

**VIOLÊNCIA EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO:  
AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA  
COM ACTIVIDADES ASSISTIDAS POR ANIMAIS**

Maria Isabel Dias Marques

**Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental**

2008



Maria Isabel Dias Marques

**VIOLÊNCIA EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO:  
AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA  
COM ACTIVIDADES ASSISTIDAS POR ANIMAIS**

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Saúde Mental submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora: Doutora Liliana de Sousa

Categoria: Professora Associada

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Co-orientadora: Doutora Aida Cruz Mendes

Categoria: Professora Coordenadora

Afiliação: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



**Lista de comunicações e trabalhos publicados/submetidos para publicação,  
cujos resultados derivam deste trabalho:**

**COMUNICAÇÕES ORAIS/POSTERS**

**Nacionais**

- 2004, participou no Seminário: “O meu terapeuta usa um cão” realizado na Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto”, apresentando a comunicação “Actividades Assistidas por Animais (AAA) em unidades psiquiátricas de curta duração: uma experiência em curso”.
- 2005 (Novembro), participou no I Curso de Formação de Voluntários de Actividades Assistidas por Animais (Cão), organizado pela Associação Animas, em Oliveira de Azeméis, apresentando a comunicação “Visita a pessoas com perturbações psiquiátricas”.
- 2006 (Fevereiro), participou no II Fórum de Investigação em Enfermagem, no Porto, apresentando a comunicação “Violência em contexto psiquiátrico: *Um estudo exploratório*”.
- 2006 (Março), participou no Seminário “Violência em Psiquiatria” apresentando a comunicação “Violência em contexto psiquiátrico: um estudo exploratório realizado em Portugal.
- 2006 (Abril), participou nas 12<sup>as</sup> Jornadas de Saúde Mental do Algarve apresentando a comunicação “Violência em contexto psiquiátrico: *Actividades Assistidas por Animais (cão)*”.
- 2006 (Outubro), participou no Ciclo de Conferências organizado na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende; 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, apresentando a comunicação “Violência em contexto psiquiátrico: *um olhar exíguo, regional*”.
- 2006 (Novembro), participou no II Curso de Formação de Voluntários de Actividades Assistidas por Animais (Cão), organizado pela Associação Animas, em Oliveira de Azeméis, apresentando a comunicação “Visita a pessoas com perturbações psiquiátricas”.
- 2007 (Novembro), participou no III Curso de Formação de Voluntários de Actividades Assistidas por Animais (Cão), organizado pela Associação Animas, em Oliveira de Azeméis, apresentando a comunicação “Visita a pessoas com perturbações psiquiátricas”.

## Internacionais

- 2005, como membro do EViPRG, participou no European Violence in Psychiatry Research Group Symposium Athens, em Atenas, apresentando a comunicação intitulada “*Animal Assisted Activities in acute psychiatric wards to prevent violent incidents*”.
- 2005 (Outubro), participou no 4th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry: *Recognition and assessment and some examples of treatment of violent and aggressive inpatient behaviour*, em Viena de Austria, apresentando a comunicação “*Inpatient aggressive behaviour in short term psychiatric units*”.
- 2006 (Setembro), como membro do EViPRG participou no European Violence in Psychiatry Research Group Symposium Nottingham, em Nottingham, apresentando a comunicação “*Animal Assisted Activities in acute psychiatric wards to prevent violent incidents*”.
- 2007 (Outubro), participou no 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, em Amesterdão, apresentando a comunicação “*Prevention of aggressive incidents on acute psychiatric wards*”.
- 2008 (Setembro), participou no European Violence in Psychiatry Research Group Athlone, Co. Westmeath, Irland, apresentando a comunicação “*Evaluation of Animal Assisted Activities (dog) within the Psychiatric Context*”.
- 2008 (Outubro), participou no 14th International Network for Psychiatric Research (NPNR) Conference, em Oxford, apresentando a comunicação *Evaluation of a Animal Assisted Activities Program with dog from Psychiatric Context*”.

## ARTIGOS PUBLICADOS/ACEITES PARA PUBLICAÇÃO

- Marques, M.I.D., Mendes, A.C. & De Sousa, L. (2007). “*Adaptação para Português do Inventário da Expressão da Ira Estado-Traço (STAXI-2) de Spielberger (1999)*”. *Psychologica* (FPUC), 46, 85-104.
- Marques, M.I.D.; Mendes, A.C.; & De Sousa, L. “*Inpatient aggressive behaviours in acute units*”. *Mental Health Psychiatry Journal*. Aceite para publicação em 2007 (Em revisão).
- Marques, M.I.D.; Mendes, A.C.; & De Sousa, L. (2007). Prevention of aggressive incidents on acute psychiatric wards. In Callaghan, P.; Nijam, H.; Palmstierna, T. & Oud, N. *Violence in Clinical Psychiatry* (Proceedings of the 5th European

Congress on Violence in Clinical Psychiatry). Amesterdão: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy, pp. 253-261.

**ABSTRACTS PUBLICADOS EM LIVROS DE ACTAS**

- Marques, M. (2005). Impatient aggressive behaviour in short term psychiatric units. In Palmstierna T; Nijman, H. & Oud, N. *Violence in Clinical Psychiatry*. (Proceedings of the 4 th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry), Amsterdão Oud Consultancy, pp. 255-256.
- Marques, M.I.D., Mendes, A.C. & De Sousa, L. (2008). Evaluation of an Animal Assisted Activities Program with dog from Psychiatric Context. In Royal College of Nursig. Proceedings of the 14th International Network for Psychiatric Research (NPNR) Conference, pp. 62-63.





## DEDICATÓRIA

À minha querida família, meu colo.

Aos meus pais

Aos meus irmãos

Às minhas cunhadas

Aos meus sobrinhos.

Queridos!



## AGRADECIMENTOS

Neste momento, desejo manifestar a minha gratidão a todos aqueles que de forma directa ou indirecta contribuíram para a realização deste trabalho.

Em particular:

À Professora Doutora Liliana de Sousa, orientadora principal, pela sabedoria transmitida; pela empatia, confiança e reforço positivo; pela disponibilidade e ajuda e pelo rigor e exigência.

À Professora Doutora Aida Cruz Mendes, co-orientadora, pelo estímulo para iniciar este percurso académico; pela preciosa orientação na realização do Plano de Doutoramento e pela disponibilidade e apoio nos momentos mais críticos.

À Professora Nídia Salgueiro, pelo tanto que me deu do brilho das suas ideias, do proveito da sua disponibilidade e do calor do seu afecto.

Às colegas e amigas professoras Maria de Lurdes Almeida e Susana Filomena Duarte, pela colaboração dedicada em todos os momentos em que precisei de apoio e especialmente na aplicação da STAXI-2, fora do contexto psiquiátrico.

À Doutora Ana Isabel Ferreira de Magalhães Gamito, investigadora do IBMC – Unidade de Neurocomportamento –, pela sua indispensável orientação e ajuda na árdua tarefa de analisar os filmes com a utilização do programa “The Observer”.

À Professora Doutora Manuela Frederico, pela colaboração na organização das bases de dados; pela disponibilidade para a revisão do relatório e por estar sempre presente como amiga.

Ao Professor Manuel Gameiro, pelas suas sugestões importantes no plano da análise estatística dos dados e da respectiva apresentação, pugnando pelo rigor e clareza.

Ao João Santo e à Graça Campos, pela disponibilidade para a revisão do texto.

Em colectivo:

Aos professores e colegas do Curso de Doutoramento em Saúde Mental do ICBAS, pela riqueza das contribuições científicas e pelo bom ambiente e camaradagem.

Aos colegas do The European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG), especialmente ao seu ex presidente Professor Doutor Len Bower, pela mobilização para

a minha admissão como representante de Portugal e pela fertilidade da troca de ideias e resultados nesta área de investigação, nas frequentes reuniões internacionais em que me tem sido dada a oportunidade de participar.

Aos Presidentes dos Conselhos de Administração das diversas instituições onde se levaram a cabo os trabalhos de campo, pela respectiva autorização: Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Sobral Cid, Hospital do Lorvão e ao Centro de Reabilitação Psiquiátrico de Arnes. Pela mesma razão, ao Director do Estabelecimento Prisional de Coimbra.

Às Comissões de Ética dessas instituições, aos Directores de Serviço, aos Enfermeiros Directores e aos Enfermeiros Chefes pelos pareceres favoráveis para a realização das investigações e pelo envolvimento na criação das condições necessárias.

À equipa de colaboradores no controlo do processo de registo dos comportamentos agressivos nas diversas instituições e a todos os enfermeiros que colaboraram no registo dos comportamentos agressivos (Estudo 1) e na aplicação da STAXI-2 (Estudo 2).

À ANIMAS, pela disponibilização dos recursos indispensáveis à realização do programa de AAA (Estudo 3). Especialmente à dupla que colaborou sempre com disposição e profissionalismo exemplar nas sessões com animal: Sr. Pedro (educador) e a cadela Núria.

E também muito especialmente:

Aos doentes e reclusos que aceitaram participar e colaboram nos diferentes Estudos.

A todos muito obrigado!!!

## RESUMO

A violência em contexto psiquiátrico é um fenómeno que prevalece naturalmente como resultado da circunstância psico-emocional dos doentes, das dificuldades comunicacionais e dos condicionalismos das organizações e estruturas.

