



**A Alexitimia e a Desregulação Emocional como Correlatos da
Agressividade na Idade Avançada: Estudo numa Amostra de Idosos**

Isabel Filipa Simões Gonçalves

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, novembro de 2020

Dedicatória

Esta tese de mestrado é dedicada ao meu pai, apesar da ausência física está sempre presente no meu coração.

Agradecimentos

Todo o percurso para a elaboração da minha dissertação só foi possível devido às pessoas imperdíveis da minha vida. Muito obrigada a elas!

Aos meus avós, pelo amor incondicional, e pela humildade que me transmitem.

À minha mãe, por todo o apoio, dedicação, amor e por estar sempre presente na minha vida.

Ao meu irmão, simplesmente por existir, e por me lembrar todos os dias do quanto é bom ter irmãos.

À minha irmã, pela paciência, ajuda, dedicação, apoio incondicional e amor. Sem ti não seria possível.

A todos os meus amigos e amigas, o meu muito obrigada por de alguma maneira estarem comigo quando eu mais preciso, pelas palavras meigas, por me ouvirem, por me darem muita força e me incentivarem a nunca desistir.

À Prof^a Dr^a Helena Espírito Santo, que acompanhou o meu crescimento desde a licenciatura. Foi um grande privilégio tê-la a orientar a minha dissertação.

Apesar de todos os obstáculos, sou muito sortuda por ter conhecido pessoas tão importantes e especiais que, com todos os seus conhecimentos me permitiram crescer enquanto pessoa e enquanto profissional. Obrigada!

Resumo

Objetivos: explorar os níveis de agressividade autopercecionados numa população idosa institucionalizada, comparando-os com um grupo de idosos da comunidade; estudar os correlatos sociodemográficos e clínicos da agressividade e as correlações entre a agressividade e a desregulação emocional e a alexitimia.

Método: A amostra foi constituída por 326 idosos, sendo 209 da comunidade e com 117 Institucionalizados, com uma média de idades de 75,12 anos ($DP = 8,79$). Todos os participantes foram avaliados com uma bateria de testes que incluía o *Aggression Questionnaire*, a *Toronto Alexythimia Scale – 20 itens* e a *Difficulties in Emotion Regulation Scale*.

Resultados: Não foram encontradas diferenças a nível de agressividade entre idosos institucionalizados e da comunidade, foram sim encontrados maiores níveis de alexitimia no grupo de idosos institucionalizados, assim como níveis mais elevados de desregulação emocional. O nível da agressividade autopercecionada em idosos institucionalizados, correlacionou-se com a alexitimia e a desregulação emocional.

Conclusão: A alexitimia e a desregulação emocional correlacionam-se com a agressividade autopecercionada na idade avançada. A alexitimia e a desregulação emocional correlacionam-se com a agressividade auto-percebida em pessoas idosas institucionalizadas. Esta descoberta é importante para orientar as escolhas terapêuticas nestes contextos.

Palavras-chave: Idade Avançada; Institucionalização; Agressividade; Correlatos; Alexitimia; Desregulação Emocional.

Abstract

Objectives: To explore the levels of self-perceived aggressiveness in institutionalized elderly, comparing them to a group of elderly people in the community; to study the socio-demographic and clinical correlates of aggressiveness and the correlations between aggressiveness and emotional dysregulation and alexithymia.

Method: The sample consisted of 326 elderly, 209 from the community and 117 institutionalized, with an average age of 75.12 years ($SD = 8.79$). All participants were assessed with a battery of tests, which included the Aggression Questionnaire, the Toronto Alexithymia Scale - 20 items, and the Difficulties in Emotion Regulation Scale.

Results: No differences were found in aggressiveness between institutionalized and community elderly, but higher levels of alexithymia were found in the institutionalized elderly group, as well as higher levels of emotional dysregulation. The level of self-perceived aggressiveness in institutionalized elderly correlated with alexithymia and emotional dysregulation.

Conclusion: Alexithymia and emotional dysregulation correlate with self-perceived aggressiveness in older institutionalized people. This finding is important to guide therapy choices in these settings.

Keywords: Advanced Age; Institutionalization; Aggressiveness; Correlates; Alexithymia; Emotional dysregulation.

Tabelas

Tabela 1. Análise de Confiabilidade das Escalas AQ, TAS e DERS e suas subescalas (N=326)

Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra e Subgrupos (N = 326)

Tabela 3. Caracterização Clínica de um Grupo de Idosos da Comunidade (IC) e um Grupo de Idosos institucionalizados (II)

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

Tabela 5. Comparação do AQ entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas no Grupo de Idosos Institucionalizados (N = 117)

Tabela 6. Correlações e Comparações do AQ com os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas no Grupo de Idosos Institucionalizados (N = 117)

Tabela 7. Correlações de Pearson entre The Aggression Questionnaire, Toronto *Alexithymia* Scale e Difficulties in Emotion Regulation Scale (N = 117)

“Um dia, quando olhares para trás
verás que os dias mais belos
foram aqueles em que lutaste.”

Sigmund Freud

Introdução

A idade avançada é considerada pelos idosos uma fase por vezes negativa e sem aspetos positivos, quer devido aos limites apresentados pelo corpo que trazem alterações psicológicas; quer em consequência do isolamento e/ou separação das famílias; quer ainda pelas perdas biológicas (Olcese, 2001). Segundo a Organização Mundial de Saúde, estas mudanças incluem mudança nos papéis a nível social (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015).

O envelhecimento, é uma fase que deve ser considerada um componente que integra o ciclo de vida. É uma etapa de vida em que não devem ser sublinhados os efeitos negativos, mas sim as características da pessoa que envelhece, visto que é uma pessoa em constante desenvolvimento até ao fim (Paúl, 2005).

O estudo da saúde mental em pessoas idosas deve ser prioritário, pois os problemas a nível da saúde mental têm aumentado neste grupo populacional (Fragoeiro, 2015).

A saúde mental e o seu conceito poderão depender da cultura na qual o sujeito está inserido (Campos & Pinto, 2018). A velhice deverá ser entendida como sendo um processo com múltiplos fatores que nele intervêm. Estes fatores são de ordem psicológica, física e social (M. Silva, 2005, p.153). Várias pesquisas sugerem que ser do sexo masculino ou feminino pode ter um grande impacto no processo de envelhecimento, pois a saúde mental está fortemente relacionada com questões sociais, essas questões sociais estarão consequentemente relacionadas com questões de género (Campos & Pinto, 2018).

Existem assim vários tipos de velhice, assim como há várias sociedades, culturas e redes sociais. Os idosos apresentam questões de carência de relação com o meio, da sensibilidade, ansiedade, fadiga, hipocondria e irritabilidade (Olcese, 2001). Esta relação faz que se chegue à conclusão que existe uma influência negativa dos problemas psicológicos sobre a autoperceção dos idosos e vice-versa. Assim os idosos vivem a sua vida com grandes temores e preocupações, sendo destacada a preocupação excessiva pela sua saúde (Olcese, 2001). Todas estas preocupações irão criar alterações no sono e potenciar com que sejam indivíduos irritados de acordo com um quadro “neurótico”. Vemos assim que os problemas de saúde mental apresentam-se associados à idade (Olcese, 2001).

Visto que o envelhecimento é um processo de alterações na perceção e na cognição (Ferreira & Torro-Alves, 2017; Scherer & Scherer 2011), estas podem levar à agressão.

A percepção das emoções é bastante importante e elementar para a regulação da interação social, pois dá informações sobre o estado emocional e dos propósitos a nível comportamental (Ferreira & Torro-Alves, 2017).

Os problemas de saúde mental consequência da idade avançada e que apresentam uma alta taxa de prevalência são a demência, *delirium*, depressão, défices intelectuais e modificações nas reações emocionais. A agressividade também pode ser um problema, podendo ser consequência do isolamento, solidão, marginalização social, entre outros (Martins, 2018; Souza, 1996).

