, Psiquiátrico, Neurológicos prévios e atuais e também requeremos a medicação ao participante.

Num terceiro momento, procedeu-se à recolha de dados que decorreu entre Outubro de 2019 e Março de 2020. A bateria foi composta por um consentimento informado e por dezasseis testes na sua totalidade (um questionário sociodemográfico, oito avaliação psicológica e sete neuropsicológica). Inicialmente na aplicação dos instrumentos, foi estabelecido uma pausa, de forma a evitar possíveis recusas, com o objetivo de não desmotivar o entrevistado.

Num quarto momento, passado um mês de aplicação dos instrumentos, para determinar a fidedignidade, foram reavaliados 55 sujeitos com sete medidas da bateria, incluindo dois instrumentos deste estudo (*Aggression Questionnaire e Difficulties in Emotion Regulation Scale – 16*).

## **Instrumentos**

### ***Questionário de dados sociodemográficos e clínicos***

Nesta investigação, recolheram-se dados sociodemográficos como o tempo de institucionalização, o sexo, a idade, (depois foi recodificados em quatro grupos etários (60 - 69, 70 - 79, 80 - 89, > = 90), a data de avaliação, a residência, a tipologia de áreas urbanas (urbano, misto ou rural), a nacionalidade, a profissão segundo a classificação do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017) e reclassificada em *Manual* (e.g., agricultores e trabalhadores agrícolas e pescadores qualificados) e *Intelectual* (e.g., pessoal administrativo e equivalentes), as habilitações literárias e escolaridade em anos, o estado civil e a lateralidade manual. Quanto às variáveis clínicas, questionou-se sobre eventuais acompanhamentos psicológico/psiquiátrico atual e passado, acompanhamento neurológico atual e passado e diagnóstico (s) psicológico (s) /psiquiátrico (s) ou diagnóstico (s) Neurológico (s). Por fim, foi solicitado o nome da medicação tomada.

### ***Aggression Questionnaire***

O *Aggression Questionnaire* (AQ, versão original de Buss e Perry (1992); tradução e validado para a população portuguesa por Simões (1993)] é um instrumento que tem como objetivo identificar comportamentos agressivos. É composto por 12 itens numa escala do tipo Likert de seis pontos: de 1 (nunca) a 5 (sempre). O instrumento permite avaliar quatro dimensões: *agressão física* (itens 3, 8, 3, 11), *agressão verbal* (itens 1, 6 e 9), *raiva* (itens 5, 7 e 12) e *hostilidade* (itens 2, 4 e 10). A pontuação destas subescalas varia entre três a quinze pontos, não possuindo itens codificados de maneira invertida, o que significa que quanto mais alta a pontuação, mais alta será a dimensão avaliada pela subescala (Simões, 1993). De acordo com as características psicométricas da versão portuguesa do instrumento, este apresenta um alfa de Cronbach de 0,89 (Simões, 1993), o que vai de encontro aos valores obtidos na versão original do mesmo instrumento que foi de 0,89 (Buss & Perry, 1992). No presente estudo o *alfa de Cronbach* para a escala total registou um valor de 0,80, traduzindo-se numa boa consistência interna. Relativamente às subescalas, o *alfa*

de Cronbach total para o grupo da Comunidade foi de 0,75 e para o grupo institucionalizados foi de 0,86, sendo adequado para ambos os grupos. Porém, quando explorada a consistência interna de cada subescala foi possível verificar que no grupo da Comunidade não cumpriram os requisitos mínimos de consistência interna e as subescalas de *Hostilidade* e *Agressão Verbal* no grupo de institucionalizados (Tabela 1).

#### ***World Health Organization Disability Assessment Schedule - 12 itens***

O *World Health Organization Disability Assessment Schedule – 12 itens* (WHODAS 2.0, desenvolvido pela World Health Organization, 2010b; traduzido e validado para população portuguesa por Moreira et al. (2015)). É um instrumento que avalia as possíveis dificuldades do dia-a-dia apresentadas pelos sujeitos nas diversas condições clínicas, designadas genericamente por incapacidade, disfuncionalidade ou desabilidade percebida. O WHODAS 2.0 é composto por 12 itens sendo as respostas dadas com base numa escala ordinal de cinco níveis e referentes aos últimos 30 dias. Os itens permitem avaliar seis componentes: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação. Com base nesses seis componentes é possível obter uma indicação acerca do funcionamento global do sujeito. Segundo Üstün et al. (2010), a pontuação deste instrumento varia entre zero (nenhuma incapacidade) e cem (incapacidade total). Relativamente aos valores de confiabilidade, a versão portuguesa apresentou um alfa de Cronbach de 0,86 (Moreira, Alvarelhão, et al., 2015) e, no presente estudo, o alfa de Cronbach encontrado foi de 0,95. Ainda no nosso estudo, os valores de consistência interna foram equivalentes em ambos os grupos (Tabela 1).

#### ***Difficulties in Emotion Regulation Scale – 16***

O *Difficulties in Emotion Regulation Scale* [DERS-16, desenvolvido por Gratz e Roemer (2004), versão reduzida por Bjureberg et al., 2015; versão portuguesa de Espírito-Santo, 2019)], é um teste que avalia cinco dimensões da regulação emocional: *Clareza* (falta de clareza emocional; itens 1, 2), *Objetivos* (dificuldades em envolver-se em comportamentos dirigidos para objetos; itens 3, 7, 15), *Impulso* (dificuldades no controlo dos impulsos; itens 4, 8, 11), *Estratégias* (acesso limitado a estratégias de regulação eficazes; itens 5, 6, 12, 14 e 16) e *Não-aceitação* (não-aceitação das respostas emocionais; itens 9, 10 e 13). A DERS contém 16 itens numa escala Likert de cinco pontos: um “quase nunca” a cinco “quase sempre”. A pontuação varia entre dezasseis e oitenta, correspondendo os valores mais altos a maiores níveis de desregulação (Bjureberg et al., 2015). No que respeita aos valores de

confiabilidade, na versão original obteve-se um valor de alfa de Cronbach de 0,93 (Gratz & Roemer, 2004), o valor de 0,97 neste estudo (Tabela 1).

### **Análise estatística**

A análise estatística e tratamento dos dados foi efetuada através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 26.0 para *Windows*, SPSS, 2012).

Previamente recorreu-se à análise de consistência interna do AQ -12, WHODAS e DERS-16, calculando-se o *alfa de Cronbach*. De acordo com Pallant (2007), os valores com alfa acima de 0,7 são considerados aceitáveis, porém se os valores forem superiores a 0,8 são mais adequados. No entanto, valores de 0,9 ou superiores não são aconselháveis, pois apontam duplicação desnecessária de conteúdo nos diversos itens e refletem redundância em vez de homogeneidade (Streiner, 2003).