Na prevenção e controlo dos comportamentos agressivos, a utilização de psicofármacos é a estratégia mais comum. Porém, outros recursos poderão ser equacionados, nomeadamente intervenções ao nível do ambiente terapêutico e comunicacional, diminuindo os factores de stress e criando condições de bem-estar. Nesta linha poderão incluir-se as Actividades Assistidas por Animais (AAA).

Com base nesta perspectiva, desenvolveu-se o trabalho de investigação cujo propósito fundamental era avaliar a eficácia de um programa de intervenção Actividades Assistidas por Animais (cão) na prevenção da violência em contexto psiquiátrico e na promoção do bem-estar sócio-emocional dos doentes adultos. Para esse efeito, levaram-se a cabo três estudos, sendo os primeiros dois preparatórios no sentido de caracterizar o fenómeno da violência em contexto psiquiátrico, seleccionar os campos de investigação e adaptar, validar e treinar a aplicação de algumas técnicas e alguns instrumentos, no Estudo 3.

O primeiro estudo foi realizado em 12 unidades psiquiátricas da zona centro de Portugal, utilizando-se o Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R de Nijman et al., 1999c). Ao longo de um ano, em 2230 doentes internados foram registados 377 incidentes, a que corresponde, nas unidades de internamento de curta duração, a prevalência de 9.90% e a frequência de 1.2 incidentes por cama por ano, e nas unidades de internamento de longa duração, a prevalência de 52.89% e frequência de .7 incidentes por cama por ano. Salienta-se o baixo registo de agressões verbais e a maior parte dos incidentes registados serem caracterizados como de gravidade moderada ou severa.

Do segundo estudo, resultou uma adaptação para português do Stait-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) de Spielberger (1999), a partir de uma amostra de 323 indivíduos. A versão adaptada registou boas características psicométricas e compõe-se de 4 escalas e 5 sub-escalas.

O estudo final, centrado no propósito fundamental do trabalho, de tipo quasi-experimental, foi realizado em duas unidades de internamento de curta duração (uma masculina e outra feminina), com um grupo experimental (26 doentes) e um grupo de controlo equivalente. Os resultados vão no sentido de que as AAA (cão) são eficazes na diminuição da frequência, da gravidade e da necessidade de recurso a psicofármacos. Que não influenciam a sintomatologia psiquiátrica nem a experiência e expressão da ira. Ao nível da influência sobre o bem-estar sócio-emocional dos doentes, os resultados evidenciam que o programa de intervenção teve um impacto positivo e significativo, promovendo a distração dos doentes em relação aos estímulos que poderiam ser entendidos como ameaçadores e centrando-os e envolvendo-os na actividade de forma motivada. Esta mudança comportamental traduz regulação das emoções e sentimentos negativos, que poderão estar na origem dos comportamentos agressivos, e o aumento de bem-estar sócio-emocional.

Conclui-se que as AAA (cão) podem constituir uma estratégia inovadora e complementar no sentido da prevenção e controlo da violência em contexto psiquiátrico.

## ABSTRACT

Violence is a prevalent phenomenon in psychiatric context that can naturally lead from the psycho-emotional state of the patients and from communication difficulties and constraints of the service.

In the prevention and management of the aggressive behaviors' from patient is common the use of the psychopharmacological programs. However, other programs could be implemented, namely some interventions to the level of the therapeutic environment and communicational for diminishing the factors of stress and promoting well-being conditions. In this perspective the Animal Assisted Activities (AAA) can be included.

Based on this idea, this research was developed with primary purpose to assess the effectiveness of an intervention program for Animal Assisted Activities (dog) to prevention of violence in psychiatric context and promoting the socio-emotional welfare of adult's patients. Accordingly, three studies were accomplishment, the two first studies were aimed to characterize the violence in psychiatric context, select the fields of research and adapt, validate tools needed to study 3.

The first study was carried through in 12 psychiatric units in the centre of Portugal, using the Staff Observation Aggression Scale-Revised (Nijman *et al.*, 1999c). Throughout one year, 2230 patients were interned and were registered 377 aggressive incidents, in the acute units the prevalence was 9.90% and frequency of 1.2 incidents for bed per year, and in the long stay units, the prevalence was 52.89% and frequency of .7 incidents for bed per year. We emphasize the low frequency from verbal aggression behaviours and most of the incidents were characterized as moderate to severe.

The second study was an adaptation for Portuguese of the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) of Spielberger (1999), from a sample of 323 individuals. The adapted version registered good psychometric characteristics and composed by 4 scales and 5 sub-scales.

The final study, it was a quasi-experimental study, was carried through in two acute units (a male and a female), with an experimental group (26 patients) and a group of equivalent control. The results show that the AAA (dog) are efficient in the reduction of the frequency and severity of aggressive behaviours and in the reduction of use from psychopharmacological program. But it does not influence the psychiatric symptomatology nor the experience and expression of anger. Concerning the level of well-being of the social-emotional of the patients, the results evidence that the intervention program had a positive and significant impact in promoting the distraction of the patients towards the stimulations that could be understood as threatening and focus and involving them in the activity in a motivated form. This behavioral change reflects the regulation of emotions and feelings, which may be the cause of aggressive behavior, and increased welfare social-emotional.

It is concluded that the AAA (dog) may constitute an additional and innovative strategy towards the prevention and control of violence in psychiatric context.

## RÉSUMÉ

La violence dans un contexte psychiatrique est un phénomène qui prévaut naturellement comme en résultant de la circonstance psycho-émotionnel des malades, des difficultés de communication et des contraintes des organisations et structures.

Dans la prévention et le contrôle des comportements agressifs, l'utilisation de psycho-médicaments est la stratégie la plus commune. Néanmoins, autres ressources pourront être égalées, notamment interventions au niveau de l'environnement thérapeutique et communication, en diminuant les facteurs de stress et en créant des conditions de bien-être. Dans cette ligne pourront s'inclure les Activités Assistées par des Animaux (AAA).

Sur base de cette perspective, s'est développé le travail de recherche dont l'intention fondamentale est d'évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention Activités Assistées par des Animaux (chien) dans la prévention de la violence dans un contexte psychiatrique et dans la promotion du bien-être socio-émotionnel des malades adultes. À cet effet, se sont prises en œuvre trois études, en étant deux premières préparatoires dans le but de caractériser le phénomène de la violence dans un contexte psychiatrique, sélectionner les champs de recherche et adapter, valider et entraîner l'application de quelques techniques et les instruments en l'étude 3.

Première étude a été réalisée dans 12 unités psychiatriques de la zone centre du Portugal, en utilisant le *Staff Observation Aggression Scale-Revised* (SOAS-R de Nijman *et al.*, 1999b). Pendant d'une année, dans 2230 malades internés ont été enregistrés 377 incidents, aux lesquels il correspond, dans les unités d'internement de courte durée, la prévalence de 9.90% et la fréquence de 1.2 incidents par lit par année, et dans les unités d'internement de longue durée, la prévalence de 52.89% et la fréquence de .7 incident par lit par année. Se fait ressortir le bas registre d'agressions verbales et la plupart des incidents enregistrés être caractérisée comme de gravité modérée ou sévère.

De seconde étude, a résulté d'une adaptation pour Portugais de *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI-2) de Spielberger (1999), à partir d'un échantillon de 323 personnes. La version adaptée a enregistré de bonnes caractéristiques psychométriques et se compose de 4 échelles et de 5 sub-escalas.

L'étude finale, centrée dans l'intention fondamentale du travail, du type *quasi-experimental*, a été réalisée dans deux unités d'internement de courte durée (une masculine et autre féminine), avec un groupe expérimental (26 malades) et un groupe de contrôle équivalent. Les résultats vont dans le sens dont AAA (chien) sont efficace dans la diminution de la fréquence, de la gravité et de la nécessité de ressource à des psycho-médicaments. Que n'influencent pas la symptomatologie psychiatrique ni l'expérience et l'expression de la colère. Au niveau de l'influence sur le bien-être socio-émotionnel des malades, les résultats prouvent que le programme d'intervention a eu un impact positif et significatif, en promouvant la distraction des malades concernant les stimulations qui pourraient être considérées comme menaçantes et en les centrant et en les impliquant dans l'activité de forme motivée. Ce changement de comportement traduit règlement des émotions et sentiments négatifs, qui pourront être à l'origine des comportements agressifs, et de l'augmentation de bien-être socio-émotionnel.

Il se conclut que les AAA (chien) peuvent constituer une stratégie innovatrice et complémentaire dans le sens de la prévention et du contrôle de la violence dans un contexte psychiatrique.





## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	21
------------------	----

### PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

<b>Capítulo 1: VIOLÊNCIA EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO.....</b>	<b>31</b>
1 – ABORDAGEM GERAL SOBRE A VIOLÊNCIA/AGRESSÃO .....	32
1.1 – Perspectivas teóricas sobre a violência e a agressão .....	33
1.2 – A violência/agressão como um construto multidimensional.....	38
2 – PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS GRAVES E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DA PESSOA ADULTA .....	40
2.1 – Desenvolvimento psicossocial do adulto .....	40
2.2 – Expressão das emoções na idade adulta .....	47
2.3 – Expressão das emoções e perturbações psiquiátricas graves em adultos .....	54
3 – PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E VIOLÊNCIA/AGRESSÃO .....	64
3.1 – Prevalência das manifestações de violência/agressão em contexto psiquiátrico.....	68
3.2 – Determinantes da violência/agressão no contexto psiquiátrico.....	70
3.3 – Modelos explicativos da violência/agressão .....	73
3.4 – Comportamentos auto-agressivos .....	77
3.5 – Preditores de agressão em contexto psiquiátrico .....	77
3.6 – Prevenção dos comportamentos agressivos.....	78
4 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E DIMENSÕES DE AGRESSÃO E VIOLÊNCIA CONSIDERADOS NA INVESTIGAÇÃO.....	81
4.1 – Em investigação fora dos contextos psiquiátricos .....	81
4.2 – Em investigação clínica psiquiátrica.....	82
<b>Capítulo 2: ACTIVIDADES ASSISTIDAS POR ANIMAIS (AAA) NA PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR DO ADULTO E NA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA/AGRESSÃO EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO .....</b>	<b>85</b>
1 – CONCEPÇÃO DE ACTIVIDADES ASSISTIDAS POR ANIMAIS (AAA) .....	86
1.1 – Definição.....	86
1.2 – Contexto histórico .....	89
1.3 – Origens do reconhecimento .....	97
2 – ACTIVIDADES ASSISTIDAS POR ANIMAIS (AAA) NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO ADULTO .....	99
2.1 – Conceitos de saúde e o bem-estar .....	99
2.2 – Efeitos benéficos de AAA na promoção da saúde e bem-estar do adulto .....	101
3 – TIPO DE ANIMAIS QUE PODEM SER USADOS EM AAA, COM ADULTOS .....	112
4 – CONSIDERAÇÕES INERENTES AO DESENVOLVIMENTO DAS AAA.....	115
5 – AAA EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO NA PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS.....	118

## PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS

<b>Estudo 1: COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DOS DOENTES HOSPITALIZADOS EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO</b> .....	125
1 – INTRODUÇÃO .....	125
2 – METODOLOGIA.....	127
2.1 – Campo de investigação .....	127
2.2 – Instrumentos de medida utilizados .....	129
2.3 – Procedimentos .....	132
3 – RESULTADOS .....	137
3.1 – Prevalência, natureza e gravidade dos comportamentos agressivos.....	137
3.2 – Contexto em que ocorreram os comportamentos agressivos .....	144
3.3 – Características socio-demográficas e clínicas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos .....	145
4 – DISCUSSÃO .....	148
4.1 – Características dos comportamentos agressivos.....	148
4.2 – Características dos contextos em que ocorreram os incidentes agressivos ..	153
4.3 – Características dos doentes que desenvolveram os comportamentos agressivos .....	154
4.4 – Limitações do estudo.....	156
<b>Estudo 2: ADAPTAÇÃO PARA PORTUGUÊS DO INVENTÁRIO DA EXPRESSÃO DA IRA ESTADO-TRAÇO (STAXI-2) DE SPIELBERGER (1999)</b> .....	157
1 – INTRODUÇÃO .....	157
2 – METODOLOGIA.....	161
2.1 – O Instrumento de medida .....	161
2.2 – Participantes.....	162
2.3 – Procedimentos .....	164
3 – RESULTADOS .....	166
3.1 – Análise prévia de consistência interna.....	166
3.2 – Estudo da validade de construto.....	167
3.3 – Fidelidade da versão adoptada .....	171
3.4 – Scores obtidos nos três grupos populacionais.....	172
4 – DISCUSSÃO .....	174
<b>Estudo 3: AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA COM AAA NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DOS ADULTOS HOSPITALIZADOS EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO</b> .....	175
1 – INTRODUÇÃO .....	175
2 – METODOLOGIA.....	178
2.1 – Programa de intervenção com Actividades Assistidas por Animais (cão) .....	179
2.2 – Variáveis dependentes .....	181
2.3 – Participantes.....	190
2.4 – Instrumentos de medida das variáveis.....	195
2.5 – Procedimentos de colheita de dados .....	198
2.6 – Tratamento e análise de dados .....	202

3 – RESULTADOS.....	205
3.1 – Avaliação da eficácia do programa de AAA na prevenção da violência .....	205
3.1.1 – <i>Comportamentos agressivos</i> .....	205
3.1.2 – <i>Sintomatologia psiquiátrica</i> .....	212
3.1.3 – <i>Experiência e Expressão da Ira</i> .....	214
3.2 – Avaliação da eficácia do programa de AAA na promoção de bem-estar sócio-emocional dos doentes.....	219
3.2.1 – <i>Evolução dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes ao       longo do programa</i> .....	224
3.2.2 – <i>Comparação dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes       nas sessões com e sem animal</i> .....	240
4 – DISCUSSÃO.....	254
4.1 – AAA na prevenção da violência em contexto psiquiátrico .....	254
4.2 – AAA na promoção do bem-estar sócio-emocional dos doentes hospitalizados .....	257
4.3 – Limitações do estudo .....	260
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>263</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>271</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>293</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>296</b>
<b>LISTA DE APÊNDICES.....</b>	<b>297</b>
<b>LISTA DE ANEXOS .....</b>	<b>298</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>299</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>355</b>



## INTRODUÇÃO

O conceito de violência tem assumido diferentes significados ao longo dos tempos. Estas diferenças dizem respeito tanto ao que se considera como sendo violento como ao próprio juízo valorativo acerca da violência. Assim, o que hoje é considerado como sendo violência e a avaliação que dela se faz não têm necessariamente equivalente em épocas passadas. De igual modo, esta só pode ser entendida no contexto em que se desenrola.

Brendler *et al.* (1994) define a violência como o uso da força para atingir o outro ou o próprio, sob a forma de uma erupção física ou emocional; revestindo-se de um carácter destrutivo sobre as pessoas e os objectos, supõe uma alteração pessoal e social que pode surgir, em alguns casos, de forma impulsiva ou perante diferentes condições situacionais (Echeburúa, 2000), devendo ser entendida no quadro de referências em que é produzida.

A violência humana, como acontece em todas as sociedades e contextos, pode também ocorrer em unidades de cuidados de saúde, nomeadamente em meio psiquiátrico. Ainda que possuindo características próprias, que tornam as situações de violência recorrentes, parece ser facto reconhecido que, por razões várias, este fenómeno se tem vindo a agravar. Neste contexto, tem sido entendida como um acidente em que profissionais são ameaçados e atacados fisicamente no seu ambiente de trabalho, envolvendo implícita ou explicitamente mudanças na sua segurança, no seu bem-estar ou na sua saúde (Cembrowicz *et al.*, 2001).

Alguns estudos concluíram que a violência é um fenómeno que prevalece nos serviços de psiquiatria (Nijman, 1999a), e outros chegaram mesmo a estimativas de que o número de incidentes violentos varia, em média, entre .07 e 7.9 por utente, por ano (Alaa & Hashim, 2001). Os resultados destes estudos revelam ainda que a violência predomina especialmente na primeira semana de hospitalização, quando os efeitos eficazes/terapêuticos da medicação ainda não resultaram (Nijman *et al.*, 1997b), e alguns autores sublinham que a ocorrência é mais frequente em unidades psiquiátricas de curta duração (Lion *et al.*, 1981; Fottrell, 1980), onde alguns doentes são confrontados com a admissão involuntária ou se apresentam agudamente afectados. Para além destas áreas e contextos psiquiátricos, outras áreas de cuidados hospitalares apresentam elevadas percentagens de violência, nomeadamente as unidades de psicogeriatría (Hodgkinson *et al.*, 1985).

Todavia, se o fenómeno da violência é tendenciosamente ignorado em contexto psiquiátrico por se considerar inevitável (Nolan *et al.*, 1999), considerando diferentes estudos (Nijman, 1999; Hamolia, 2001), este parece ter tendência a aumentar, justificando-se esta propensão com a ênfase atribuída, actualmente, aos programas de tratamento ambulatorio no hospital e parcial, na comunidade. Note-se que a hospitalização é reservada, mais frequentemente, aos doentes que manifestem comportamentos agressivos<sup>1</sup> (Morrison, 1990) ou considerados perigosos, sendo muitas vezes internados de forma compulsiva (involuntária). Estas alterações fazem ressaltar, conseqüentemente, outra razão que radica na alteração da natureza do ambiente de hospitalar, marcado por uma maior frequência das condições psicopatológicas agudas e pela diminuição do tempo de hospitalização. Comprometido com este fenómeno, saliente-se ainda a actual filosofia de cuidados, no sentido de propiciar um ambiente menos restritivo, considerando os aspectos ético-legais relacionados com o uso de medidas como a contenção mecânica e química, que poderão comprometer os direitos dos doentes. Esta condição de cuidados poderá ser também um motivo de conflito e confusão para os profissionais que se confrontam com a necessidade de lidar e controlar os comportamentos agressivos.

Contrariamente à ideia (de senso comum) popularmente partilhada, a maioria dos doentes com perturbações psiquiátricas não desenvolve comportamentos agressivos. Contudo, parece que uma minoria destes doentes é responsável pela maior parte dos incidentes agressivos (Hamolia, 2001). Weiser *et al.* (1994) estimaram que aproximadamente 10% dos doentes do foro psiquiátrico desenvolvem comportamentos agressivos contra os profissionais. Verifica-se também que estes comportamentos são observados com maior frequência em doentes mais novos (James *et al.*, 1990), portadores de doença grave (Pearson *et al.*, 1986), confusos, que não aceitam a medicação (Whittington & Wykes, 1996) e com história criminal (Hansen, 1996). Para além destes, outros preditores têm sido avaliados, como seja, a história de violência precoce, que é considerada um dos principais (Shah *et al.*, 1991; Gardner *et al.*, 1996; Harris & Rice, 1997), e, como sugeriram Harris & Rice (1997), também um pobre ajustamento social, o abuso de substâncias e o distúrbio da personalidade anti-social. Do mesmo modo, a disfunção da experiência e expressão de ira parece constituir um factor de risco, pela sua interferência nas respostas humanas em contextos de inter-relação pessoal (Oatley & Jenkins, 2002).