As principais características do envelhecimento emocional são a redução da tolerância aos estímulos, vulnerabilidade à ansiedade e a depressão. Podem ocorrer sintomas autodepreciativos, acentuação de traços obsessivos e hipocondríacos (Martins, 2018).

A depressão é a perturbação afetiva mais frequente nos idosos e mais comum em idosos institucionalizados (Vaz & Gaspar, 2011). Na maior parte das vezes é subdiagnosticada. Uma das razões encontradas é que os idosos têm maior tendência para a alexitimia, sendo incapazes de identificar e verbalizar as emoções e, por isso os sintomas depressivos em idosos podem ser muitas vezes mascarados por queixas somáticas ou sintomas físicos (Vaz & Gaspar, 2011).

A alexitimia tem um papel muito importante na compreensão e promoção da qualidade de vida dos idosos (García-Sevilla et al., 2016). Os seres humanos tornam-se agressivos por consequência das experiências sociais que vivem ao longo do desenvolvimento cognitivo, bem como do substrato neuronal que possibilita o processamento das informações (Kristensen et al., 2003).

Segundo Kristensen et al. (2003), são as experiências sociais que vão direcionar o indivíduo ao longo da sua vida a interpretar as informações ambientais como ameaçadoras e consequentemente se comportar de forma mais agressiva.

A agressão tanto é consequência da neuroadaptação aos fatores psicossociais e ambientais, como é uma consequência dos efeitos biológicos no desenvolvimento psicossocial (Grisson, 1996; Kristensen et al., 2003).

Ao longo dos anos vai havendo um declínio acentuado nos componentes da agressão. Após o término da adolescência, tanto nos homens como nas mulheres são atingidos valores semelhantes (Vigil-Colet et al., 2008).

Embora o nível de agressividade diminua em idosos, quando falamos em idosos demenciados e que se encontram institucionalizados, é um tema que preocupa toda a população portuguesa, incluindo os cuidadores formais e informais. A agressividade nestes doentes é diferente da

agressividade descrita anteriormente, pois estes doentes tem uma perturbação neuropsiquiátrica provocada pela degeneração neuronal e não se trata de um traço da personalidade do idoso (Marcinkowska et al., 2020).

Algumas pesquisas sugerem que a alexitimia está relacionada com várias condições psiquiátricas (Farah et al., 2018; Velotti et al., 2016). Indicam que a alexitimia está associada à impulsividade (Farah et al., 2018; Velotti et al., 2016), que por sua vez se relaciona com a agressão reativa (Connor et al., 2003; Farah et al., 2018; Hecht e Lutzman, 2015).

A ligação existente entre a alexitimia e a impulsividade não sustenta a ideia de um vínculo entre a alexitimia e agressão proactiva, embora os indivíduos com alexitimia tenham menos compreensão das suas próprias emoções, conseguindo experimentar um maior número de emoções, principalmente negativas (Farah et al., 2018). Como a agressão reativa está altamente relacionada com o afeto negativo, pode então esperar-se que uma condição associada a emoções mais negativas e com maior intensidade emocional leve a agressão reativa (Farah et al., 2018)

Um maior volume da amígdala direita está associado a uma disfunção emocional, e positivamente associado também a um aumento da alexitimia e da reação agressiva (Farah et al., 2018). O aumento da amígdala direita pode ser um correlato neurobiológico comum à alexitimia e à agressão reativa, e pode assim servir como um mecanismo subjacente que contribui para a etiologia de ambos (Farah et al., 2018).

A alexitimia resulta de um défice no processamento da reação emocional com dificuldades no reconhecimento e na expressão dos sentimentos experienciados. É uma capacidade limitada para a reflexão e assim regulação das emoções (Teixeira et al., 2019).

Indivíduos com alexitimia têm maior dificuldade em estabelecer contacto afetivo com outras pessoas, podem ainda ter relacionamentos interpessoais distantes, com alguma tendência para o isolamento sem se sentirem sozinhos (García-Sevilla et al., 2016).

Alguns estudos afirmam que as características da alexitimia aumentam com a idade; este aumento pode ser consequência do declínio que a capacidade de percepção das emoções sofre durante o envelhecimento (García-Sevilla et al., 2016).

Sobre a etiologia da agressividade na idade avançada, estudos dizem que a desregulação emocional pode explicar a variação progressiva da agressão, assim como as emoções negativas estão relacionadas à agressão de forma positiva (Garofalo & Velotti, 2017).

Garofalo et al. (2016) salientaram que a desregulação emocional pode ser um fator de risco para a agressão.

No entanto, ao longo da vida adulta pode haver uma maior eficiência na utilização de estratégias de regulação das emoções. Os idosos são mais capazes de regular as suas emoções, através da seleção de situações ou através da atenção seletiva (Lantrip & Huang, 2017).

Os idosos têm um declínio no reconhecimento das emoções negativas, porém o reconhecimento de emoções positivas não apresenta diferenças entre adultos, jovens e idosos. Estes resultados podem ser explicados pela teoria estrutural, que nos diz que as existem alterações estruturais e funcionais cerebrais que são subjacentes ao declínio que se verifica no processo de envelhecimento, que afeta o lobo temporal e frontal (Ferreira & Torro-Alves, 2017).

Podem ainda ser explicados ainda pela teoria da seletividade socioemocional, que afirma que os idosos têm uma maior preservação no reconhecimento de emoções positivas (Ferreira & Torro-Alves, 2017).

Em suma, a alexitimia aumenta com a idade, consequência de um declínio na capacidade de percepção das emoções durante o envelhecimento (García-Sevilla et al., 2016; Henry et al., 2006). Sendo que a alexitimia está ligada positivamente com as agressões reativas (Farah et al., 2018), pois os indivíduos com alexitimia têm capacidade para experimentar as suas emoções, sobretudo negativas (Farah et al., 2018; Leising et al., 2009). Sendo que as emoções negativas estão relacionadas com a agressão reativas, espera-se que uma maior intensidade emocional e mais emoções negativas levem à agressão (Farah et al., 2018).

Ainda assim existe uma capacidade de regulação de emoções mais eficaz nos idosos através da seleção de situações (Lantrip & Huang, 2017) e devido a um declínio no reconhecimento das emoções negativas, este declínio verifica-se ao longo do processo de envelhecimento, o que pode levar a menos episódios de violência (Ferreira & Torro-Alves, 2017).

Atualmente existem poucos estudos científicos, com idosos em respostas sociais dirigida à população idosa, que abordem a agressividade, alexitimia e desregulação emocional. Com a população cada vez mais envelhecida, em Portugal, é importante compreender este público alvo para serem tomadas medidas para melhorar os cuidados prestados, e estes serem mais eficazes.

Nesta investigação os objetivos foram explorar os níveis de agressividade autopercecionados numa população idosa utilizadora de respostas sociais, comparando-os com um grupo de idosos da comunidade; estudar os correlatos sociodemográficos e clínicos da agressividade e as correlações entre a agressividade e a desregulação emocional e a alexitimia.

Materiais e Métodos

Âmbito geral do estudo

O presente estudo está integrado no Projeto de Investigação “Trajetórias do Envelhecimento”, elaborado no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT) e coordenado pela Professora Doutora Helena Espírito Santo. Este projeto contou com a presença de seis alunos do mestrado em Psicologia Clínica, na sua equipa, sendo que todos eles receberam formação para a administração desta bateria de avaliação psicológica e neuropsicológica.

Participantes

A amostra deste estudo conta com 326 participantes, dividida no grupo comunidade com 209 idosos e o grupo dos utilizadores de respostas sociais com 117 idosos.

Como critério de inclusão, estabeleceu-se que os participantes teriam de ter mais de 60 anos de idade, estarem numa instituição de resposta social ao idoso ou residirem na comunidade. Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados o ser portador de doença mental e de alterações na capacidade motora que levassem à impossibilidade de realizar a avaliação.