Seguidamente, analisaram-se as características sociodemográficas da amostra global e dos dois grupos (comunidade e institucionalizados), efetuando-se as análises descritivas (média e desvio padrão) e calculando o teste de *Qui Quadrado da independência*  $\chi^2$  e o teste *t* de *Student*. Calculou-se o tamanho do efeito *Fi* como medida do efeito para o  $\chi^2$ , e o tamanho de efeito *g* de Hedges para o teste *t* de *Student*.

Posteriormente, efetuaram-se as análises descritivas (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) para os instrumentos AQ-12, WHODAS e DERS-16 e das subescalas, bem como as respetivas diferenças entre os dois grupos, usando o teste *t* de *Student* e o tamanho do efeito *g* de Hedges.

Procedeu-se ainda à comparação do AQ-12 entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas (Tabela 5), recorrendo à análise teste *t* de *Student* para amostras independentes e análise de variância (ANOVA) e calculando o respetivo tamanho de efeito (respetivamente, *d* de Cohen ou *g* de Hedges e eta quadrado). Em relação à correlação e comparação da AQ-12 e subescalas entre os grupos definidos pelas variáveis clínicas, recorreu-se às correlações de Pearson e correspondente coeficiente de determinação ( $R^2 = r^2 \times 100$ ) e usou-se a ANOVA e respetivo eta quadrado. De acordo com Cohen (1988), uma correlação com o valor entre 0,10 e 0,29 é uma correlação pequena, uma correlação entre 0,30 e 0,49 é considerada uma correlação média e entre 0,50 e 1,00 é uma correlação alta.

Por fim, procedeu-se à análise correlacional, recorrendo de novo às correlações de *Pearson* entre o AQ-12 e suas subescalas, WHODAS e DERS-16 e respetivo coeficiente de determinação.

## Resultados

### Análises preliminares

**Consistência Interna.** Para avaliar a consistência interna do AQ -12, WHODAS, DERS-16 e suas subescalas, calculou-se o *alfa de Cronbach* (Tabela 1). Pode verificar-se que na comunidade a AQ-12 e suas subescalas apresentaram uma consistência interna baixa, exceto a *agressão física*, enquanto que o WHODAS e a DERS-16 apresentaram uma consistência interna boa e alta nas respectivas subescalas. Porém, no grupo institucionalizado, verificou-se uma consistência interna boa e alta em todos os instrumentos e respectivas subescalas, exceto no AQ -12, nas subescalas *agressão verbal* e *hostilidade*, onde a consistência interna foi baixa.

**Tabela 1**

*Análise de Confiabilidade das Escalas AQ-12, WHODAS e DERS-16 e suas subescalas (N = 326)*

Grupo	Instrumentos	Subescalas	Alfa Cronbach	
Comunidade (n = 209)	AQ - 12	Agressão física	0,63	
		Agressão verbal	0,38	
		Agressão raiva	0,61	
		Agressão hostilidade	0,61	
		Total	0,75	
	WHODAS	Total	0,91	
		Clareza	0,82	
		Objetivos	0,83	
		DERS - 16	Impulsos	0,88
			Estratégias	0,91
			Não-aceitação	0,85
	Total	0,96		
	Institucionalizados (n = 117)	AQ- 12	Agressão física	0,81
			Agressão verbal	0,66
Agressão raiva			0,75	
Agressão hostilidade			0,51	
Total			0,86	
WHODAS		Total	0,95	
		Clareza	0,95	
		Objetivos	0,87	
		DERS - 16	Impulso	0,89
			Estratégias	0,89
			Não-aceitação	0,89
Total		0,97		

*Nota.* WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)*; AQ = *The Aggression Questionnaire (Questionário de Agressividade)*; DERS = *Difficulties in Emotion Regulation Scale (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional)*; n = número de sujeitos; r = Correlação.

### ***Caracterização Sociodemográfica da Amostra***

Relativamente a Tabela 2, pode verificar-se que a amostra, compreendeu predominantemente sujeitos do sexo feminino, quer na amostra global (63,2%), quer nos dois grupos (Institucionalizados 39,3%, Comunidade 60,7%), não existindo associação entre o sexo e os grupos ( $p < 0,05$ ). O grupo da comunidade incluiu 209 participantes, tendo uma proporção do sexo masculino e feminino semelhante à da população idosa da região Centro ( $\chi^2_1 = 0,670$ ;  $p = 0,413$ ) (INE, 2019). Relativamente ao grupo dos institucionalizados, contou com 117 participantes e teve uma proporção no sexo não equivalente à encontrada na região centro ( $\chi^2_1 = 7,14$ ;  $p < 0,01$ ) (INE, 2019; PORDATA, 2020).

A faixa etária da amostra global compreendeu sujeitos entre os 70 e os 79 anos (32,2%). Porém, no grupo da comunidade a maioria dos sujeitos tinha entre os 60 e 69 anos, apresentando uma proporção de indivíduos por faixa etária diferente da encontrada na região Centro ( $\chi^2_3 = 17,25$ ;  $p = 0,001$ ). No grupo de institucionalizados, a maioria dos sujeitos tinha idades entre os 80 e os 96 anos (70%), mas a proporção de idosos por faixa etária não foi similar à da região Centro ( $\chi^2_3 = 152,79$ ;  $p < 0,001$ ) (INE, 2019; PORDATA, 2020). Deste modo, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a idade e os grupos ( $p < 0,001$ ), tendo a população institucionalizada uma idade mais avançada.

Relativamente às habilitações literárias (68,1%), a maioria dos sujeitos concluiu o primeiro Ciclo, na amostra global, havendo uma associação entre a escolaridade e os grupos ( $p < 0,001$ ). No grupo da comunidade, as proporções de idosos pelo nível das habilitações literárias não foram iguais às encontradas na região centro ( $\chi^2_5 = 42,72$ ;  $p < 0,001$ ; PORDATA, 2020); enquanto que no grupo de institucionalizados houve uma proporção de idosos pelo nível das habilitações literárias também não foram iguais à da região Centro ( $\chi^2_5 = 19,53$ ;  $p < 0,01$ ) (Instituto Nacional de Estatística, 2019; PORDATA, 2020).

No que respeita à categoria profissional, verificou-se que a profissão de âmbito manual apresentou maiores valores, em ambos os grupos (institucionalizados 72,2% na comunidade 61,9%) não havendo associação entre a categoria profissional e os grupos ( $p < 0,05$ ).