O comportamento agressivo/violento surge como uma resposta comportamental, com agressão verbal e violência física, numa situação percebida como ameaçadora, resultante de ira ou medo intensos. Frequentemente, oculta inseguranças e vulnera-

---

<sup>1</sup> Considera-se comportamento agressivo todo o comportamento verbal, não verbal ou físico que foi ameaçador (para o próprio, os outros ou a propriedade), ou o comportamento físico que, de facto, causou dano (para o próprio, os outros ou a propriedade) (Morrison, 1990).

bilidade, isto é, esconde uma falta de autoconfiança básica (Hamolia, 2001), que pode traduzir uma resposta desadaptada no modo de lidar com a situação.

Os doentes detentores de condições potenciadoras de risco de violência são indivíduos que poderão ter experimentado determinados factores de desenvolvimento que os limitaram na aprendizagem do uso de técnicas favoráveis aos relacionamentos, isto é, favoráveis ao desenvolvimento das habilidades sociais (Hamolia, 2001). Por exemplo, os factores que estão relacionados com a privação emocional grave ou com a rejeição manifesta na infância, podem contribuir, entre outros aspectos, para a existência de fragilidades na confiança e na auto-estima.

Também a privação do contacto físico pode ser um factor relevante, pois o tacto parece ter uma importância inquestionável no desenvolvimento psicossocial da pessoa desde a sua nascença, na resolução de possível crise no primeiro estágio psicossocial (0-18 meses), descrito por Erikson como confiança *versus* desconfiança. Deve salientarse que é através das estimulações tácteis que recém-nascido consegue interagir com o ambiente (Gleitman *et al.*, 2003), sendo essas interações fundamentais para o desenvolvimento da maturidade emocional.

Neste quadro, os incidentes de violência têm constituído um considerável desafio para os profissionais de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelos riscos que lhes estão associados e pelas dificuldades que se colocam na sua gestão, tendo em conta que, para além das suas consequências físicas e psicológicas, eles têm igualmente implicações financeiras para os serviços (Hyde & Harrower-Wilson, 1995).

Assim, numa tentativa de integrar as explicações da violência nos contextos psiquiátricos, Nijman *et al.* (1999a) apresentaram um modelo da agressão que inclui três ordens de factores, nomeadamente os relacionados com o doente, o serviço e os profissionais.

Relativamente às variáveis relacionadas com o doente, eles prevêm como maior fonte de agressão, graves alterações psicopatológicas manifestadas por doentes portadores de doenças, nomeadamente, de esquizofrenia (delírios paranóides, alucinações imperativas), de mania, de perturbações no controlo de impulsos e de perturbações da personalidade. A gravidade da sintomatologia apresentada na admissão do doente e a dificuldade dos profissionais em lidar com a mesma é considerada uma condição indutora de stress comunicacional.

No que se refere às variáveis relacionadas com os profissionais, não deixando de salientar o stress comunicacional como o elemento essencial da problemática conflituosa da relação profissionais – doentes, aqueles autores apontam, por outro lado, a necessidade dos profissionais em se vincularem aos objectivos do tratamento e ao cumprimento das regras de funcionamento como condições de tensão. Para além dos constran-

gimentos ético-normativos, as determinações terapêuticas e o sentido das referidas regras nem sempre são expostos com clareza e percebidos de forma concordante pelos profissionais e doentes, o que pode contribuir para a expressão do comportamento agressivo.

No que respeita às variáveis ligadas ao serviço, Nijman *et al.* (1999a) consideram vários *stressores* ambientais. Por exemplo, o doente pode ter de ser isolado por razões de segurança e também estar sujeito a sobre-estimulação; a unidade de internamente pode estar sobrelotada, não havendo privacidade ou possibilidade de descansar; e/ou, pelo contrário, pode haver falta de estimulação devido à inexistência de actividades ocupacionais.

Acresce, ainda, que o stress cognitivo é uma variável central ligada ao doente, visto que a percepção da situação se constitui como um factor chave na expressão do comportamento agressivo. Portanto, sob a influência das alterações psicopatológicas, dos *stressores* ambientais e comunicacionais, o doente pode perceber de forma distorcida as actividades do serviço e responder agressivamente.

Nesta perspectiva, Nijman *et al.* (1999a) fazem, também, referência à possibilidade de se gerar um ciclo vicioso, após a implosão do incidente de violência, provocando, como já foi sugerido, um aumento dos *stressores* ambientais e comunicacionais fomentados pela utilização das medidas de controlo e de segurança, o que pode originar um agravamento das distorções cognitivas do doente, envolvendo a intensificação do medo e comprometendo, conseqüentemente, o estabelecimento da relação de confiança.

Pelo exposto, deve entender-se que o comportamento agressivo resulta da interacção das características biológicas, psicológicas e sócio-culturais da pessoa (Hamolia, 2001). Assim, tendo em conta estas múltiplas características, diferentes abordagens teóricas têm influenciado o tratamento dos doentes que desenvolvem esse tipo de comportamentos. Entre elas, destacam-se as *inatistas*, as behavioristas, as sócio-cognitivas e a sociológicas, como adiante explicitaremos.

Perante os comportamentos agressivos desenvolvidos por pessoas com perturbações psiquiátricas, ao longo dos tempos, a sociedade recorreu ao encarceramento, isolamento e imobilização (Goodwin, 2005; Shorter, 2001; Hinshelwood, 2001). Outras intervenções terapêuticas são actualmente instituídas a fim de prevenir e controlar os comportamentos agressivos: desde as intervenções psicofarmacológicas, até às intervenções psicossociais, sendo por vezes ainda necessário recorrer aos métodos restritivos.

Na realidade, constata-se que, após a avaliação diagnóstica, é normalmente estabelecido um programa psicofarmacológico, no entanto, na maior parte dos casos, as



intervenções desenvolvidas são mais de controlo e resolução dos incidentes de violência do que intervenções que os previnam.

A prevenção dos comportamentos agressivos deve passar também, necessariamente, pela utilização de intervenções de prevenção e de controlo do stress ambiental e comunicacional (Nijman *et al.*, 1999a), podendo o mesmo ser reduzido com a realização de outras actividades adaptadas às capacidades e necessidades dos doentes, por exemplo com Actividades Assistidas por Animais (AAA). Estas são consideradas actividades que proporcionam momentos que promovem o bem-estar e a qualidade de vida, estas são orientadas por duplas voluntário – animal, especialmente treinadas, que actuam em vários contextos (Delta Society<sup>2</sup>, 1992), com a finalidade de proporcionar prazer e alegria às pessoas (Hart, 2000). São actividades que podem ser integradas em diferentes contextos, para além dos ambientes informais, como por exemplo, em contextos de saúde (hospitais), de educação (escolas) e outros sócio-comunitários (Lares; domicílios, escuteiros, etc.).

Nos contextos psiquiátricos, alguns autores consideram que as AAA constituem uma abordagem sócio-ocupacional, por exemplo, no âmbito dos programas de terapia ocupacional (Velde *et al.*, 2005), que pode promover a diminuição de incidentes de violência, a melhoria das habilidades sociais e o controlo da expressão de emoções em doentes hospitalizados (Barker & Dawson, 1998; Bardill *et al.*, 1991).

Neste sentido, alguns estudos experimentais têm sido realizados com objectivo de validar as AAA. Por exemplo, Walsh *et al.* (1995), através de um estudo realizado numa unidade psiquiátrica com doentes portadores de demência, verificaram alguns efeitos produzidos pela visita de um cão, nomeadamente a diminuição dos incidentes de violência e a melhoria das habilidades sociais. Também Hall & Malpus (2000), no estudo que realizaram numa unidade psiquiátrica com internamento de longa duração (Residência Psiquiátrica), concluíram que a visita de um cão treinado promoveu as interacções sociais entre os doentes hospitalizados, verificando ainda que houve um aumento das respostas não verbais.

Efectivamente, os resultados de diferentes estudos (e.g. Baun & McCabe, 2000; Cain, 1983; Robb, 1983) indicam que o cão é um animal que tem um potencial de ajuda na interacção com a pessoa. Quando seleccionado e preparado tecnicamente e com acompanhamento especializado, poderá desenvolver as funções de catalisador e de apoio emocional (Beck, 2000). É uma ajuda que poderá também proporcionar a estimulação da valorização de relações e de experiências vividas pela pessoa,

---

<sup>2</sup> Uma das maiores organizações responsáveis pela certificação dos animais que são envolvidos nos programas terapêuticos.

favorecendo, conseqüentemente, o processo de construção de si e do mundo que o rodeia, assim como a adaptação à realidade.

Deste modo, é sensato colocar como hipótese que um programa de intervenção baseado em AAA, especificamente através da visita de um cão, dirigido aos doentes adultos hospitalizados em contexto psiquiátrico com preditores de violência ou factores de risco estáticos e dinâmicos, será um contributo relevante para a prevenção dos comportamentos agressivos e para a promoção do bem-estar sócio-emocional e, conseqüentemente, para um ambiente mais seguro e construtivo.