De um número total de 475 idosos utilizadores de respostas sociais, 73 (15,4%) não foram avaliados devido a estarem acamados, causa de doenças físicas várias (e.g., pneumonia) quer por deterem doença cognitiva severa (e.g., demência). Dos idosos selecionados, 282 adicionais (59,4%) não foram avaliados por consequência de constrangimentos logísticos e, posteriormente, devido à pandemia COVID-19 que levou ao encerramento das instituições ao público e estagiários.

O tamanho da amostra obtido foi apropriado, estando de acordo com a pré-análise do poder estatístico. Esta pré-análise foi feita por meio do software G* Power (Faul et al., 2007), onde foram obtidos efeitos médios ($w = 0,3$; $d = 0,5$; $f = 0,25$; $r = 0,5$) para obter um poder $> 0,80$, com alfa = 0,50 para os respetivos testes estatísticos (qui-quadrado, teste t de Student, ANOVA e correlações).

Procedimentos

Numa fase inicial, foi necessário pedir autorização às instituições para os participantes que se encontravam em respostas sociais realizarem este estudo. Relativamente aos participantes da Comunidade não foram selecionados de forma aleatória, sendo eles conhecidos ou conhecidos de conhecidos nossos. Primeiramente, na fase de realização dos testes foi entregue e lido o consentimento informado para o uso dos instrumentos a todos os participantes.

A cada participante foi explicado o objetivo da avaliação e tendo que cada indivíduo ler e assinar o consentimento informado.

Na recolha de dados foi realizado o levantamento da informação sociodemográfica da amostra [e.g., nome (codificado), idade, sexo, data de nascimento, profissão prévia principal, escolaridade] e informação clínica (e.g., acompanhamento psicológico atual e passado, possíveis diagnósticos, medicação prescrita).

Depois foram recolhidos dados através de nove testes de avaliação psicológica e de sete testes de avaliação neuropsicológica, sendo que o estudo desta tese foi baseado no *Agression Questionnaire* (AQ-12), na *Toronto Alexythimia Scale – 20 itens* (TAS-20) e na *Difficulties in Emotion Regulation Scale – 16 itens* (DERS-16).

Por fim, foi efetuada a reavaliação de 55 participantes, passado um mês da primeira avaliação. Esta avaliação da fidedignidade foi feita com oito dos instrumentos, incluindo o AQ-12, TAS-20 e DERS-16.

A recolha dos dados ocorreu entre Outubro de 2019 e Março de 2020, sendo que ao longo da mesma obtivemos 7 recusas em ERPI (1,5%), 11 em centro de dia (2,3%) e 5 na comunidade (6,7%).

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos e clínicos

Este questionário foi usado nesta investigação com o intuito de recolher informações como o nome completo (codificado), o tempo de institucionalização, o sexo, a idade, a data de avaliação, o local de residência, a nacionalidade, a profissão o estado civil e a lateralidade manual, entre outras. Foi igualmente recolhida informação sobre o acompanhamento atual e passado Psicológico e /ou Psiquiátrico, acompanhamento atual e passado Neurológico e possíveis diagnósticos psicológicos/psiquiátricos e/ou neurológicos, do participante. Sempre que possível tivemos também acesso à medicação atual de cada indivíduo que participou neste estudo.

Aggression Questionnaire (AQ-12)

Aggression Questionnaire versão reduzida de Bryant & Smith (2001), com fraseado segundo Simões (1993). O AQ-12 é um instrumento que foi traduzido e validado para a população portuguesa por Simões (1993) e tem como objetivo avaliar comportamentos de agressividade (Buss & Perry, 1992). O AQ-12 é composto por 12 itens, com resposta numa escala tipo Likert, de 1 a 5, sendo “1” correspondente a “nunca” e “5” a “sempre”. O AQ-12 é composto por quatro

subescalas, que são: a *agressão física*, *agressão verbal*, *raiva* e *hostilidade*. A versão portuguesa apresentou um alfa de Cronbach de 0,89, também na versão original o alfa de Cronbach foi de 0,89. No presente estudo o alfa de Cronbach foi de 0,97 na amostra global; no grupo dos utilizadores de respostas sociais foi 0,86 e no grupo comunidade foi de 0,76. Os resultados obtidos para as subescalas foram baixos, mostrando assim uma baixa confiabilidade nos dois grupos. Apenas a subescala *raiva* apresentou um alfa superior a 0,70 nos dois grupos.

Toronto Alexythimia Scale – 20 itens (TAS-20)

A versão original do TAS-20 é de Taylor, Bagby e Parker (1993), tendo sido adaptada para a população portuguesa por Nina Prazeres et al. (2000). Avalia três características ou dimensões da alexitimia: *dificuldade em identificar sentimentos*, *dificuldade em descrever os sentimentos dos outros*, e o *estilo de vida orientado para o exterior* (Prazeres et al., 2000). A TAS-20 é constituída por 20 itens, divididos pelas características anteriormente referidas. É utilizada uma escala do tipo Likert, de 1 a 5 pontos, onde 1 ponto corresponde a “Discordo em totalmente”; 2 pontos a “Discordo em parte”; 3 pontos a “Não concordo nem discordo”; 4 pontos a “Concordo em parte”; e por fim 5 pontos a “Concordo totalmente” (Prazeres et al., 2000). A pontuação total deste instrumento varia entre 20 e 100 pontos. A subescala *dificuldade em identificar sentimentos* (DIS) é composta por sete itens (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14); a subescala *dificuldade em descrever os sentimentos* (DDS) é constituída por sete itens (8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) e, por fim, a terceira subescala *pensamento orientado para o exterior* (POE) é composta por cinco itens (4, 5, 10, 18, 19) (Prazeres et al., 2000). No estudo original o nível de consistência interna esta escala foi adequado, tendo um coeficiente alfa de Cronbach de 0,79; a subescala DIF apresentou um alfa de Cronbach de 0,78, sendo que as subescalas DDS e a POE apresentaram um alfa de 0,73 e 0,64, respetivamente (J. D. A. Parker et al., 1993). No nosso estudo, a análise da consistência interna revelou um alfa de Cronbach de 0,73, que é considerado apropriado. No grupo comunidade o alfa de Cronbach foi de 0,83 e para o grupo dos utilizadores de respostas sociais foi de 0,75. Sobre as subescalas, a DDS e POE apresentaram valores inferiores a 0,70. Quanto ao teste/reteste na nossa amostra, o valor que obtivemos foi de 0,84 ($p < 0,001$).

Difficulties in Emotion Regulation Scale-16 itens (DERS-16)

A versão original da DERS foi concebida por Gratz e Roemer (2004), a sua versão reduzida foi desenvolvida por Bjureberg et al. (2015) e a versão portuguesa por Espírito Santo (2019). A DERS-16 é composta por 16 itens que avaliam cinco componentes, estes são a *clareza*,

objetivos, impulsos, estratégias e não-aceitação. Nos itens 1 e 2 está presente a componente *clareza*; nos itens 3, 7 e 15 a componente *objetivos*; nos itens 4, 8 e 11 a componente *impulso*; nos itens 5, 6, 12, 14 e 16 a componente *estratégias* e por fim, nos itens 9, 10 e 13 a componente *não-aceitação*. É numa escala tipo Likert de 1 a 5, que são dadas respostas a este instrumento. Na versão original o alfa de Cronbach foi de 0,93 (Gratz & Roemer, 2004). No presente estudo o valor do alfa de Cronbach foi de 0,96 para no grupo Comunidade e 0,95 para o grupo dos utilizadores de respostas sociais, valores considerados indicadores de consistência interna muito alta.

Análise estatística

Para realizar a análise estatística e o tratamento dos dados obtidos, usámos o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 26.0 para *Windows*, SPSS, 2019).