Relativamente ao estado civil, a maior parte dos participantes era casado/união de facto, tanto na amostra global (51,5%), como na amostra da comunidade (64,1%); porém, na amostra de institucionalizados a maior parte era viúva (59,0%), verificando-se associação entre o estado civil e os grupos de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Em relação ao espaço geográfico a maioria residia em meio rural (63,8%), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ), tal como na amostra da comunidade (57,9%). No que respeita ao tempo de institucionalização em termos médios, podemos apontar uma duração de 384 meses ( $M = 13,54$ ;  $DP = 37,72$ ). Os idosos em contexto institucional distribuíram-se por centro de dia ( $n = 39$ ; 33,3%), lar ( $n = 58$ , 49,6%) e apoio domiciliário ( $n$



= 20; 17,1%). O teste de qui-quadrado da aderência mostrou que a proporção de idosos por tipo de resposta social na nossa amostra era diferente de forma estatisticamente significativa quando comparada com a proporção de idosos distribuídos por estas mesmas respostas sociais no distrito de Coimbra (centro de dia:  $n = 3166$ ; 23,1%; lar:  $n = 5542$ ; 40,4%; apoio domiciliário:  $n = 5006$ ; 36,5%;  $\chi^2_2 = 19,81$ ;  $p < 0,001$ ) de acordo com a Carta Social (Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020). Por fim, quanto às variáveis categoria profissional, estado civil e espaço geográfico não foi possível comparar as suas proporções, uma vez que não se encontraram dados no INE, nem na PORDATA (INE, 2019; PORDATA, 2020).

**Tabela 2***Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 326)*

		Amostra Global		Comunidade ( $n = 209$ )		Institucionalizados ( $n = 117$ )		$\chi^2$
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>	Masculino	120	36,8	84	70,0	36	30,0	2,86 <sup>ns</sup>
	Feminino	206	63,2	125	60,7	81	39,3	
<b>Idade (Faixas etárias)</b> Anos: AG: $M = 2,09 \pm 0,93$ C: $M = 1,67 \pm 0,72$ I: $M = 2,80 \pm 0,84$ $t = 12,51$ ; $p < 0,001$	60-69	105	32,2	95	45,5	10	8,5	115,33 <sup>***</sup>
	70-79	111	34,0	86	41,1	25	21,4	
	80-89	87	26,7	26	12,4	61	52,1	
	> 90	23	7,1	2	1,0	21	17,9	
<b>Habilitações Literárias (nível)</b> Anos: AG: $M = 1,65 \pm 0,48$ C: $M = 1,62$ ; $\pm 0,49$ I: $M = 1,72 \pm 0,45$ $t = 5,76$ ; $p < 0,001$	Sem escolaridade	21	6,4	5	2,4	16	13,7	34,73 <sup>***,a</sup>
	Sabe ler e escrever <sup>b</sup>	8	2,5	2	1,0	6	5,1	
	1º ciclo	222	68,1	140	67,0	82	70,1	
	2º ciclo	13	4,0	8	3,8	5	4,3	
	3º ciclo	28	8,6	24	11,5	4	3,4	
	Ensino Secundário	20	6,1	18	8,6	2	1,7	
	Licenciatura	13	4,0	11	5,3	2	1,7	
	Mestrado	1	0,3	1	0,5	0	0,0	
<b>Categoria Profissional</b> ( $N = 312^c$ )	Manual	205	65,7	122	61,9	83	72,2	3,38 <sup>ns</sup>
	Intelectual	107	34,3	75	38,1	32	27,8	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	18	5,5	10	4,8	8	6,8	48,35 <sup>***</sup>
	Separado <sup>d</sup>	22	6,7	16	7,7	6	5,1	
	Viúvo	116	35,6	47	22,5	69	59,0	
	Namoro	2	0,6	2	1,0	0	0,0	
	Casado <sup>e</sup>	168	51,5	134	64,1	34	29,1	
<b>Espaço Geográfico</b>	Urbano	81	24,8	64	30,6	17	14,5	11,01 <sup>**</sup>
	Misto	37	11,3	24	11,5	13	11,1	
	Rural	208	63,8	121	57,9	87	74,4	

Nota.  $\chi^2$  = Qui-quadrado da independência;  $M$  = Média;  $N$  = N° sujeitos. <sup>a</sup> Sem escolaridade; <sup>b</sup> Associação linear-por-linear; <sup>c</sup> Alguns sujeitos indicaram que estavam reformados e o avaliador não questionou a profissão prévia. <sup>d</sup> Ou divorciado. <sup>e</sup> Ou união de facto. <sup>\*\*</sup>  $p < 0,01$ ; <sup>\*\*\*</sup>  $p < 0,001$ ; <sup>ns</sup> Não significativo.

**Caracterização Clínica da Amostra**

Na Tabela 3 pode verifica-se que quer na amostra global, quer nos dois grupos apresentam proporções parecidas no que diz respeito à categoria do diagnóstico, com a maioria dos idosos razoavelmente saudável ou com doença sem impacto cognitivo ( $p < 0,05$ ). Relativamente aos psicofármacos, houve maior consumo de antidepressivos ( $M = 0,39$ ;  $DP = 0,67$ ;  $p < 0,05$ ), antipsicóticos ( $M = 0,14$ ;  $DP = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ) e de benzodiazepinas ( $M = 0,38$ ;  $DP = 0,58$ ;  $p < 0,05$ ) pelo grupo de idosos em contexto institucional comparativamente com grupo da comunidade. Essas diferenças foram estatisticamente significativas e o tamanho de efeito foi pequeno. No grupo de Institucionalizados, nos dopamiméticos ( $M = 0,08$ ;  $DP = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ) verificou-se diferenças estatisticamente significativas com tamanho de efeito pequeno. Para além dos medicamentos anteriormente descritos, alguns idosos em contexto institucional também tomavam medicação para outros sistemas como os diuréticos ( $M = 0,32$ ;  $DP = 0,49$ ;  $p < 0,01$ ), contabilizando-se assim um número de total médio de 4,31 fármacos ( $DP = 4,03$ ;  $p < 0,01$ ), verificando-se diferenças estatisticamente significativas e com um tamanho de efeito médio. Relativamente aos outros fármacos gerais e ao número total de fármacos com impacto cognitivo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas e com tamanho de efeito médio.