Na clínica, especialmente em unidades de agudos, a intervenção psicofarmacológica é a mais valorizada, pela necessidade de controlo da sintomatologia psiquiátrica em curto espaço de tempo. Porém, ainda que seja uma intervenção aparentemente prioritária, devido ao estado de saúde do doente, envolve custos elevados na sua utilização, sobrecarregando conseqüentemente os orçamentos. Para além do referido, o risco de re-hospitalização do doente poderia diminuir com a valorização de intervenções de natureza psicossocial e sócio-ocupacional, no processo de tratamento e reintegração social.

Não se podendo nem se pretendendo desvalorizar o tratamento prioritário na fase aguda da doença, somos adeptos da ideia de que se deve valorizar igualmente outros programas concomitantes, que sejam eficazes e acessíveis, sem pôr em causa as exigências políticas de gestão dos cuidados de saúde, no sentido da humanização e da contenção de custos.

Nesta perspectiva, pela importância e actualidade do tema e pelo facto de, tanto quanto se sabe, não existirem estudos desta natureza em Portugal, propusemo-nos desenvolver uma investigação com o propósito de avaliar a eficácia de um programa de Actividades Assistidas por Animais (AAA), neste caso por um cão, na prevenção de manifestações de violência e na promoção de bem-estar dos doentes em contexto psiquiátrico.

Outras razões que contribuíram para o interesse em investigar esta temática prendem-se com o facto de exercermos a actividade profissional em Saúde Mental e de integrarmos um grupo europeu (*European Violence in Psychiatry Research Group – EViPRG*), que tem como principal objectivo promover a investigação da violência em psiquiatria.

O percurso e as opções metodológicas fundamentais da investigação foram determinados pelas seguintes questões centrais:

- Qual a prevalência e como se caracterizam os comportamentos agressivos dos doentes hospitalizados em contexto psiquiátrico (unidades psiquiátricas, com internamento total, de curta e longa duração)?

- Será que um Programa com Actividades Assistidas por Animais (cão) é eficaz na prevenção de violência e na promoção de bem-estar dos doentes hospitalizados em contexto psiquiátrico, nesse tipo de unidades?

A procura de respostas para estas questões passou pela realização de três estudos empíricos:

**Estudo 1:** “*Comportamentos agressivos dos doentes hospitalizados em contexto psiquiátrico*”. A fim de se promover a consciencialização e visibilidade do fenómeno violência em contexto psiquiátrico e escolher o campo de investigação para o Estudo 3, realizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva com o objectivo de analisar a prevalência e as características dos comportamentos agressivos dos doentes hospitalizados em unidades psiquiátricas de curta e longa duração, na zona centro do país. Utilizou-se a *Staff Observation Aggression Scale Revised* (SOAS-R) de Nijman *et al.* (1999c) e uma escala visual analógica de gravidade do comportamento agressivo proposta pelo mesmo autor.

**Estudo 2:** “*Adaptação para Português do Inventário da Expressão da Ira Estado-Traço (STAXI-2) de Spielberg (1999)*”. Este estudo foi realizado no sentido de proporcionar um instrumento adaptado para português e válido para medir a experiência e expressão da ira, tendo em conta que a sua disfunção é considerada um factor de risco no desenvolvimento de comportamentos agressivos, variável considerada no estudo seguinte.

**Estudo 3:** “*Avaliação de um programa com AAA (cão) na prevenção da violência e na promoção do bem-estar dos adultos hospitalizados em contexto psiquiátrico*”. Um estudo *quasi-experimental* realizado com doentes que apresentavam risco moderado ou elevado de desenvolverem comportamentos agressivos. Foram constituídos dois grupos independentes: um *grupo experimental* sujeito ao programa convencional instituído (tratamento psicofarmacológico) e a um programa de intervenção com AAA (cão), e um *grupo de controlo* sujeito, em exclusivo, ao programa convencional instituído.

A presente dissertação é constituída por duas partes: a primeira corresponde ao enquadramento teórico e a segunda inclui os relatórios dos estudos empíricos.

A parte do enquadramento teórico engloba os conteúdos considerados relevantes para os três estudos, organizando-se em dois capítulos distintos: o Capítulo 1: Violência em contexto psiquiátrico e o Capítulo 2: Actividades Assistidas por Animais na promoção de bem-estar do adulto hospitalizado e na prevenção de violência em contexto psiquiátrico.

No que respeita a parte das investigações empíricas, como cada um dos três estudos foi realizado em momentos distintos e seguindo processos metodológicos

diversos, optou-se por os desenvolver em capítulos diferentes, considerando os seguintes elementos estruturais: Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão.

Finalmente, será apresentada a conclusão das investigações, da qual se salienta desde já o seguinte:

- Em unidades psiquiátricas de curta duração registaram-se mais incidentes agressivos por cama, por ano, comparativamente com o observado nas unidades de longa duração. Quanto aos padrões de comportamentos registados, verificaram-se algumas diferenças qualitativas, por exemplo: o principal *precipitante da agressão* em unidades de curta duração foi a *negação de algo ao doente*, enquanto que em unidades de longa duração foi *outros doentes*. O *alvo da agressão* em unidades de curta duração foi com maior frequência *enfermeiros*, contrastando com o observado em unidades de longa duração, em que foi *outros doentes*.
- A adaptação do STAXI-2 resultou numa versão com 4 dimensões principais e com boas características psicométricas.
- O programa de intervenção com Actividades Assistidas por Animais (cão) foi eficaz na prevenção dos comportamentos agressivos dos doentes internados em unidades psiquiátricas de curta duração, especialmente no que diz respeito à diminuição da frequência, gravidade e consequências, bem como na menor utilização de medicação para o controlo dos mesmos. Sublinha-se igualmente a sua eficácia na promoção de comportamentos de bem-estar dos doentes, evoluindo positivamente na relação com o cão (comportamentos de aproximação) e na relação com o outro (comportamentos de bem-estar sócio-emocional, rir e sorrir e jogar), em posturas de relaxamento e de aproximação, e diminuindo o alheamento e de enfado.

## **PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **Capítulo 1: VIOLÊNCIA EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO**

Historicamente, a crença de que as pessoas com perturbações psiquiátricas desenvolvem comportamentos agressivos tem sido considerada constante e transversal em diferentes sociedades (Monahan, 1992). São heranças do passado que também têm contribuído para estigmatização das perturbações psiquiátricas graves (Hinshaw, 2007). Sobre a referida relação, sabe-se que é complexa e ainda que o risco de desenvolver comportamentos agressivos depende do tipo de patologia, da sua natureza e gravidade. Depende igualmente da influência da co-morbilidade com o uso de substâncias e de outros preditores, como por exemplo, a história de violência prévia (Bullard, 2001). Vários estudos indicam que pessoas que apresentam estas condições são mais propensas a desenvolverem comportamentos agressivos em relação à população em geral (Rasanen *et al.*, 1998).

Em contexto psiquiátrico, a violência contra os profissionais de saúde é um fenómeno que parece ter agravado após a implementação das mudanças dos serviços de saúde mental, na segunda metade do século XX, com a desinstitucionalização dos doentes (Whittington & Richter, 2006). Para estes profissionais, os comportamentos agressivos assumem uma especial preocupação, uma vez que lhes compete ajudar a prevenir e controlar os referidos comportamentos, no sentido de promover um ambiente de cuidados mais protegido e seguro, constituindo também um desafio, visto que o seu controlo passa pela necessidade de usar determinadas técnicas, por exemplo, o uso de medidas restritivas, que põem em risco a sua própria protecção e a garantia dos direitos dos doentes.

## 1 – ABORDAGEM GERAL SOBRE A VIOLÊNCIA/AGRESSÃO

No início do século XX, surgiram os primeiros estudos sobre a violência e agressão humana, realizados por teóricos que se baseavam então, principalmente, em crenças éticas, em atitudes políticas ou em estatísticas do crime, e não em factos científicos. Mais recentemente, têm surgido numerosos estudos científicos cuja contribuição se tem revelado valiosa no sentido de compreender a violência, também conhecida como a outra face da agressividade humana, designada por Roveda (1988) agressão maligna ou destrutiva, com a finalidade de a orientar e a educar de forma construtiva.

A agressividade<sup>3</sup> parece ter uma componente inata e que é inerente a todos os seres vivos. Neste contexto, o ser humano não é excepção e a agressividade, muito frequentemente degenera em comportamentos de violência e agressão que vão para além das funções biológicas de sobrevivência e competição. Em contrapartida, um dos marcos civilizacionais contemporâneos corresponde ao crescendo da sensibilidade relativamente aos fenómenos de violência, particularmente nas suas formas mais danosas e mais ameaçadoras: violência contra os indefesos, quer sejam crianças, idosos ou animais; violência contra comunidades inteiras; violência contra habitats antes protegidos, entre outros.

Estamos cientes de que a violência e agressão constituem um fenómeno transversal a todas as culturas humanas cuja complexidade tem sido reconhecida, não só pela sua origem, podendo ser relacionada com uma tendência biológica, mas também por outros factores, como por exemplo, as transformações culturais. Apesar disso, no âmbito social, ainda que sejam considerados conceitos diferentes, as preocupações sobre os seus efeitos são comuns visto que se trata de um fenómeno que produz consequências que comprometem a vida humana (OMS, 2002).