Inicialmente foram calculados os alfas de Cronbach para ser possível analisar a consistência interna do AQ-12, TAS-20 e DERS, de acordo com Pallant (2020). Foram considerados aceitáveis os valores de alfa acima de 0,7, ainda que fossem desejáveis valores acima de 0,8, mas não superiores ou iguais a 0,90 (resultante de redundância e não homogeneidade, havendo assim uma duplicação do conteúdo em alguns itens, Streiner, 2003).

Em seguida foi feita a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra global e dos dois grupos (comunidade e utilizadores de respostas sociais), foram calculados então a média, desvio padrão, percentagens e cálculo do qui-quadrado da aderência χ^2 , para se analisar se os valores obtidos eram significativamente diferentes de valores esperados. Seguidamente, foram comparados os dois grupos através do Qui-quadrado (χ^2) da independência e do teste *t* de *Student*; foi calculado ainda o tamanho do efeito (ϕ) para o χ^2 , e o tamanho do efeito *g* de *Hedges* para o teste *t*.

De seguida foram calculados os valores da média, do desvio padrão, da mediana e dos máximos e mínimos dos instrumentos AQ-12, TAS, DERS-16 e também das suas subescalas. Foram também apresentadas as diferenças entre grupos, diferenças essas que foram analisadas através do teste *t* de *Student* e do respetivo tamanho do efeito *g* de *Hedges*.

Posteriormente foi feita a comparação do AQ-12 entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, para se realizar esta comparação foi feita a análise de variância (ANOVA) e os respetivos tamanhos do efeito (*g* de *Hedges* e η^2 quadrado) e a análise do teste *t* de *Student* para as amostras independentes.

De seguida realizou-se a análise correlacional e comparação das pontuações do AQ-12 pelos grupos definidos pelas variáveis clínicas, utilizando-se a ANOVA e o correspondente *eta*-quadrado.

Por fim foi calculado o coeficiente de determinação ($R^2 = r^2 \times 100$) e foram feitas as correlações de Pearson entre os instrumentos AQ-12, TAS-20 e DERS-16.

Resultados

Análises Preliminares

Consistência Interna

A consistência interna do AQ-12, TAS-20 e DERS-16 e das suas subescalas, foi avaliada através do cálculo do *alfa de Cronbach* (Tabela 1).

É possível verificar que a DERS-16 no grupo dos idosos da comunidade apresentou, nas suas subescalas, uma consistência interna boa e alta. Por sua vez, a TAS-20 e o AQ-12 apresentaram uma consistência interna baixa nas suas subescalas.

No grupo dos utilizadores de respostas sociais, a TAS-20 apresentou uma consistência interna muito baixa nas subescalas POE e DDS; o mesmo aconteceu com o AQ-12 nas subescalas agressão verbal e hostilidade. Porém a DERS-16 apresentou uma consistência interna alta em todas as subescalas no grupo dos utilizadores de respostas sociais.

Muitos valores obtidos foram acima de 0,90, tanto na DERS-16 total como na subescala *Clareza*, o que é considerado alta fiabilidade e muitas vezes sugere redundância ao invés de homogeneidade (D. L. Streiner, 2003).

Tabela1*Análise de Confiabilidade das Escalas AQ-12, TAS-20 e DERS-16 e suas subescalas*

Grupo	Instrumentos	Subescalas	Alfa Cronbach
Comunidade (<i>n</i> = 209)	AQ	Agressão física	0,73
		Agressão verbal	0,38
		Agressão raiva	0,61
		Agressão hostilidade	0,61
		Total	0,76
	TAS	Dificuldade em identificar sentimentos	0,87
		Dificuldade em descrever sentimentos	0,53
		Pensamento orientado para o exterior	0,17
		Total	0,83
	DERS	Clareza	0,82
		Objetivos	0,83
		Impulsos	0,88
		Estratégias	0,91
		Não-aceitação	0,85
		Total	0,96
Utilizadores de respostas sociais (<i>n</i> = 117)	AQ	Agressão física	0,81
		Agressão verbal	0,66
		Agressão raiva	0,75
		Agressão hostilidade	0,51
		Total	0,86
	TAS	Dificuldade em identificar sentimentos	0,83
		Dificuldade em descrever sentimentos	0,63
		Pensamento orientado para o exterior	-0,23
		Total	0,75
	DERS	Clareza	0,95
		Objetivos	0,87
		Impulso	0,89
		Estratégias	0,89
		Não-aceitação	0,89
		Total	0,97

Nota. TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale* (Escala de Alexitimia de Toronto 20 itens); AQ-12 = *The Aggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade); DERS-16 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional); *n* = número de sujeitos; *r* = Correlação.

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

É possível verificar-se na Tabela 2 que a nossa amostra incluiu maioritariamente pessoas do sexo feminino, não havendo assim uma associação entre o sexo e os grupos ($p > 0,05$).

Sessenta e seis, vírgula dois por cento da amostra global abrangeu pessoas entre os 60 e os 79 anos. No entanto, se no grupo da comunidade essa proporção foi mais expressiva (84,8%), o mesmo não aconteceu no grupo dos utilizadores de respostas sociais sendo a maioria constituída por pessoas entre os 80 e os 96 anos (70,7%). Dessa forma, houve uma associação estatisticamente significativa entre a idade e a pertença aos grupos ($p < 0,001$). O teste t de Student confirmou que as pessoas do grupo dos utilizadores de respostas sociais eram mais velhas do que as do grupo da comunidade.

Relativamente às habilitações literárias foi possível verificar que o grupo dos utilizadores de respostas sociais era constituído por mais pessoas analfabetas, mas também por mais pessoas que sabiam ler e escrever e que possuíam o 1º ciclo, houveram assim, nestes casos, diferenças estatisticamente significativas. Também foi possível verificar que as habilitações literárias se associavam de forma estatisticamente significativa com os grupos ($p < 0,001$).

Relativamente à categoria profissional, os sujeitos de ambos os grupos tiveram no seu passado um trabalho pertencente à categoria *tipo manual*. Verificou-se que não houve uma associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e os grupos ($p > 0,05$).

Por sua vez quanto ao estado civil, a maioria dos participantes era casado(a), sendo que na amostra dos utilizadores de respostas sociais a maior parte dos participantes era viúvo(a), havendo assim uma associação estatisticamente significativa entre os grupos de participantes e o estado civil ($p < 0,001$).

Por fim, quanto ao espaço geográfico, a maioria dos idosos que participaram residia em meio rural, em ambos os grupos. No entanto, houve uma associação estatisticamente significativa entre o espaço geográfico e os grupos de idosos ($p < 0,01$) uma vez que um número considerável dos idosos da comunidade residia em espaço urbano.

Grupo Comunidade

O grupo da comunidade foi composto por 209 participantes, tendo uma proporção de homens/mulheres idosos similar à da população idosa da região centro ($\chi^2 = 0,670$; $p = 0,413$) (Instituto Português de Estatística, 2019).

Relativamente à faixa etária, houve uma maior prevalência de idosos com idades entre os 60 – 69 e os 70 – 79 anos, sendo que a proporção de pessoas por faixa etária não é equivalente à encontrada na região Centro ($\chi^2 = 17,25$; $p = 0,001$).

Neste grupo os participantes, no que toca à escolaridade, tinham na maioria no nível de escolaridade o 1º ciclo (67,0%), sendo que tinham exercido profissões de natureza manual (61,9%), teriam vivido em espaços rurais (57,9%) e na sua maioria eram casados (64,1%). As proporções por níveis de escolaridade, segundo os dados da Base de Dados Portugal Contemporâneo, Pordata (2020).

Quanto à proporção por profissão para idades, estado civil acima dos 60 anos e tipologia de residência, não há dados disponíveis, nem nos sites do INE (2019) nem no da Pordata (2020).