**Tabela 3***Caracterização Clínica de Idosos da Comunidade (IC) e Institucionalizados (II)*

		Global (N = 326)		IC (n = 209)		II (n = 117)		$\chi^2$	$\phi$
Variáveis Clínicas		n	%	n	%	n	%		
Categoria de Diagnóstico	Razoavelmente saudável/DSIC	193	59,20	132	63,2	61	52,10	3,88 <sup>NS</sup>	0,11
	Doença CIFIC <sup>a</sup>	65	19,90	39	18,70	26	22,20		
	Problema de saúde mental	61	18,70	34	16,30	27	23,10		
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>g</i>
Psicofármacos	Antidepressivos <sup>b</sup>	0,30	0,59	0,25	0,53	0,39	0,67	2,01*	0,24†
	Antipsicóticos <sup>c</sup>	0,08	0,30	0,05	0,24	0,14	0,37	2,21*	0,31†
	Benzodiazepínicos	0,29	0,53	0,25	0,50	0,38	0,58	2,09*	0,25†
	Outros psicofármacos	0,03	0,16	0,02	0,14	0,03	0,18	0,84 <sup>NS</sup>	0,06 <sup>NS</sup>
Outros fármacos do SNC	Antiepiléticos e anticonvulsivantes	0,06	0,27	0,04	0,19	0,09	0,37	1,79 <sup>NS</sup>	0,19 <sup>NS</sup>
	Dopamiméticos (Antiparkinsonianos)	0,04	0,23	0,02	0,14	0,08	0,33	2,24*	0,26†
	MUTSAFC (Antidemenciais)	0,07	0,30	0,05	0,28	0,10	0,32	1,25 <sup>NS</sup>	0,17 <sup>NS</sup>
Fármacos de outros aparelhos orgânicos	Agonistas adrenérgicos beta <sup>d</sup>	0,04	0,23	0,03	0,20	0,05	0,26	0,68 <sup>NS</sup>	0,09 <sup>NS</sup>
	Antidiabéticos	0,18	0,49	0,18	0,47	0,18	0,51	0,01 <sup>NS</sup>	0,00 <sup>NS</sup>
	Anti-hipertensores	0,33	0,58	0,32	0,56	0,33	0,62	0,19 <sup>NS</sup>	0,02 <sup>NS</sup>
	Bloqueadores beta	0,17	0,40	0,17	0,41	0,16	0,37	0,11 <sup>NS</sup>	0,03 <sup>NS</sup>
	Corticosteroides	0,01	0,10	0,01	0,10	0,01	0,10	0,09 <sup>NS</sup>	0,00 <sup>NS</sup>
	Descongestionantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 <sup>NS</sup>
	Diuréticos	0,19	0,42	0,12	0,36	0,32	0,49	4,07**	0,49††
	Estatinas	0,34	0,51	0,32	0,50	0,37	0,52	0,81 <sup>NS</sup>	0,10 <sup>NS</sup>
	Muscarínicos (Anti-histamínicos)	0,01	0,10	0,01	0,10	0,01	0,10	0,00 <sup>NS</sup>	0,00 <sup>NS</sup>
	Outros fármacos	1,23	1,69	1,00	1,33	1,66	2,13	3,53***	0,40††
<b>Número total de fármacos com impacto cognitivo</b>		3,11	3,04	2,60	2,42	4,03	3,76	4,15***	0,48††
<b>Número total de fármacos</b>		3,37	3,22	2,84	2,52	4,31	4,03	4,05**	0,47††

Nota.  $\chi^2$  = Qui-quadrado da aderência;  $\phi$  = tamanho do efeito do  $\chi^2$ ;  $t$  = Teste  $t$  de Student;  $g$  = tamanho do efeito  $g$  de Hedges; DSIC = Doença sem impacto cognitivo; Doença CIC = Doença com impacto no funcionamento cognitivo; SNC = Sistema nervoso central; MUTSAFC = Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, incluindo medicamentos utilizados no tratamento sintomático da demência de Alzheimer e outros não recomendados pelo INFARMED. <sup>a</sup> Diabetes, AVC, tumor cerebral, etc. <sup>b</sup> Inibidores da monoamina oxidase; Tri e tetracíclicos; Inibidores seletivos da recaptação da noradrenalina; Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina; Inibidores seletivos da recaptação da noradrenalina e dopamina; Agonista melatonínico e Antagonista 5-HT<sub>2</sub>. <sup>c</sup> Convencionais e atípicos. <sup>d</sup> Antiasmáticos. \*\*\*  $p < 0,001$ . \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; <sup>NS</sup> = não significativo. † tamanho do efeito pequeno; †† tamanho do efeito médio; <sup>NS</sup> = tamanho do efeito insignificante.

### ***Análise descritivas da Agressividade, Incapacidade Percebida e Desregulação Emocional***

Na Tabela 4 é possível observar que, no que diz respeito ao AQ-12 verificou-se que no grupo de institucionalizados ( $M = 24,68$ ;  $DP = 8,10$ ) a média foi inferior à da comunidade ( $M = 25,50$ ;  $DP = 6,48$ ), sem que essas diferenças fossem estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Relativamente ao WHODAS, os idosos que se encontravam institucionalizados ( $M = 35,51$ ;  $DP = 26,26$ ) apresentaram uma média mais alta do que os da comunidade ( $M = 20,53$ ;  $DP = 19,55$ ) de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) e o tamanho de efeito foi médio ( $g$  de Hedges = 0,68).

Por último, relativamente ao DERS-16, verificou-se que a média no grupo institucionalizado ( $M = 37,08$ ;  $DP = 17,87$ ) foi superior à da comunidade ( $M = 32,95$ ;  $DP = 16,29$ ), mas as diferenças não foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Nas subescalas do DERS-16, é de evidenciar valores mais altos nos Objetivos, Estratégias e Não-aceitação do grupo institucionalizado, de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ), mas tamanho de efeito foi pequeno quando comparado com o grupo da comunidade.

### ***Diferenças Individuais na Agressividade***

Na Tabela 5 verifica-se quanto ao espaço geográfico, que em média os idosos em contexto institucional residentes em meio urbano, são mais agressivos ( $M = 29,29$ ;  $DP = 15,10$ ) que os idosos em contexto institucional residentes em espaços rurais ( $M = 23,54$ ;  $DP = 5,36$ ) e mistos ( $M = 26,31$ ;  $DP = 6,70$ ). A diferença de agressividade demonstra ser estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), os idosos em contexto institucional residentes em espaços urbanos apresentado em valores mais altos a nível de agressividade em comparação com residentes em espaços rurais e mistos.

Relativamente as restantes variáveis, existe diferenças nas médias de pontuação total do AQ-12, porém não apresentaram de maneira estatisticamente significativa.

**Tabela 4***Análises Descritivas e das Diferenças dos Instrumentos de Avaliação Psicológica (N = 326)*

Instrumentos	Subescalas	IC (n = 207)				II (n = 117)				t	g de Hedges
		M ± DP	Md	Mín	Máx	M ± DP	Md	Mín	Máx		
<b>AQ – 12</b>	Total	25,30 ± 6,48	25,00	12,00	42,00	24,68 ± 8,10	24,00	12,00	60,00	0,75 <sup>NS</sup>	0,09 <sup>INS</sup>
	Agressão física	—	—	—	—	4,03 ± 1,89	3,00	3,00	15,00	—	—
	Agressão verbal	—	—	—	—	6,11 ± 2,46	6,00	3,00	15,00	—	—
	Agressão raiva	—	—	—	—	6,54 ± 2,89	6,00	3,00	15,00	—	—
	Agressão hostilidade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>WHODAS</b>	Total	20,53 ± 19,55	14,58	0,00	100,0	35,51 ± 26,26	33,33	0,00	100,0	5,84 <sup>***</sup>	0,68 ††
<b>DERS – 16</b>	Total	32,95 ± 16,29	27,50	16,00	80,00	37,08 ± 17,87	34,00	16,00	80,00	1,85 <sup>NS</sup>	0,25 †
	Clareza	4,03 ± 2,29	3,00	2,00	10,00	4,52 ± 2,31	4,00	2,00	10,00	0,31 <sup>NS</sup>	0,13 <sup>INS</sup>
	Objetivos	7,19 ± 3,60	6,00	3,00	15,00	7,31 ± 3,58	6,00	3,00	15,00	1,39 <sup>NS</sup>	0,03 <sup>INS</sup>
	Impulso	5,98 ± 3,36	5,00	3,00	15,00	6,53 ± 3,53	6,00	3,00	15,00	2,15 <sup>**</sup>	0,16 <sup>INS</sup>
	Estratégias	10,06 ± 5,62	8,00	5,00	25,00	11,48 ± 5,80	8,00	5,00	25,00	3,71 <sup>**</sup>	0,25 †
	Não-aceitação	5,68 ± 3,32	4,00	3,00	15,00	7,23 ± 4,06	6,00	3,00	15,00	2,11 <sup>**</sup>	0,43 ††