A agressão pressupõe uma atitude ou acção enérgica, que pode expressar-se de forma física, simbólica ou verbalmente; compreende actos agressivos (comportamentos) que estão associados a sentimentos e impulsos desagradáveis que levam à acção (Morais & Teixeira, 2002) contra o próprio indivíduo ou contra outros. Também é entendida, como uma expressão da ira e com pouca frequência acaba em comportamentos violentos, considerados ilegais ou ilegítimos (Leal, 1995). Por sua vez, a violência é concebida como o uso de força e poder prejudicial e ilegal, causado por ataque físico com ou sem utilização de armas (Mason & Chandley, 1999). Trata-se de termos cujas

---

<sup>3</sup> Tendência para o envolvimento de comportamentos agressivos (Corona & Parot, 2001).



fronteiras se perpassam mas não se devem confundir, como refere Hacker (1997): toda a violência é agressão, mas nem toda a agressão é violência.

Tendo em conta a classificação de violência<sup>4</sup> apresentada pela OMS (2002), consideramos que o âmbito do presente estudo se situa ao nível da violência auto dirigida e interpessoal, especificamente a violência que se distingue por decorrer entre indivíduos sem laços familiares que podem ou não ser desconhecidos e que decorre em local de trabalho, neste caso no contexto psiquiátrico.

Ao longo dos tempos, a violência tem-se revestido de diversos significados, assumindo formas sofisticadas na sua expressão individual e colectiva, fazendo parte do quotidiano humano e traduzindo destruição. A revisão dos pontos de vista teóricos ajuda a ilustrar a sua complexidade conceptual e simbólica. No entanto, não se pretende fazer uma revisão extensa das diversas perspectivas existentes, mas sim considerar os principais pontos de vista teóricos, significantes, que possibilitem a clarificação do conceito e a sua utilização no âmbito da presente investigação.

## 1.1 – Perspectivas teóricas sobre a violência e a agressão

As diferentes perspectivas teóricas da agressão ajudam a compreender a violência humana através da explicação dos vários factores etiológicos que estão na base do seu desenvolvimento. Elas podem ser classificados como *inatistas*, behavioristas, sócio-cognitivas e sociológicas.

### ***Inatistas***

As abordagens *inatistas* situam a origem da agressão/violência nos mecanismos biológicos e incluem as concepções clássicas: etológica dos instintos, neurobiológicas e psicanalíticas (Abreu, 2002).

1) **Concepção etológica.** A abordagem etológica entende a agressão como um instinto necessário à sobrevivência da espécie. Seguindo esta perspectiva, Tinbergen (1964), etólogo, entende o comportamento agressivo tal como diversos outros comportamentos sociais instintivos. O mesmo autor categoriza o conceito de luta entre indivíduos da mesma espécie em três tipos: o combate reprodutivo determinado pelos sinais sexuais; o combate territorial e o combate por comida e buscas. Descreve ainda modelos e mecanismos de controlo de comportamentos agressivos entre os indivíduos, fazendo referência à necessidade de organização e respeito pela hierarquia social e também à

---

<sup>4</sup> Violência auto-dirigida, violência interpessoal e violência colectiva.

necessidade de controlo da dinâmica das estruturas sociais, de forma a preservar a sobrevivência da espécie.

Russel & Russel (1968) definem agressão como um ataque contra outro indivíduo. A falta de comida para sobrevivência e os aglomerados são considerados instigadores de violência. O ponto de vista destes autores possibilita a compreensão da agressão associada a necessidades insatisfeitas, resultante de frustração pela obstrução de realização de expectativas ou recompensas.

Segundo Lorenz (1979), etólogo reconhecido da teoria instintiva e autor do modelo energético da agressão, a agressão surge espontaneamente devido à produção e acumulação endógena de uma «energia agressiva» que necessita ser descarregada. Considera que a agressão é um instinto fundamental que incita todos os animais à positiva meta de conservação e reprodução da vida, assumindo três regulações: a extra-específica, a ritualista e a instrumentalista. Exemplificando, a regulação extra-específica

A regulação ritualista é baseada na transmissão de ritos instintivos e culturais no sentido de inibir a agressão ou criar um laço<sup>5</sup> fazendo-se representar por sinais de submissão com valor adaptativo para o indivíduo (Lorenz, 1979). Como exemplo tem-se os comportamentos de apaziguamento<sup>6</sup>: “As familiares lambidelas simultaneamente simpáticas e um tanto incomodativas, dos nossos mais comuns animais domésticos – os cães e os gatos – (...) Na espécie humana, um dos mecanismos mais eficientes de apaziguamento é certamente o sorriso.” (Soczka, 2003, pp. 167-168). E a regulação instrumentalista

Lorenz (1979) realça, portanto, o papel positivo da agressão na sobrevivência, adaptação e evolução das espécies animais. Entende-a como uma luta instintiva contra indivíduos da mesma espécie, um instinto que é desenvolvido continuamente e tem que ser libertado por um estímulo específico. Este autor proporciona a ligação entre a etologia e a psicologia, quando faz referência à necessidade da espécie humana fazer o controlo social da agressão instintiva como uma importante causa do desenvolvimento de mecanismos neuróticos. Este controlo é no entanto considerado fundamental para a redução da quantidade de comportamentos agressivos na relação interpessoal. Por outro lado, na sua perspectiva, a destruição resultante da agressão traduz alterações nas funções de um instinto que era essencialmente de preservação da vida.

2) **Concepção neurobiológica.** A abordagem biológica constitui uma importante contribuição teórica na compreensão dos comportamentos agressivos/violentos, fazendo referência aos factores pessoais, aos factores precipitantes e aos factores facilitadores da

---

<sup>5</sup> Os sociólogos chamam a este efeito «coesão do grupo» (Lorenz, 1979).

<sup>6</sup> Sinais de apelo infantis e comportamentos parentais (sistemas *et-epimelético* e *epimelético*) (Soczka, 2003).

agressão. Esta corrente teórica baseia-se em pesquisas neurobiológicas que mostram como determinadas estruturas cerebrais – o hipotálamo, a amígdala e o córtex pré-frontal – estão supostamente envolvidas na agressão. De igual modo, têm-se desenvolvido estudos sobre as fontes e mecanismos de agressão humana: transmissores neuroquímicos, estimulação eléctrica do cérebro e lesões orgânicas (Mason & Chandley, 1999), sugerindo os resultados que os circuitos neuronais são organizados e disparados pelos componentes químico e/ou eléctrico, produzindo especificamente comportamentos agressivos (Moyer, 1981). Esta hipótese é suportada pela teoria do descontrolo, que prevê que o comportamento agressivo é seguido de dano ou prejuízo do sistema límbico (Monroe, 1978), alteração dos níveis de adrenalina e de noradrenalina (Lidberg *et al.*, 1978), inibição da testosterona e da enzima monoaminoxidase (Schalling *et al.*, 1987), tensão pré-menstrual e diminuição da responsabilidade (Widom & Ames, 1988).

3) **Concepção psicanalítica.** Na perspectiva psicodinâmica/psicanalítica, a agressão é considerada uma actividade destrutiva resultante de forças instintivas, sendo conduzida por uma larga variedade de expressões reprimidas de actos sublimados com comportamento violento. Como referência desta teoria, Freud entendia a agressão como uma resposta à dor e à frustração. Fez referência a duas forças primárias que influenciam o comportamento humano, a força da vida – *Eros* – expressa pela sexualidade, e a força da morte – *thanatos* – traduzida pela agressão (Brenner, 1971). A sua teoria baseia-se na crença de que a vida é uma luta desenvolvida pela pessoa para manter um equilíbrio entre aquelas duas forças e que o comportamento exibido é o resultado da força mais poderosa. Esta linha de pensamento sugere que a agressão é uma característica que nasce com a pessoa. No entanto, com o desenvolvimento ontogénico da criança humana prevê-se uma mudança de comportamentos mais primitivos, impulsos procedentes do sistema límbico, para um controlo das funções superiores corticais, incorporando-se assim a tolerância à frustração e a diminuição de respostas impulsivas (Soczka, 2003). Papel importante desempenhado pelo córtex (modulador da impulsividade primitiva) através do processo de socialização da criança, o que Freud designou de mudança de processos primários para processos secundários. Na sua concepção, essa mudança refere-se a um processo importante de desenvolvimento para que se possa controlar os impulsos arcaicos (Brenner, 1971). Este autor caracterizou como factor predisponente de agressão a privação social e afectiva.

Assim, na literatura psicodinâmica, a agressão é perspectivada como um mecanismo de defesa. O maior impulso desta linha de pensamento sobre a agressão gira em torno da concepção de que muitos comportamentos agressivos resultam dos conflitos da mente não resolvidos ou de um desequilíbrio do controlo pelo superego.

### **Behavioristas**

Segundo as teorias de aprendizagem, a agressão não é um instinto que nasce com a pessoa, conforme Lorenz, entre outros etólogos e alguns psicanalistas alegam, mas sim tem que ser aprendida e mantida através de recompensas e punições na vida social. Como referência desta teoria, Bandura (1982) sugere que os comportamentos de agressão podem ser aprendidos através de experiências directas ou através da observação – experiências vicariantes – influenciando na adaptação a um padrão social através do sistema de reforços sociais. Neste sentido, dois tipos de agressão têm sido identificados: a agressão instrumental, positivamente reforçada pela aquisição de algo, e a agressão irada, negativamente reforçada por retirar algo (Mason & Chandley, 1999), o chamado estímulo frustração (Zillman, 1979).