Grupo utilizador de resposta social

O grupo utilizadores de uma resposta social para idosos estava distribuído por centro de dia ($n = 39$; 33,3%), lar ($n = 58$; 49,6%) e apoio domiciliário ($n = 20$; 17,1%). Quando realizado o teste de qui-quadrado da aderência, não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas na proporção de idosos pelo tipo de resposta social quando comparada com a proporção de idosos inseridos na mesma resposta no distrito de Coimbra (centro de dia: $n = 3166$; 23,1%; estrutura residencial para idosos: $n = 5542$; 40,4%; apoio domiciliário: $n = 5006$; 36,5%; $\chi^2 = 19,81$; $p < 0,001$), de acordo com a Carta Social (Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [GEPMSTSS], 2020).

Tabela 2

Caracterização Sociodemográfica da Amostra e Subgrupos (N = 326)

		Amostra Global		Comunidade (n = 209)		Institucionalizados (n = 117)		χ^2
		N	%	n	%	N	%	
Sexo	Masculino	120	36,8	84	40,2	36	30,8	2,86 ^{ns}
	Feminino	206	63,2	125	59,8	81	69,2	
Idade (Faixas etárias) Anos: AG: $M = 75,12 \pm 8,79$ C: $M = 71,38 \pm 7,92$ I: $M = 81,79 \pm 7,80$ $t = 12,51; p < 0,001$	60-69	105	32,2	95	45,5	10	8,5	115,33 ^{***}
	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	
Habilitações Literárias (nível) Anos: AG: $M = 3,42 \pm 1,32$ C: $M = 5,86; \pm 4,04$ I: $M = 3,65 \pm 3,06$ $t = 5,59; p < 0,001$	Sem escolaridade	21	6,4	5	2,4	16	13,7	34,73 ^{***, a}
	Sabe ler e escrever ¹	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	
Categoria Profissional (N = 312 ^b)	Manual	205	62,9	122	58,4	83	70,9	3,38 ^{ns}
	Intelectual	107	32,8	75	35,9	32	27,4	
Estado Civil	Solteiro	18	5,5	10	4,8	8	6,8	48,35 ^{***}
	Separado(a)/ Divorciado	22	6,7	16	7,7	6	5,1	
	Viúvo (a)	116	35,6	47	22,5	69	59,0	
	Namoro (anos)	2	0,6	2	1,0	0	0,0	
	Casado/ União de facto	168	51,5	134	64,1	34	29,1	
Espaço Geográfico	Urbano	81	24,8	64	30,6	17	14,5	11,01 ^{**}
	Misto	37	11,3	24	11,5	13	11,1	
	Rural	208	63,8	121	57,9	87	74,4	

Nota. AG = Amostra Global; C = Comunidade; I = Institucionalizados; χ^2 = Qui-quadrado da independência; M = Média; N = N° sujeitos.

¹ Sem escolaridade.

^a Associação linear-por-linear.

^b Alguns sujeitos indicaram que estavam reformados e o avaliador não questionou a profissão prévia.

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} Não significativo.

Caracterização Clínica da Amostra

É visível na Tabela 3 que o qui-quadrado da independência mostra que não houve associações estatisticamente significativas entre a categoria de diagnósticos e os grupos de idosos ($\chi^2 = 3,88$; $p = 0,11$). Nos idosos institucionalizados, verificou-se um maior consumo de Antidepressivos ($M = 0,39$; $DP = 0,67$; $p < 0,05$), benzodiazepinas ($M = 0,38$; $DP = 0,58$) e de Antipsicóticos ($M = 0,14$; $DP = 0,37$; $p < 0,05$) em comparação com o grupo da comunidade, sendo essas diferenças estatisticamente significativas.

Além destes medicamentos também foi possível verificar o consumo de outros fármacos, como é o caso dos dopaminérgicos ($M = 0,08$; $DP = 0,33$; $p < 0,05$) que apresentaram uma maior média no grupo dos idosos institucionalizados, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Relativamente à categoria *outros aparelhos orgânicos*, os fármacos diuréticos ($M = 0,32$; $DP = 0,49$; $p < 0,01$) apresentaram uma média mais elevada no grupo dos idosos institucionalizados do que no grupo dos idosos da comunidade, com um tamanho do efeito médio e de forma estatisticamente significativa. Verificou-se um maior consumo por parte dos idosos institucionalizados comparado com o grupo da comunidade, em relação ao número total de fármacos ($M = 4,31$; $DP = 4,03$; $p < 0,01$), havendo assim diferenças estatisticamente significativas e com um tamanho de efeito médio. Por fim, os fármacos anticolinérgicos e os fármacos dopaminérgicos, que são exemplos de fármacos com impacto cognitivo foram os que apresentaram o maior consumo no grupo dos idosos institucionalizados, em comparação com o grupo de idosos da comunidade, havendo assim diferenças estatisticamente significativas e um tamanho de efeito médio ($M = 4,03$; $DP = 3,76$; $p < 0,01$).

Análise Descritivas dos Sintomas de Agressividade, Alexitimia e Desregulação Emocional

Nas análises descritivas foram retiradas duas das subescalas da TAS, pois apresentaram valores inferiores a 0,70 na análise de confiabilidade, apenas a subescala *Dificuldade em Identificar sentimentos* apresentou alfas de Cronbach superiores a 0,70. Pela Tabela 4 é possível verificar no grupo de idosos institucionalizados que o AQ-12 total apresentou uma média de 24,68 ($DP = 8,10$), mas sem haver diferenças significativas entre os grupos ($p > 0,05$). Não foi possível verificar se existiam ou não diferenças nas subescalas do AQ-12, devido à sua confiabilidade ser muito fraca, principalmente na população de idosos da comunidade.

A TAS-20 total apresentou uma média mais alta no grupo dos idosos institucionalizados de 59,03 ($DP = 10,06$), de forma estatisticamente significativa ($p < 0,01$) e com um tamanho efeito médio (g de Hedges = 0,45). Relativamente à subescala de *Dificuldade em Identificar Sentimentos*, o grupo de idosos institucionalizados teve uma média mais alta, de 21,22 ($DP = 6,25$) do que os idosos da comunidade ($p < 0,01$).

Por fim, na DERS-16 total foi possível verificar uma média um pouco mais alta ($M = 37,08$; $DP = 17,87$) no grupo de institucionalizados, mas não houve diferenças significativas entre os grupos ($p > 0,05$). As subescalas *Impulsos*, *Estratégias* e *Não-Aceitação*, apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p < 0,01$).

Tabela 3

Caracterização Clínica de um Grupo de Idosos da Comunidade (IC) e um Grupo de Idosos institucionalizados (II)

Variáveis Clínicas		Global (N = 326)		IC (n = 209)		II (n = 117)		χ^2	ϕ
		N	%	n	%	N	%		
Categoria de Diagnóstico	Razoavelmente saudável/DSIC	193	59,20	132	63,2	61	52,10	3,88 ^{NS}	0,11
	Doença CIFIC ^a	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 ^b	0,30	0,59	0,25	0,53	0,39	0,67	2,01*	0,24†
	Antipsicóticos ^c	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 ^{NS}	0,06 ^{NS}
Outros fármacos do SNC	Antiepiléticos e anticonvulsivantes	0,06	0,27	0,04	0,19	0,09	0,37	1,79 ^{NS}	0,19 ^{NS}
	Dopaminérgicos (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 ^{NS}	0,17 ^{NS}
Fármacos de outros aparelhos orgânicos	Agonistas adrenérgicos beta ^d	0,04	0,23	0,03	0,20	0,05	0,26	0,68 ^{NS}	0,09 ^{NS}
	Antidiabéticos	0,18	0,49	0,18	0,47	0,18	0,51	0,01 ^{NS}	0,00 ^{NS}
	Anti-hipertensores	0,33	0,58	0,32	0,56	0,33	0,62	0,19 ^{NS}	0,02 ^{NS}
	Bloqueadores beta	0,17	0,40	0,17	0,41	0,16	0,37	0,11 ^{NS}	0,03 ^{NS}
	Corticosteroides	0,01	0,10	0,01	0,10	0,01	0,10	0,09 ^{NS}	0,00 ^{NS}
	Descongestionantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 ^{NS}
	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 ^{NS}	0,10 ^{NS}
	Muscarínicos (Anti-histamínicos)	0,01	0,10	0,01	0,10	0,01	0,10	0,00 ^{NS}	0,00 ^{NS}
	Outros fármacos	1,23	1,69	1,00	1,33	1,66	2,13	3,53***	0,40††
Número total de fármacos com impacto cognitivo		3,11	3,04	2,60	2,42	4,03	3,76	4,15***	0,48††
Número total de fármacos		3,37	3,22	2,84	2,52	4,31	4,03	4,05**	0,47††

Nota. χ^2 = Qui-quadrado da aderência; ϕ = tamanho do efeito do χ^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.