Nota. M = Média; Md = Mediana; DP = Desvio Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo; IC = Idosos Comunidade; II = Idosos em contexto institucional; t = Teste t de Student; g = tamanho do efeito g de Hedges; WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule*; AQ = *The Aggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade); DERS = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional). Onde não aparece valores não apresentam confiabilidade adequada. \*\*\* p < 0,001. \*\* p < 0,01; \* p < 0,05; NS = não significativo. †††† tamanho do efeito muito grande; ††† tamanho do efeito grande; †† tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno; <sup>INS</sup> = tamanho do efeito insignificante.

**Tabela 5**

*Comparação de AQ – 12 entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 117)*

		Questionário de Agressividade							
		Agressão física		Agressão verbal		Agressão raiva		Total	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Sexo	Masculino	4,44	2,34	6,67	2,39	6,28	2,82	24,89	8,41
	Feminino	3,84	2,21	5,86	2,47	6,65	2,93	24,59	8,01
<i>t Student (t; d)</i>		(1,35 <sup>NS</sup> ; -0,26)		(1,64 <sup>NS</sup> ; -0,34)		(-0,65 <sup>NS</sup> ; 0,13)		(0,18 <sup>NS</sup> ; -0,04)	
Idade	60-69	4,50	2,22	6,00	1,94	5,40	2,84	23,00	7,87
	70-79	4,32	2,72	6,92	2,57	7,44	2,79	27,12	8,32
	80-89	3,87	1,90	5,79	2,22	6,44	2,90	23,87	7,57
	>90	3,90	2,68	6,14	3,10	6,29	2,92	24,95	9,31
	ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(0,40 <sup>NS</sup> ; 0,01)		(1,27 <sup>NS</sup> ; 0,03)		(1,42 <sup>NS</sup> ; 0,04)		(1,12 <sup>NS</sup> ; 0,03)
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	4,19	3,08	6,06	2,91	6,94	3,11	26,50	10,29
	Sabe ler e escrever	4,17	1,60	4,67	1,63	7,17	3,66	22,00	5,83
	1.º Ciclo	4,00	2,27	6,34	2,40	6,70	2,84	25,26	7,86
	2.º Ciclo	3,40	0,89	5,40	2,30	3,60	0,89	17,20	3,35
	3.º Ciclo	3,75	0,96	4,00	1,41	5,50	3,00	20,50	6,14
	Ensino Secundário	4,50	2,12	6,00	4,24	5,50	3,54	22,00	14,14
	Licenciatura	5,00	1,41	7,50	3,54	5,50	0,71	24,50	2,12
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(0,16 <sup>NS</sup> ; 0,01)		(1,14 <sup>NS</sup> ; 0,06)		(1,18 <sup>NS</sup> ; 0,06)		(1,25 <sup>NS</sup> ; 0,06)	
Categoria Profissional	Manual	4,00	2,24	6,02	2,43	6,66	2,87	24,92	8,09
	Intelectual	4,16	2,28	6,28	2,62	6,09	2,93	23,88	8,31
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(0,11 <sup>NS</sup> ; 0,00)		(0,25 <sup>NS</sup> ; 0,00)		(0,90 <sup>NS</sup> ; 0,01)		(0,38 <sup>NS</sup> ; 0,00)	
Estado Civil	Solteiro	5,88	4,42	7,13	3,56	6,75	4,43	28,63	14,85
	Separado(a)/Divorciado	3,83	0,98	7,00	2,53	4,83	1,72	23,17	5,71
	Viúvo (a)	3,94	1,97	5,90	2,40	6,68	2,69	24,49	7,00
	Casado/ União de facto	3,79	2,16	6,15	2,31	6,50	3,04	24,41	8,58
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(2,01 <sup>NS</sup> ; 0,05)		(0,88 <sup>NS</sup> ; 0,02)		(0,76 <sup>NS</sup> ; 0,02)		(0,72 <sup>NS</sup> ; 0,02)	
Espaço Geográfico	Urbano	6,00	4,56	7,71	4,20	7,18	4,30	29,29	15,10
	Misto	4,85	2,23	6,15	2,12	7,23	2,49	26,31	6,70
	Rural	3,52	1,08	5,79	1,92	6,31	2,60	23,54	5,36
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(11,31 <sup>***</sup> ; 0,17)		(4,56 <sup>*</sup> ; 0,07)		(1,06 <sup>NS</sup> ; 0,02)		(4,09 <sup>*</sup> ; 0,07)	

*Nota.* M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student;  $\eta^2$  = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); d = d de Cohen; AQ = *The Aggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade).

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>NS</sup> Não significativo.

### ***Correlações e Comparações do AQ-12 entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas.***

Encontrou-se uma correlação pequena, positiva e estatisticamente significativa ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 5,3\%$ ) entre o AQ-12 e a toma de Agonistas Adrenérgicos Beta.

Em relação às categorias de diagnóstico, no grupo de idosos em contexto institucional, a média do AQ-12 foi superior no subgrupo com doença mental ( $M = 26,52$ ;  $DP = 10,98$ ). Contudo,

através da ANOVA, verificou-se que não existiram diferenças significativas entre as médias do AQ-12 pelas categorias de diagnóstico.

### Tabela 6

*Correlações e Comparações do AQ-12 com os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas (N = 117)*

	Questionário de Agressividade			
	Agressão física	Agressão verbal	Agressão raiva	Total
<b>Medicamentos</b>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Antipsicóticos	0,19**	0,25***	0,05 <sup>NS</sup>	0,10**
Agonistas Adrenérgicos Beta	0,35***	0,34***	0,25***	0,23*
<b>Grupos de diagnóstico</b>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
RS/DSIC	3,74 (1,29)	6,05 (2,16)	6,30 (2,58)	23,84 (5,91)
DCIDC	4,38 (2,83)	5,88 (2,60)	6,62 (3,06)	24,85 (9,46)
Doença mental	4,04 (2,28)	6,63 (3,00)	6,89 (3,52)	26,52 (10,98)
<i>F (η<sup>2</sup>)</i>	1,19 <sup>NS</sup> (0,02)	0,70 <sup>NS</sup> (0,01)	0,41 <sup>NS</sup> (0,01)	1,01 <sup>NS</sup> (0,02)

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA;  $\eta^2$  = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); AQ = *The Aggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade); RS/DSIC = Razoavelmente saudável/doença sem impacto cognitivo; DCIDC = Doença com impacto no funcionamento cognitivo. \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>NS</sup> Não significativo.