Neste campo, diferentes teorias sugerem que a agressão é um estímulo. Por exemplo, segundo a teoria da frustração – entende-se que a agressão surge pelo acumular de frustração. Este ponto de vista, que marcou o início da investigação experimental sobre agressão (Doron & Parot, 2001), inicialmente defendida por Dollard *et al.* (1939; cit. por Palmstierna, 1992), postula uma ligação entre a frustração (estímulo antecedente) e a agressão (consequência da frustração), sugerindo que a frustração surge quando a tentativa de concretização dos objectivos é bloqueada. Portanto, segundo esta linha de pensamento, a ausência de agressão traduziria ausência de frustração. Mais tarde, Berkowitz (1965) propôs que a frustração estimula emoções como a ira intensa e esta, por sua vez, seria responsável pelo comportamento agressivo. Porém, Buss (1961) referiu que a frustração pode não conduzir à agressão, mas sim a outros comportamentos, e que os insultos e ameaças à auto-estima, ataques por outros e dor podem também provocar agressão. Estas teorias envolvem associações com a mente humana e seus construtos (Mason & Chandley, 1999), associações que nos conduzem, portanto, às abordagens cognitivistas.

### **Sócio-cognitivas**

Nas perspectivas sócio-cognitivas destaca-se o papel da compreensão na conduta e no pensamento interpessoal (Gleitman *et al.*, 2003). Esta concepção valoriza os pensamentos e as estruturas intrapsíquicas da pessoa na avaliação de algo em resposta à realidade exterior e, também considera que o desenvolvimento social depende do desenvolvimento cognitivo (*Idem*). Nesta linha de pensamento, poder-se-á entender que a resposta agressiva da pessoa a uma situação social depende da forma como ela a concebe, pressupondo a valorização do processo de socialização nesta concepção.

No sentido da compreensão do comportamento de agressão, alguns estudos em torno das emoções, especialmente as emoções diferenciadas (por exemplo a ira) têm proporcionado algumas contribuições. Por exemplo, a ira emoção pode ser determinada cognitivamente pela avaliação do comportamento, implicando desse modo um processo de valorização de acontecimentos de natureza social (Lazarus, 1991). Há quem considere que a ira, entre as diferentes funções que desempenha, estabelece um papel importante como reforçadora, organizadora e como um sinal social (Lemerise & Dodge, 1993) e, neste sentido, também se pode entendê-la como um mecanismo importante da socialização da pessoa.

Averill<sup>7</sup> (1982) entende a ira como uma emoção simbólica conflituosa. Embora se pense ter uma base biológica (também relacionada com os sistemas agressivos), também dependerá das avaliações formuladas pela pessoa, ou seja, em termos práticos, a pessoa pode zangar-se caso as regras sejam desrespeitadas. Desse modo, a ira surge como correcção de um erro percebido, podendo a pessoa responder com comportamento de agressão. Os modelos-padrão seguidos pela pessoa, para além de outros aspectos, também constituem um factor a considerar, em virtude da complexidade que envolve os comportamentos em análise. Efectivamente, esta não corresponde a uma visão simplista, pelo contrário, Averill concebe a ira como um comportamento complexo, envolvendo normalmente conflitos.

Neste contexto, os resultados de alguns estudos sugerem a ira como uma reacção ao stress que produz disfunções mentais, físicas e sociais (Averill, 1982, Novaco, 1978). Esta associação stress – ira será mais adiante desenvolvida.

### **Sociológicas**

As perspectivas sociológicas<sup>8</sup> defendem que a violência e a agressão podem ser entendidas apenas no contexto social onde se inserem (Mason & Chandley, 1999). Neste sentido, numerosos estudos indicam diferentes variações nas estruturas sociais que poderão influenciar a agressão. Por exemplo, Wolfgang & Ferracutti (1967) sugeriram que a subcultura da violência baseada na identidade do género masculino é também responsável pela agressão na sociedade. A imagem de «macho», envolvendo os valores de excitação, status, honra e resistência produziria a base da agressão.

Uma visão antropológica da agressão apresentada por Becker (1961) sugere que a mesma poderia ser entendida como uma tentativa falhada na aprendizagem de auto-afirmação, de autovalorização e na aquisição do poder socialmente reconhecido. Uma outra interpretação, descrita por Mason & Chandley (1999), refere-se ao uso do poder

---

<sup>7</sup> Construtivista Social.

<sup>8</sup> Sociólogos, Psicólogos Sociais e Antropólogos.

coercivo pelas pessoas que sentem necessidade de manter o seu status, auto-imagem e autoridade, representando assim a agressão um modo de informação no sentido de manter a divisão da classe social. Assim, esta perspectiva interpreta a agressão no contexto social como constituinte das normas culturais.

Tendo em conta as diversas abordagens teóricas, a agressão revela-se como um fenómeno complexo. A abordagem etológica evidencia a necessidade de agressão dentro da espécie humana. As abordagens psicológicas indicam que a espécie humana desenvolve mecanismos de controlo da agressão e, ainda, as perspectivas comportamental e biológica mostram que as variações genéticas e ambientais dentro da espécie humana proporcionam suficiente variação interpessoal para que a agressão se perpetue como uma força positiva ou negativa em contextos “normais”.

Como vimos, as abordagens acima mencionadas referem-se à agressão como um fenómeno normal. Todavia, embora existam várias abordagens teóricas, é consensual que a violência se encontra relacionada com múltiplos factores e que pode assumir múltiplos significados e numerosas interpretações, ainda se mantêm muitas incertezas, nomeadamente quanto à forma de lidar com as situações de violência.

## **1.2 – A violência/agressão como um construto multidimensional**

A agressão humana é entendida como uma conduta de ataque contra algo ou contra alguém (Jonhson, 1979) que causa dano ou prejuízo. Buss (1961) considera que o prejuízo ou o sofrimento que os comportamentos provocam nas vítimas a que se destinam constitui um atributo fundamental na caracterização dos comportamentos agressivos. A intenção hostil do agente é também outro elemento essencial na definição de agressão, segundo Fonseca (1983), devendo surgir ao lado das consequências nocivas.

Buss & Perry (1992), no seu estudo “*The aggression questionnaire*” referem três componentes da agressão: 1) a componente psicomotora, que integra a agressão instrumental, ou seja, a agressão verbal e a agressão física, envolvendo ambos comportamentos com intenção de magoar ou provocar danos aos outros; 2) a componente afectiva que se refere à ira, envolvendo o despertar fisiológico e preparação para a agressão e 3) a componente cognitiva, a hostilidade, que consiste nos sentimentos da pessoa relativos à sua insegurança pessoal, à desconfiança dos outros e inveja. Os mesmos autores verificaram a existência de relação entre as várias componentes. Por exemplo, a agressão física e a agressão verbal relacionam-se frequentemente porque representam o comportamento instrumental. Este, por sua vez relaciona-se muito

fragilmente com a componente cognitiva, a hostilidade. A ira está fortemente relacionada com todas (agressão instrumental e a agressão cognitiva). Neste sentido, consideram que as pessoas com ira são mais facilmente agressivas.

Conceptualmente, a experiência interna (*inner experience*) é considerada uma componente na avaliação de agressão, destacando-se a experiência da emoção ira com intenção de ofender ou prejudicar alguém ou algo no mesmo sentido (Palmstierna, 1992). Spielberger *et al.* (1983), com uma visão cognitiva, refere a agressão hostil quando motivada pela ira.

A duração da agressão pode considerar-se outro aspecto conceptualmente relevante. Este inclui a ocorrência mais ou menos prolongada das ameaças e da hostilidade (Koskenvuo *et al.*, 1988; Spielberger *et al.*, 1985), da irritabilidade (Snaith & Taylor, 1985) e da ira (Spielberger *et al.*, 1985).

Ainda outra componente corresponde à avaliação feita em separado confrontando as perspectivas do agressor e da vítima com a de um observador independente, visto que a agressão em muitas situações é um comportamento influenciado pela interação com a vítima.

Assim, o conceito de agressão inclui três dimensões, uma relativa à experiência interna (*inner experience*) *versus* comportamento externo (*outward behaviour*); outra relativa aos períodos de agressão *versus* fenómeno episódico e outra ainda relativa às percepções do agressor da vítima e do observador.

## 2 – PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS GRAVES E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DA PESSOA ADULTA

Para uma melhor compreensão do fenómeno da agressão e violência no contexto psiquiátrico, é importante perceber de que modo as perturbações psiquiátricas, especialmente as graves, interferem na vida da pessoa adulta – da idade inicial à idade intermédia – ao nível do seu desenvolvimento psicossocial, especialmente na expressão das emoções, dado que estas se relacionam intimamente com os comportamentos em estudo.

### 2.1 – Desenvolvimento psicossocial do adulto

A perspectiva de desenvolvimento<sup>9</sup> psicossocial abrange especificamente os estádios<sup>10</sup>, desde o nascimento até à morte, sendo a sua formação baseada em influências sociais que interactivam com a pessoa que está em contínuo desenvolvimento (Hall *et al.*, 2000).

De acordo com Erikson (1975) existe um ajustamento recíproco entre o indivíduo e o ambiente. No seguimento desta ideia, Kozier *et al.* (1993) referem que o desenvolvimento psicossocial do indivíduo inclui, como seus constituintes, aspectos que caracterizam a personalidade, o temperamento, os sentimentos, o carácter, os traços, a independência, a auto-estima, o autoconceito, o comportamento e as capacidades de se relacionar com os outros e de se adaptar às mudanças.

Sabe-se que existem numerosas tendências teóricas que explicam o desenvolvimento da personalidade e alguns factores causais que podem estar na origem de determinados comportamentos.