^a Diabetes, AVC, tumor cerebral, etc. ^b Inibidores da monoamina oxidase; Tri e tetracíclicos; Inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina; Inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noradrenalina; Inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina e dopamina; Agonista melatoninérgico e Antagonista 5-HT₂. ^c Convencionais e atípicos. ^d Antiasmáticos.

*** $p < 0,001$. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ^{NS} = não significativo.

††† tamanho do efeito muito grande; †† tamanho do efeito grande; † tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno; ^{NS} = tamanho do efeito insignificante.

Diferenças Individuais na Agressividade

Na Tabela 5 é visível que no grupo de idosos institucionalizados, o AQ-12 não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as categorias das variáveis, sexo, faixa etária, escolaridade, categoria profissional e estado civil. O AQ-12 teve pontuações mais elevadas nos participantes residentes em meio urbano ($M = 29,29$; $DP = 15,10$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($F = 4,09$, $\eta^2 = 0,079$). Na subescala *agressão física*, as pontuações mais elevadas verificaram-se no ao meio urbano, havendo diferenças estatisticamente significativas ($F = 11,31$, $\eta^2 = 0,17$).

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

Instrumentos e Subescalas	IC (n = 209)				II (n = 117)				<i>t</i>	<i>g de Hedges</i>	
	<i>M ± DP</i>	<i>Md</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M ± DP</i>	<i>Md</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>			
AQ	Agressão física	—	—	—	—	4,03 ± 1,89	3,00	3,00	15,00	0,54 ^{NS}	0,07 ^{INS}
	Agressão verbal	6,39 ± 1,89	6,00	3,00	13,00	—	—	—	—	—	—
	Agressão raiva	—	—	—	—	6,54 ± 2,89	6,00	3,00	15,00	1,47 ^{NS}	0,17 ^{INS}
	Agressão hostilidade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total	25,30 ± 6,48	25,00	12,00	42,00	24,68 ± 8,10	24,00	12,00	60,00	0,75 ^{NS}	0,09 ^{INS}
TAS	Dificuldade em identificar sentimentos	18,75 ± 7,44	19,00	7,0	35,00	21,22 ± 6,25	21,00	7,00	35,00	3,18 ^{**}	0,35 †
	Dificuldade em descrever sentimentos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Pensamento orientado para o exterior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total	53,72 ± 12,86	55,00	24,00	83,00	59,03 ± 10,06	59,00	30,00	87,00	4,10 ^{**}	0,45 ††
DERS	Clareza	4,03 ± 2,29	3,00	2,00	10,00	4,52 ± 2,31	4,00	2,00	10,00	0,31 ^{NS}	0,13 ^{INS}
	Objetivos	7,19 ± 3,60	6,00	3,00	15,00	7,31 ± 3,58	6,00	3,00	15,00	1,39 ^{NS}	0,03 ^{INS}
	Impulsos	5,98 ± 3,36	5,00	3,00	15,00	6,53 ± 3,53	6,00	3,00	15,00	2,15 ^{**}	0,16 ^{INS}
	Estratégias	10,06 ± 5,62	8,00	5,00	25,00	11,48 ± 5,80	8,00	5,00	25,00	3,71 ^{**}	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 ^{**}	0,43 ††
	Total	32,95 ± 16,29	27,50	16,00	80,00	37,08 ± 17,87	34,00	16,00	80,00	1,85 ^{NS}	0,25 †

Nota. *M* = Média; *Md* = Mediana; *DP* = Desvio Padrão; *Máx* = Máximo; *Mín* = Mínimo; IC = Idosos Comunidade; II = Idosos Institucionalizados; *t* = Teste *t* de Student; *g* = tamanho do efeito *g* de Hedges. TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale* (Escala de Alexitimia de Toronto 20 itens); AQ-12 = *The Aggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade); DERS-16 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional).

*** $p < 0,001$. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ^{NS} = não significativo.

†††† tamanho do efeito muito grande; ††† tamanho do efeito grande; †† tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno; ^{INS} = tamanho do efeito insignificante. Onde não aparece valores, as subescalas não apresentavam confiabilidade adequada.

Tabela 5

Comparação do AQ-12 entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas no Grupo de Idosos Institucionalizados ($N = 117$)

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

Nota. *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen. AQ-12 = *The Aggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade). Onde não aparece valores, as subescalas não apresentavam confiabilidade adequada.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

†††† tamanho do efeito muito grande; ††† tamanho do efeito grande; †† tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno; INS = tamanho do efeito insignificante.

Correlações e Comparações de AQ-12 entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas

Para se poder efetuar as correlações de Pearson foi preciso recorrer à normalização dos dados, usando o método proposto por Templeton (2011), pois detetou-se a presença de dois *outliers* e a não apresentação de uma distribuição normal, na subamostra dos idosos institucionalizados, indicando assim a uma violação de pressupostos de normalidade nos valores obtidos do AQ-12. É possível observar na Tabela 6 uma correlação baixa e positiva do AQ-12 total com os Antipsicóticos ($r = 0,18$; $p < 0,01$; $R^2 = 3,24\%$) e com os Agonistas Adrenérgicos Beta ($r = 0,33$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,89\%$). A subescala *agressão física* apresentou também uma correlação baixa e positiva com os Antipsicóticos ($r = 0,19$; $p < 0,01$; $R^2 = 3,61\%$) e com os Agonistas adrenérgicos beta ($r = 0,35$; $p < 0,001$; $R^2 = 12,25\%$). Quanto à subescala *raiva*, a correlação com os Antipsicóticos não foi significativa e com os Agonistas adrenérgicos beta foi baixa e positiva ($r = 0,25$; $p < 0,001$; $R^2 = 6,25\%$).

Em relação às categorias de diagnóstico, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas nem no AQ-12, nem nas suas subescalas.

Tabela 6

Correlações e Comparações do AQ-12 com os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas no Grupo de Idosos Institucionalizados (N = 117)

	Questionário de Agressividade				
	Agressão física	Agressão verbal	Raiva	Hostilidade	Total
Medicamentos	<i>r</i>	<i>R</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>R</i>
Antipsicóticos	0,19**	—	0,05 ^{NS}	—	0,18**
Agonistas Adrenérgicos Beta	0,35***	—	0,25***	—	0,33***
Grupos de diagnóstico	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
RS/DSIC	3,74 (1,29)	—	6,30 (2,58)	—	23,84 (5,91)
DCIDC	4,38 (2,83)	—	6,62 (3,06)	—	24,85 (9,46)
Doença mental	4,04 (2,28)	—	6,89 (3,52)	—	26,52 (10,98)
<i>F (η²)</i>	1,19 ^{NS} (0,02)	—	0,41 ^{NS} (0,01)	—	1,01 ^{NS} (0,02)

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); AQ-12 = *The AAggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade).

Onde não aparecem valores, as subescalas não apresentavam confiabilidade adequada.