### Correlatos da Agressividade

Na Tabela 7 são apresentadas as correlações de Pearson entre a AQ -12, WHODAS e DERS-16 em idosos em contexto institucional. Como se pode observar, a pontuação total e as subescalas da AQ-12 correlacionaram-se de forma estatisticamente significativa e positivamente com a DERS-16 e suas subescalas, variando os coeficientes de determinação entre 17,6% e 26,0%. Nem o AQ-12, nem as suas subescalas, se correlacionaram de forma estatisticamente significativa com a WHODAS.

**Tabela 7**

*Correlações de Pearson entre The Aggression Questionnaire, World Health Organization Disability Assessment Schedule e Difficulties in Emotion Regulation Scale (N = 117)*

Instrumentos	Subescalas	WHODAS	DERS					
			Total	Clareza	Objetivos	Impulso	Estratégias	Não-aceitação
<b>AQ-12</b>	Total	-0,04 <sup>NS</sup>	<b>0,51<sup>***</sup></b>	<b>0,47<sup>***</sup></b>	<b>0,48<sup>***</sup></b>	<b>0,47<sup>***</sup></b>	<b>0,49<sup>***</sup></b>	<b>0,42<sup>***</sup></b>
	Agressão física	-0,18 <sup>NS</sup>	<b>0,33<sup>***</sup></b>	<b>0,32<sup>***</sup></b>	<b>0,32<sup>**</sup></b>	<b>0,35<sup>***</sup></b>	<b>0,31<sup>**</sup></b>	<b>0,26<sup>**</sup></b>
	Agressão Verbal	-0,03 <sup>NS</sup>	<b>0,39<sup>***</sup></b>	<b>0,41<sup>***</sup></b>	<b>0,37<sup>***</sup></b>	<b>0,34<sup>***</sup></b>	<b>0,37<sup>***</sup></b>	<b>0,33<sup>***</sup></b>
	Agressão Raiva	-0,06 <sup>NS</sup>	<b>0,41<sup>***</sup></b>	<b>0,36<sup>***</sup></b>	<b>0,38<sup>**</sup></b>	<b>0,40<sup>***</sup></b>	<b>0,40<sup>***</sup></b>	<b>0,37<sup>***</sup></b>

*Nota.* AQ-12 = *The Aggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade); WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule*; DERS = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional); FSCRS = *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale*; OAS = *Other as Shamer Scale*. A negrito foram destacadas as correlações moderadas e altas.

\*\*\*  $p < 0,001$ . \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; <sup>NS</sup> = não significativo.

## Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo estudar a agressividade num grupo de idosos em contexto institucional comparando com idosos da comunidade, bem como estudar a relação a agressividade a incapacidade percebida e a desregulação emocional enquanto seus correlatos. Esta investigação está inserida no projeto *Trajetórias de envelhecimento* do Instituto Superior Miguel Torga e teve 209 participantes da comunidade e 117 institucionalizados.

Analisando as diferenças definidas pelas variáveis sociodemográficas constatamos que não há diferenças estatisticamente significativas na agressividade entre idosos em contexto institucional do sexo masculino e feminino ( $d = 0,04$ ). A investigação de Barlett (2016) não corrobora os nossos resultados, ao verificar que havia diferenças entre ambos os sexos ( $t = 2,93$ ;  $d = 0,24$ ), tendo o sexo masculino pontuações mais elevadas do que o sexo feminino. No entanto, o estudo incluiu participantes de diversas idades ( $M = 36,33$ ;  $DP = 12,42$ ) e, de acordo com a teoria da seleção sexual, a competição sexual é mais alta em idades mais jovens o que contribui para a maior agressividade no sexo masculino e o seu desvanecimento na velhice (Morales-Vives & Vigil-Colet, 2010), o que vai ao encontro dos resultados apresentados nesta investigação ( $F = 1,12$ ;  $p > 0,05$ ;  $\eta^2 = 0,03$ ). Porém, é importante mencionar que este estudo compreendeu maiores de 60 anos, que não houve uma redução estatisticamente significativa de agressividade.

Em relação ao estado civil, é possível verificar pontuações mais elevadas na agressividade nos solteiros e viúvos, mas sem que as diferenças fossem estatisticamente significativas. No entanto, é importante referir que, a amostra dos solteiros compreende somente 6,8% dos participantes, pelo que não há poder estatístico para se poder generalizar estes dados. Ainda assim, há que considerar que os idosos em contexto institucional são muito controlados na sua própria instituição, o que pode reduzir a descrição de agressividade.

Ainda dentro das características sociodemográficas verificou-se o nível de agressividade não está significativamente associado às habilitações literárias. Apesar de se saber que a escolaridade mais baixa se associa à demência (e.g., Collet et al., 2018), e, tal como referido anteriormente, as demências relacionam-se com agressão (e.g., Yu et al., 2019), era expectável que houvesse uma correlação entre agressividade e habilitações literárias, o que não se verificou. Contudo, as características específicas da nossa amostra poderão explicar o nosso resultado, como o facto de a maioria dos nossos participantes ter nascido na década de 40 do século passado e ter vivido numa ditadura e sociedade conservadora católica. Estes aspetos



podem refletir um padrão comportamental a “obedecer” e ao cumprimento de regras preestabelecidas, refletindo-se num menor nível de agressividade.

Quanto ao espaço geográfico, é possível verificar níveis de agressividade maiores nos indivíduos residentes em meio urbano, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. O facto de nesta investigação haver uma grande dispersão na recolha de dados em idosos em contexto institucional, no sentido de terem sido recolhidas em diferentes distritos, pode ter cooperado para estes resultados. O facto dos dados recolhidos ter ocorrido em diferentes distritos com particularidades diferentes (e.g., Lisboa e Coimbra), pode influenciar os níveis de agressividade pelo estilo de vida, tradições e mesmo pela agitação específica da cidade. Neste sentido, a agressividade salienta nos idosos que residem em meio urbano, pode ter como causa a agitação inerente às cidades que possibilita um aumento dos níveis de stress.