RS/DSIC = Razoavelmente saudável/doença sem impacto cognitivo; DCIDC = Doença com impacto no funcionamento cognitivo.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Correlatos da Agressividade

Estão presentes na Tabela 7 as correlações de Pearson entre o AQ-12, TAS-20 e DERS, no grupo dos idosos institucionalizados. Não foram incluídas nos cálculos as subescalas do AQ-12 que apresentaram uma confiabilidade abaixo do aceitável. Foi usado o método de Templeton (2011) da transformação de dados, para que não fossem transgredidos os pressupostos da análise correlacional. Relativamente ao AQ-12 total e as suas subescalas, estas correlacionaram-se de forma positiva e significativa com a TAS, principalmente o AQ-12 total ($r = 0,51$; $p < 0,001$; $R^2 = 26,0\%$). Podemos observar que a pontuação total e as subescalas do AQ-12 se correlacionaram também de forma estatisticamente significativa com a DERS-16 total ($r = 0,51$; $p < 0,001$; $R^2 = 26,0\%$) e as suas subescalas.

Tabela 7

Correlações de Pearson entre The Aggression Questionnaire, Toronto Alexithymia Scale e Difficulties in Emotion Regulation Scale (N = 117)

Instrumentos E Subescalas	TAS			DERS						
	DIS	DDS	POE	Total	Clareza	Objetivos	Impulso	Estratégias	Não- aceitação	Total
<i>Agressão Física</i>	0,34***	—	—	0,33***	0,32***	0,32**	0,35***	0,31**	0,26**	0,33***
<i>Agressão Verbal</i>	0,34***	—	—	0,36***	0,41***	0,37***	0,34***	0,37***	0,33***	0,39***
AQ <i>Raiva</i>	0,44***	—	—	0,43***	0,36***	0,38**	0,40***	0,40***	0,37***	0,41***
<i>Hostilidade</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Total</i>	0,51***	—	—	0,49***	0,47***	0,48***	0,47***	0,49***	0,42***	0,51***

Nota. AQ-12 = *The Aggression Questionnaire* (Questionário de Agressividade); TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale* (Escala de Alexitimia de Toronto 20 itens); DERS-16 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional). DIS = Dificuldade em identificar sentimentos; DDS = Dificuldade em descrever sentimentos; POE = Pensamento orientado para o exterior.

A negrito foram destacadas as correlações moderadas.

Onde não aparecem valores, as subescalas não apresentam confiabilidade adequada.

*** $p < 0,001$. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; NS = não significativo.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal estudar os níveis de agressividade autopercecionados em idosos institucionalizados, comparando com idosos da comunidade. Esta investigação insere-se no projeto *Trajetórias do envelhecimento*, tendo no total 326, participantes, sendo que 209 da subamostra comunidade e 117 da subamostra institucionalizados.

Não há diferenças a nível da agressividade entre idosos institucionalizados e da comunidade, relativamente às subescalas não foi possível verificar se existiam ou não diferenças, consequência de uma confiabilidade muito fraca.

As análises efetuadas para a TAS-20 total mostraram que os participantes institucionalizados apresentam níveis mais elevados de alexitimia. Quanto à alexitimia, há diferenças quer a nível do total da escala, quer a nível da subescala *dificuldade em identificar sentimentos*, tendo os idosos institucionalizados médias mais altas do que os da comunidade.

Verificaram-se médias mais elevadas nos idosos institucionalizados nos resultados obtidos na DERS-16 total, contudo não houve diferenças significativas entre os grupos. Quanto às dificuldades em regular as emoções, os idosos institucionalizados apresentaram valores mais altos nas subescalas *Impulsos*, *Estratégias* e *Não-aceitação*, resultado este que é apoiado pelo estudo de Bjureberg et al. (2015). Este estudo diz que subgrupo idosos institucionalizados, não tem capacidade para nos momentos de emoção negativa controlar os impulsos e age de acordo com os seus objetivos pessoais, tem menos capacidade para usar a regulação emocional para uso de estratégias que levam a respostas emocionais, de forma a alcançar os objetivos individuais, portanto tem menos capacidade de aceitar as emoções (Bjureberg et al., 2015).

Para além disto, estudos realizados por Velotti et al. (2016) indicam que há uma influência mediadora da desregulação emocional na agressão.

Começando por estudar as diferenças individuais pelas variáveis sociodemográficas verificámos que o sexo masculino, no grupo de idosos institucionalizados, tem pontuações mais altas ao nível da agressividade, tal como no estudo realizado por Barlett, (2016) que mostra que o sexo masculino é um preditor de agressividade. No estudo realizado não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na agressividade entre idosos do sexo masculino e feminino, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Morales-Vives e Vigil-Colet (2010).

Relativamente à *faixa etária*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Segundo Choi et al. (2018), os fatores de risco para existirem níveis de agressividade são a idade, a depressão, défice cognitivo, interações sociais diminuídas, entre outros. É importante salientar que as diferenças obtidas a nível institucional podem ser consequência do presente estudo ser apenas composto por participantes com idade superior a 60 anos, portanto apenas foi possível chegar à conclusão de que os idosos institucionalizados maiores de 60 anos não apresentaram uma redução estatisticamente significativa de agressividade. Outro ponto importante é de que este estudo teve participantes portadores de demência, o que pode ter levado a um enviesamento dos valores de agressividade nas faixas etárias avaliadas (Marcinkowska et al., 2020).

Relativamente ao *estado civil* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, possivelmente consequência de o *N* ser pequeno em algumas variáveis e às diferenças existentes no desvio padrão. Os resultados obtidos no presente estudo não estão de acordo com os resultados obtidos no estudo de Archer (2009), o que indica que nos indivíduos solteiros e viúvos existem níveis mais altos de agressão.

Os níveis de agressividade não variam de forma estatisticamente significativa na categoria *habilitações literárias*.

Quanto ao *espaço geográfico* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, sendo que as pontuações mais altas foram obtidas por idosos institucionalizados pertencentes ao *meio urbano*.

Relativamente aos resultados obtidos na categoria *habilitações literárias* e na categoria *espaço geográfico*, poderiam ser justificados com mais facilidade se houvessem outros estudos nesta área, para ser possível fazer uma comparação. No entanto, não havendo conhecimento de nenhum outro estudo, apenas é possível supor que estes resultados podem ser consequência do stress vivido no dia-a-dia, quando se trata do *espaço geográfico*, por sua vez quando falamos das *habilitações literárias* os valores obtidos podem ser justificados pelo facto de a maior parte dos indivíduos serem de meio rural, pois no passado não haviam possibilidades económicas para manter as crianças na escola até tarde.

Neste estudo, a agressividade correlaciona-se positivamente com a toma de *Agonistas Adrenérgicos Beta*. Contudo embora exista uma correlação positiva entre estes dois elementos, não há estudos que consolidem a relação entre a toma de *Agonistas Adrenérgicos Beta* e a agressividade. Porém, segundo a (INFARMED, 2016) alguns efeitos secundários da agressividade são arritmias cardíacas, agitação, tremores e insónias, pode ser a presença destes

sintomas ou o desconforto provocado pelo os mesmos sejam alguns fatores que explicam a correlação existente.

Os *Antipsicóticos* são outros fármacos que se correlacionam com a agressividade, ainda que a correlação obtida tenha sido baixa. Este resultado é sustentado por C. Parker et al. (2010), que nos diz que quando há uma sedação excessiva recorrendo a antipsicóticos surgem complicações relacionados com sintomas extrapiramidais, lentificação cognitiva e doenças cardiovasculares. De acordo com o nosso estudo, a alexitimia correlaciona-se com a agressividade autopercecionada num grupo de idosos institucionalizados. Estes resultados vão ao encontro de investigações efetuadas com outras populações, sendo que segundo Farah et al. (2018) a alexitimia está associada à impulsividade que se relaciona com a agressão reativa.