A agressividade relacionou-se, ainda que de forma fraca, também com o consumo de medicamentos da classe *Agonistas Adrenérgicos Beta*. Outro fármaco que se correlaciona com a agressividade são os Antipsicóticos, ainda que a correlação obtida seja baixa. Seria ideal ter valores de outros estudos que relacionassem estas duas variáveis, ainda que indiretamente algumas evidências possam apoiar o nosso resultado. Neste sentido, o estudo de Marcinkowska et al. (2020) indica que os idosos são mais suscetíveis a algumas reações secundárias, consequentes da sedação excessiva com antipsicóticos da qual podem surgir complicações relacionadas com quedas, sintomas extrapiramidais, lentidão cognitiva e doenças cardiovasculares (Parker et al., 2010), doenças do sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo e, ainda, doenças mentais e comportamentais (Moreira, Alvarelhão, et al., 2015). Analisando as correlações moderadas entre as pontuações totais do AQ-12, WHODAS e o DERS-12, sugere-se que a agressividade, incapacidade percebida e desregulação emocional se correlacionam numa população de idosos em contexto institucional, exceto nas subescalas *Agressão Verbal* e a *Raiva*.

As pontuações do AQ-12 e do WHODAS neste estudo não se correlacionaram, deste modo, a agressividade autopercebida não se relaciona com a incapacidade percebida para realizar tarefas diárias. Segundo Veiga et al. (2016), a incapacidade percebida é uma condição individual e que pode ser influenciada por múltiplos fatores. Assim, o facto de não haver relação entre a agressividade e a incapacidade percebida não se explica à luz dos estudos que indicam que os problemas físicos e mentais têm um impacto semelhante ao nível do funcionamento de idosos. Nomeadamente, a presença de doença mental, o número de sintomas psicológicos, situação financeira frágil, ser-se muito idoso e dar pouca importância às crenças religiosas afeta o funcionamento (Zamorano et al., 2019). Por outro lado, as perturbações de

humor tendem a estar relacionadas com um envolvimento funcional maior, as perturbações de ansiedade a um envolvimento intermédio e as perturbações por uso de substâncias a um envolvimento baixo (Edlund et al., 2018). Já o estudo de Hanssen et al. (2017) os níveis de ansiedade e a somatização ao nível da saúde foram relacionadas de forma positiva com o número de locais de dor em pacientes idosos com sintomas medicamente inexplicáveis (> 60 anos), mas não com a incapacidade ou gravidade de dor. Ainda assim, os idosos realizam julgamentos mais prolongados e com menos eficiência, corroborando a ideia de que o processamento de informação, com durações mais prolongadas, requer mais recursos cognitivos que vão reduzindo com a idade (Baudouin et al., 2019).

As pontuações do AQ-12, da DERS-12 e das respetivas subescalas neste estudo apresentam correlações positivas estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). De facto, de acordo com o estudo transversal de Garofalo e Velotti (2017), a desregulação emocional pode representar um dos antecedentes proximais da agressividade. As emoções negativas associam-se com a agressão física, e a desregulação emocional explica a variância adicional da agressão física (Garofalo & Velotti, 2017).

## **Limitações**

Depois de termos fundamentado os resultados obtidos, é importante salientar algumas limitações presentes neste estudo.

Primeiro, a pequena dimensão de alguns subgrupos no grupo de institucionalizados não permitiu obter poder estatístico para evitar o erro tipo II (rejeitar a hipótese de não haver diferenças, quando na verdade há diferenças).

Segundo, a proporção de idosos por tipo de resposta social deveria ser similar à proporção do distrito de Coimbra e a seleção da amostra pode ter sofrido vieses de seleção, pois trata-se de uma amostra de conveniência. Ademais, os idosos aceitaram participar voluntariamente neste estudo de investigação. Assim sendo, recomenda-se a replicação deste estudo com uma amostra maior e mais representativa.

Terceiro, os valores de confiabilidade de alguns instrumentos e respetivas subescalas aplicados sofrem de algumas limitações psicométricos, podendo não ser fidedignos e válidos para os idosos em contexto institucional. Estes problemas poderão estar relacionados com fatores gramaticais, pois durante a administração dos protocolos foi necessário reformular ou esclarecer certas palavras ou expressões presentes nos itens dos questionários a alguns dos participantes.

A quarta limitação foi o não ser controlado o papel da desregulação emocional na agressividade.

Por fim, a amostra ter sido recolhida em instituições conhecidas ou em locais de estágio onde os entrevistadores não eram desconhecidos dos avaliados, e a recolha de dados ter sido realizada a idosos conhecidos pelos próprios no grupo da comunidade, poderá ter inibido o responder de forma mais natural em ambos os grupos.

## **Conclusão**

Esta investigação permitiu estudar os níveis de agressividade, na população geriátrica, e verificar que se correlaciona com a desregulação emocional e o consumo de psicofármacos. A realidade das instituições hoje em dia, traduz-se em soluções imediatas para os comportamentos agressivos, inesperados e inconstantes nos idosos, recorrendo frequentemente a administração excessiva de psicofármacos. O uso excessivo de psicofármacos tem consequências adversas a vários níveis e não constitui uma solução, apesar de ser usado como tal.

Assim é importante a implementação de programas de intervenção psicológica, de forma a lidar com a agressividade, incapacidade percebida e desregulação emocional, sugerindo-se o desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva de forma a conhecer as principais limitações pessoais.

Apurámos igualmente que, neste estudo, a agressividade demonstra ser correlato do espaço geográfico, sendo esta a única variável sociodemográfica com a qual se correlaciona. Neste estudo são, assim, suscitadas novas questões a serem abordadas e exploradas em idosos em contexto institucional na agressão.

A AQ-12 reúne propriedades psicométricas que asseguram, uma medida adequada da agressão, o que nos parece ser um passo fundamental no sentido de conhecer os fatores que a potencializam, permitindo intervenções que minimizem as suas consequências.

Por fim, os nossos resultados indicam uma relação entre a agressividade e a desregulação emocional, sugerindo-se que o tratamento com pessoas idosas institucionalizadas violentas deva ter como alvo as competências de regulação emocional para reduzir tendências agressivas.

## **Referências**

Artaud, F., Sabia, S., Dugravot, A., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A., & Elbaz, A. (2016). Trajectories of unhealthy behaviors in midlife and risk of disability at older ages in the

- whitehall II cohort study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(11), 1500–1506. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw060>
- Barlett, C. P. (2016). Exploring the correlations between emerging adulthood, Dark Triad traits, and aggressive behavior. *Personality and Individual Differences*, 101, 293–298. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.061>
- Baudouin, A., Isingrini, M., & Vanneste, S. (2019). Executive functioning and processing speed in age-related differences in time estimation: A comparison of young, old, and very old adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 26(2), 264–281. <https://doi.org/10.1080/13825585.2018.1426715>
- Bhardwaj, V., Angkaw, A. C., Franceschetti, M., Rao, R., & Baker, D. G. (2019). Direct and indirect relationships among posttraumatic stress disorder, depression, hostility, anger, and verbal and physical aggression in returning veterans. *Aggressive Behavior*, 45(4), 417–426. <https://doi.org/10.1002/ab.21827>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2015). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
- Choi, H., Jung, Y.-I., & Kim, H. (2018). Factors related to aggressive behaviors among older adults in nursing homes of Korea: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.014>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). L. Erlbaum Associates.
- Collet, J., Vugt, M. E. de, Verhey, F. R. J., Engelen, N. J. J. A., & Schols, J. M. G. A. (2018). Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: Results from the SpeCIMeN study. *Aging & Mental Health*, 22(1), 33–39. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1202891>
- Direção-Geral da Saúde, & Costa, A. (2017). *Estratégias nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Edlund, M. J., Wang, J., Brown, K. G., Forman-Hoffman, V. L., Calvin, S. L., Hedden, S. L., & Bose, J. (2018). Which mental disorders are associated with the greatest impairment in functioning? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(11), 1265–1276.