No entanto, não é compatível com os resultados obtidos no estudo realizado por Velotti et al. (2016), que mostra que a alexitimia não tem um grande impacto na agressão.

Relativamente à desregulação emocional, esta correlaciona-se com a agressividade autopercecionada. Sendo que quanto mais altas as pontuações na DERS-16 total, mais elevadas são as pontuações AQ-12 total. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Velotti et al. (2016), que nos diz que a desregulação emocional é mediadora da agressão, pois as estratégias usadas na regulação emocional e de consciência emocional são uteis na intervenção do controlo da raiva e agressividade. Também García-Sevilla et al. (2016) apoiam indiretamente os resultados obtidos no nosso estudo, ao mostrarem que, em idosos, a alexitimia tem um papel muito importante na regulação emocional. Ainda Garofalo & Velotti (2017) mostram, no seu estudo, que a desregulação emocional pode ser um fator de risco para a agressão.

Relativamente às subescalas, no presente estudo a subescala agressão física correlaciona-se de forma alta com a DERS-16 total, indo ao encontro dos resultados de Garofalo e Velotti (2017), a variação progressiva da agressão física é explicada pelo facto das emoções negativas estarem ligadas à desregulação emocional.

Para concluir, no nosso estudo quanto ao nível da agressividade em idosos institucionalizados, as variáveis que se correlacionam com a agressividade são o consumo de agonistas adrenérgicos beta, a alexitimia e a desregulação emocional.

Limitações

Após avaliar e analisar os resultados obtidos, é fundamental destacar as limitações neste estudo. Quanto ao número de participantes do grupo de idosos institucionalizados ($n = 117$) é pequeno, o que pode ter conduzido a alguns resultados, uma vez que não existiu poder estatístico suficiente.

Para além disto, a seleção da amostra pode ter sofrido de vieses de seleção, isto porque a amostra do estudo não foi escolhida de forma aleatória. Também a veracidade das respostas obtidas pode ser posta em causa, pois todos os participantes responderam de voluntária porque conheciam os investigadores. Por isto, é sugerível a replicação deste estudo com uma amostra maior.

Também é de evidenciar que na análise de confiabilidade algumas subescalas dos instrumentos, apresentaram alguns problemas psicométricos, erguendo assim a questão de que esses instrumentos podem não ser válidos e fidedignos para a população idosa institucionalizada.

Estes problemas que foram nomeados podem ser consequência de fatores culturais e/ou gramaticais, pois durante a aplicação da bateria de testes foi necessário reformular e/ou explicar algumas frases/ palavras presentes nos questionários a alguns dos participantes.

As subescalas mencionadas em cima não foram usadas neste estudo, o que pode ter levado a limitações nas conclusões a tirar.

Por fim, outra limitação encontrada foi a amostra ser maioritariamente pertencente aos locais de estágio onde os investigadores estavam a colaborar, sendo assim conhecidos dos participantes, o que pode ter influenciado os resultados, sendo que os idosos podem ter-se sentido inibidos de responder de um modo mais natural.

Conclusão

Em Portugal a população é cada vez mais envelhecida, prevendo o Instituto Nacional de Estatística que nos próximos anos o envelhecimento em Portugal aumente (Projeções de População Residente [ENE], 2017).

Esta investigação permitiu estudar se a alexitimia e a desregulação emocional se correlacionam com a agressividade na idade avançada.

Foi um estudo que se demonstrou deveras vantajoso, uma vez que através dele apurou-se que tanto no contexto comunidade, como no contexto de institucionalização, os sintomas comportamentais, como a agressividade, estão presentes.

Assim, numa população bastante envelhecida como a portuguesa, é verdadeiramente importante perceber o real porque da existência destes sintomas, pois são aspetos importantes quando nos referimos a idosos institucionalizados.

Através deste estudo quando nos referenciámos aos idosos institucionalizados, sabemos que a alexitimia e a dificuldade em regular emoções são correlatos da agressividade. Por tudo isto, num próximo estudo seria pertinente investigar se a alexitimia, em idosos institucionalizados, pode ser um ponto de partida para a existência de um desequilíbrio emocional responsável por outros sintomas, além da agressividade e da dificuldade em regular as emoções.

Referências

- Archer, J. (2009). Does sexual selection explain human sex differences in aggression? *Behavioral and Brain Sciences*, 32(3–4), 249–266.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X09990951>
- 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>
- 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>
- Bryant, F. B., & Smith, B. D. (2001). Refining the Architecture of Aggression: A Measurement Model for the Buss–Perry Aggression Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 35(2), 138–167. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2000.2302>

- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). *PERSONALITY PROCESSES AND INDIVIDUAL DIFFERENCES*. 8.
- Campos, D., & Pinto, J. (2018). *Saúde mental: Questões de gênero e terceira idade*. 11.
- 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>
- ENE. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*.
- 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>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Ferreira, C. D., & Torro-Alves, N. (2017). Reconhecimento de Emoções Faciais no Envelhecimento: Uma Revisão Sistemática. *Universitas Psychologica*, 15(5). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-5.refe>
- Fragoeiro, I. M. (2015). *2 FATORES SIGNIFICATIVOS NA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS IDOSAS*. 8.
- 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*. shorturl.at/gkHI

- García-Sevilla, J., Méndez, I., Bermúdez, A. M., & Martínez, J. P. (2016). Estudio comparativo de alexitimia en personas institucionalizadas versus aula de mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v6i1.144>
- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation: Self-Esteem, Emotion Dysregulation, and Aggression. *Aggressive Behavior*, 42(1), 3–15. <https://doi.org/10.1002/ab.21601>
- 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), 14. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Instituto Português de Estatística. (2019). *Portal do INE. Base de dados do Instituto Nacional de Estatística*. https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt
- Kristensen, C. H., Lima, J. S., Ferlin, M., Flores, R. Z., & Hackmann, P. H. (2003). Fatores etiológicos da agressão física: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(1), 175–184. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100020>
- Lantrip, C., & Huang, J. H. (2017). Cognitive Control of Emotion in Older Adults: A Review. *Clinical Psychiatry*, 03(01), 6. <https://doi.org/10.21767/2471-9854.100040>

- 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>
- Martins, R. (2018). *Envelhecimento e saúde: Um problema social emergente*.
- 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>
- Olcese, C. (2001). *A saúde mental e a velhice: Um estudo com idosos da Lima Metropolitana*. Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos. https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0106
- OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual* (0 ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003117407>
- 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), 641. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4245>
- Parker, J. D. A., Michael Bagby, R., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7(4), 221–232. <https://doi.org/10.1002/per.2410070403>
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. Em *Envelhecer em Portugal* (pp. 15–17). Climepsi.

- PORDATA. (2020). *PORDATA - População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*.
[https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266)
- Portuguesa, R. (2016). *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.*
 Infarmed. <https://www.infarmed.pt/>
- Prazeres, N., Parker, J. D. A., Michael, B. R., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (2000). *Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20)*. 9(1), 7–11.
- Silva, M. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada. Em *Envelhecer Em Portugal* (pp. 137–154). Climepsi.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? Em *Revista Portuguesa de Pedagogia* (Vol. 2, pp. 387–404).
- Streiner, D. L. (2003). *Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency*. 99–103. http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Teixeira, S., Barbosa, J. P., Lourenço, L., Gonçalves, D., & Guardiano, M. (2019). Avaliação da Alexitimia em Crianças Portuguesas com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção. *Gazeta Médica*. <https://doi.org/10.29315/gm.v6i2.240>
- Templeton, G. F. (2011). A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.02804>
- Vaz, S., & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 4), 49–58.
<https://doi.org/10.12707/RIII1124>

Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2016).

Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Research*, 237, 296–303.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.025>

Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F., & Tous, J. (2008). The Relationships between Functional and Dysfunctional Impulsivity and Aggression across Different Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 480–487. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004480>