<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1554-6>

- Espírito-Santo, H. (2019). *Difficulties in Emotion Regulation Scale-16: Versão Portuguesa* [Unpublished scale]. Instituto Superior Miguel Torga.
- Farah, T., Ling, S., Raine, A., Yang, Y., & Schug, R. (2018). Alexithymia and reactive aggression: The role of the amygdala. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 281, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.09.003>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2020). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos do distrito de Coimbra na área de intervenção com pessoas idosas nas respostas sociais de centro de dia, estrutura residencial para pessoas idosas e serviço de apoio domiciliário*. [http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb\\_valencia&cod\\_distrito=06&cod\\_concelho=0&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2101&dcf=06&fbclid=IwAR3hS3EzYHPpT3kdnfqBHPawHamb1Ksph6Avj\\_0Rk6ZGuRAU7t6a-YCgT4E](http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb_valencia&cod_distrito=06&cod_concelho=0&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2101&dcf=06&fbclid=IwAR3hS3EzYHPpT3kdnfqBHPawHamb1Ksph6Avj_0Rk6ZGuRAU7t6a-YCgT4E)
- Garofalo, C., & Velotti, P. (2017). Negative emotionality and aggression in violent offenders: The moderating role of emotion dysregulation. *Journal of Criminal Justice*, 51, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2017.05.015>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Hanssen, D. J. C., Lucassen, P. L. B. J., Naarding, P., de Waal, M. W. M., & Oude Voshaar, R. C. (2017). Pain characteristics of older persons with medically unexplained symptoms, older persons with medically explained symptoms and older persons with depression. *Aging & Mental Health*, 22(12), 1642–1649. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1387762>
- INE. (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Portal do INE. Base de dados do Instituto Nacional de Estatística: Distribuição de idosos por faixa etária e por sexo centro*. [https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt](https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt)
- Kamil-Rosenberg, S., Greaney, M. L., Hochman, T., & Garber, C. E. (2019). How do physical activity and health vary among younger, middle-aged, and older adults with and without

- disability? *Journal of Aging and Physical Activity*, 27(2), 234–241. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0215>
- Kim, S. C., Young, L., & Berry, B. (2016). Aggressive Behaviour Risk Assessment Tool for newly admitted residents of long-term care homes. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1747–1756. <https://doi.org/10.1111/jan.13247>
- Marcinkowska, M., Śniecikowska, J., Fajkis, N., Paško, P., Franczyk, W., & Kołaczkowski, M. (2020). Management of dementia-related psychosis, agitation and aggression: A review of the pharmacology and clinical effects of potential drug candidates. *CNS Drugs*, 34(3), 243–268. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00707-7>
- Ministério da Saúde. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)
- Morales-Vives, F., & Vigil-Colet, A. (2010). Are there sex differences in physical aggression in the elderly? *Personality and Individual Differences*, 49(6), 659–662. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.034>
- Moreira, Alvarelhão, J., Silva, A. G., Costa, R., & Queirós, A. (2015). Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 179–182. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.003>
- Moreira, S. A., Almeida Nogueira, J., Silva, L. M., Tura Rangel, L. F., Peixoto Rodrigues, T., Costa Feitosa Alves, M. do S., Pinto Marques, M. D. C., Lima Alves, K., Gomes de Lima, L. B., & Oliveira Silva, A. (2015). Health problems of institutionalized elderly. *International Archives of Medicine*, 9(59), 1-7. <https://doi.org/10.3823/1930>
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *OMS International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde* (p. 30). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6)
- Organização Mundial da Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004/4cdfad93-81d0-42de-b319-5b6b7a806eb2>
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (3. ed.). Open Univ. Press.

- Papadopoulou, M., Stasi, S., Bakalidou, D., Papageorgiou, E., Tsokani, A., Bratsi, T., & Papathanasiou, G. (2020). Psychometric properties of the 12-Item World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in adult patients with motor disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 32, 801-819. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09721-0>
- Parker, C., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2010). Antipsychotic drugs and risk of venous thromboembolism: Nested case-control study. *BMJ: British Medical Journal*, 341(7774), 341-4245. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4245>
- PORDATA. (2020). *PORDATA - População residente*. <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Popula%c3%a7%c3%a3o+Residente-28>
- Robertson, T., & Daffern, M. (2020). Improving the assessment of risk for imminent aggression in older adults in residential facilities. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 101364, 1-34. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101364>
- Rubio-Garay, F., Carrasco, M. A., & Amor, P. J. (2016). Aggression, anger and hostility: Evaluation of moral disengagement as a mediational process. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(2), 129–135. <https://doi.org/10.1111/sjop.12270>
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos do que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 27(3), 387–404.
- Singh, R. (2018). Significance of physical health for psychological well-being of elderly. *The Anthropologist*, 31(1–3), 62–68. <https://doi.org/10.31901/24566802.2018/31.1-3.1987>
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001\\_18](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18)
- Tanjanai, P., Moradinazar, M., & Najafi, F. (2016). Prevalence of depression and related social and physical factors amongst the Iranian elderly population in 2012: Prevalence of depression. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 126–131. <https://doi.org/10.1111/ggi.12680>
- Tremblay, R. E., & Vitaro, F. (2018). Developmental origins of chronic physical aggression: A bio-psycho-social model for the next generation of preventive interventions. *Annual Review of Psychology*, 69(1), 383-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044030>
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (Eds.). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.

- Veiga, B., Pereira, R. A. B., Pereira, A. M. V. B., & Nickel, R. (2016). Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1015–1021. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150053>
- World Health Organization. (2010). *Manual for WHO Disability Assessment Schedule*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>
- Yu, R., Topiwala, A., Jacoby, R., & Fazel, S. (2019). Aggressive behaviors in alzheimer disease and mild cognitive impairment: Systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 290–300. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.10.008>
- Zamorano, A., Muñoz, M., Ausín, B., & Pérez, E. (2019). Relación entre la salud mental y el nivel de funcionamiento de las personas mayores de 65 años de la comunidad de madrid. *Clínica y Salud*, 30(2), 63–71. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a8>