Entre os diferentes pontos de vista que permitem compreender o desenvolvimento psicossocial do adulto (por exemplo: de Freud, de Erikson, de Peck, de Gould), a perspectiva psicossocial de Erikson (1980), através do estudo do desenvolvimento da identidade, fornece alguns elementos que poderão ajudar a perceber melhor a pessoa

---

<sup>9</sup> Entendido como um processo dinâmico que se refere ao aspecto comportamental do indivíduo envolvendo naturalmente o aumento da complexidade de funcionamento e a progressão (Kozier *et al.*, 1993).

<sup>10</sup>Noção que foi utilizada inicialmente por dois psicólogos, primeiro por W. Preyer e, de seguida por J.M. Baldwin: Foram os primeiros a considerar sistematicamente o desenvolvimento da criança como passando por várias fases. Está ligada a transformações qualitativas que se podem verificar no pensamento ou no comportamento humano (Doron & Parot, 2001).



em fase adulta, no sentido de favorecer a compreensão da sua capacidade e experiência para funcionar e, ainda, de possibilitar a compreensão de determinados comportamentos em situação de fragilidade ou de perturbação do equilíbrio no contínuo saúde – doença mental e psiquiátrica.

Não se pode esquecer que ocorrem determinados marcos de outra natureza, como os de origem biológica (por exemplo a menopausa), e que são influentes de forma complexa num conjunto de condições que poderão ser importantes no desenvolvimento do adulto, sendo o período de adultez um momento que se deve tentar compreender com base no passado da pessoa e nos respectivos projectos.

Marchand (2005) menciona que a vida adulta é marcada pelo desempenho de diferentes papéis que implicam uma diversidade de tarefas, como sejam as de âmbito familiar, profissional, social, político – algumas complexas e deficientemente estruturadas, com fortes influências no desenvolvimento do Eu e na dimensão cognitiva dos sujeitos.

Um outro aspecto a considerar é que o estágio do adulto prevê diferentes critérios: o critério legal que contempla a possibilidade de a pessoa votar a partir dos 18 anos; o critério da independência económica, que é variável, visto que a idade legalmente definida para iniciação no mercado do trabalho é aos 16 anos, tendo em contrapartida, o caso de pessoas adultas a depender economicamente dos seus familiares, especialmente durante o processo da sua formação profissional. Constitui igualmente um critério variável a emancipação da família e a construção de vida própria, visto que existem alguns adolescentes que saem de casa por problemas relacionais, no entanto o fenómeno que tende a ser mais comum é o de permanecerem junto dos familiares até uma idade mais tardia, trinta ou mais anos, por razões de diversa natureza, como sejam: o elevado custo de vida, a falta de emprego, os problemas relacionados com o abuso de drogas, entre outras (Kozier *et al.*, 1993).

O desenvolvimento psicossocial do adulto incorpora a maturidade, ou seja, quando uma função psicológica se encontra actualizada (Doran & Parot, 2001), o que se traduz como um estado de máxima função e integração, isto é, o estado em que a pessoa se encontra globalmente desenvolvida. A pessoa<sup>11</sup> segue os seus princípios, sendo a sua conduta norteadada pela sua filosofia de vida. O adulto com maturidade será capaz de enfrentar os desafios e terá capacidade para fazer uso das suas estratégias e recursos pessoais para enfrentar os problemas na vida. Kozier *et al.* (1993) caracterizam as pessoas com maturidade como sendo pessoas tolerantes, flexíveis, reflexivas, responsáveis, que se adaptam às mudanças, utilizam estratégias eficazes na resolução dos problemas e incluem os outros nos seus planos de vida.

---

<sup>11</sup> Noção contemporânea. Como uma individualidade moral, física e jurídica, associada a uma consciência de si e de outrem (Doron & Parrot, 2001).

Sabe-se que no estágio de adulto se incluem os indivíduos desde o final da adolescência: o adulto jovem, o adulto de meia-idade, o adulto ancião, até à morte (Kozier *et al.*, 1993), sendo considerado por Marchand (2005) o período de vida mais longo de todos.

Erikson (1980), convicto de que a pessoa se desenvolve ao longo de toda a sua vida, baseando-se esse desenvolvimento na interacção entre indivíduo e suas exigências sociais, apresentou numa perspectiva psicossocial oito diferentes estádios de desenvolvimento ao longo de todo ciclo de vida da pessoa, também conhecidas por *As oito idades do Homem* (Quadro I). Concebe a vida da pessoa como sendo uma sequência de níveis de realização. À medida que a pessoa se desenvolve, ela vai se sentindo cada vez mais confrontada com novas exigências de complexidade superior, pelo que se vai proporcionando a sua adaptação. Esta será favorável a uma aprendizagem, caso a realização das tarefas seja bem sucedida em diferentes níveis de qualificação. Na sua perspectiva, as tarefas podem considerar-se como uma série de crises que a pessoa enfrenta ao longo do seu desenvolvimento.

O mesmo autor considera que todos os seres humanos vivem crises ao longo do seu ciclo vital. A ideia central da sua teoria é a emergência progressiva do sentido de *identidade*. Para que a pessoa consiga desenvolver a sua identidade, ela deve ser capaz de resolver com sucesso as oito *crises* ou *situações dilemáticas*. Traduz uma sequência que reflecte um conceito dinâmico psicossocial, que designa todos os estádios de desenvolvimento humano, cada um decorrente do que o precede e determinante do seguinte, numa interacção global e permanente com o meio, uma caracterização semelhante a uma epigénese<sup>12</sup>.

Os primeiros quatro estádios psicossociais são desenvolvidos ao longo da infância e os três últimos nos períodos de adulto e idoso. O período de transição para o adulto – o da adolescência – é o mais destacado pela sua importância para a personalidade adulta, com o reconhecimento do eixo *Identidade* e o desenvolvimento de conceitos, como *crises de identidade* e *confusão de identidade* (Hall *et al.*, 2000). Em cada estágio de desenvolvimento surge uma confrontação crítica entre o Eu que o indivíduo foi capaz de atingir e as exigências colocadas pelo contexto social e pessoal. Inclui duas possibilidades de resolver cada crise: uma que se enquadra numa perspectiva mais apropriada a um desenvolvimento psicossocial mais favorável e outra que, pelo contrário, segue uma perspectiva menos apropriada. Estas possibilidades são entendidas por Marchand (2005)

---

<sup>12</sup> Seguindo o ponto de vista comportamental compreende a embriogénese e a etogénese, conceito dinâmico que designa todas as fases de desenvolvimento, cujos ritmos endógenos se regulam pelo meio ambiente (Doron & Parot, 2001).

como dimensões que traduzem um *continuum* que vai da perspectiva mais positiva à menos positiva.

Quadro I – As oito idades do Homem, segundo Erikson (Marchand, 2005, p. 29)

Idade aproximada	Crise psicossocial do estágio	Tarefa desenvolvimentista do estágio
0–1 Ano	I – Confiança básica <i>versus</i> desconfiança básica	O bebé forma a primeira relação, baseada no amor e confiança com a mãe ou seu substituto. Se tal não acontecer, pode desenvolver um sentido persistente de desconfiança.
1–3 Anos	II – Autonomia <i>versus</i> vergonha e dúvida	As energias da criança orientam-se para o desenvolvimento e controlo de capacidades físicas (andar, gatinhar, controlo dos esfíncteres) que lhes proporcionam um crescente sentimento de autonomia. Se não o fizer adequadamente, pode desenvolver o sentimento de vergonha.
3–5 Anos	III – Iniciativa <i>versus</i> culpa	A criança torna-se mais assertiva, toma mais iniciativa, podendo porém tornar-se muito agressiva com os outros, ou com os objectos, e desenvolver um sentimento de culpa.
6–13 Anos	IV – Competência <i>versus</i> inferioridade	A criança desenvolve competências sociais, físicas e escolares. Caso isto não aconteça, a criança poderá desenvolver um sentimento de inferioridade.
13–18 Anos	V – Identidade <i>versus</i> confusão de papéis	Corresponde à fase de transição da infância para a idade adulta. O adolescente desenvolve a sua tarefa central, que é a construção de um sentido de identidade (o que sou eu e o que pretendo ser?) em diversas áreas, incluindo: profissão, papéis sexuais, política e religião; caso contrário, pode desenvolver um sentimento de difusão e de confusão do Eu.
18–35 Anos	VI - Intimidade <i>versus</i> isolamento	O jovem adulto deve ser capaz de integrar o seu Eu no Nós, criando uma relação de intimidade com o outro (laços íntimos de amor e amizade), caso contrário, desenvolverá um sentimento de isolamento.
35–65 Anos	VII – Generatividade <i>versus</i> estagnação	O adulto jovem ou de meia-idade deve encontrar formas de satisfazer a necessidade de generatividade, i.e. de ajudar a nova geração, de se dedicar aos outros. Não o fazendo, corre o risco de desenvolver um sentimento de estagnação.
65+ Anos	Integridade do Eu <i>versus</i> desespero	Caso as crises precedentes tenham sido resolvidas adequadamente, a pessoa vivencia a integridade do EU; caso contrário, pode desenvolver desespero.

Em versão actualizada, Hall *et al.* (2000) apresentam a sequência dos estádios psicossociais descritos por Erikson, em que se verifica o destaque que este mesmo autor atribui a cada um dos oito estádios, ou seja, as virtudes que ocorrem ao longo do desenvolvimento, as quais são consideradas molas *accionantes*. Especificando as virtudes em cada um dos oito estádios, considera-se que:

No 1º Estádio – período de bebé –, realça-se a virtude *Esperança*, a qual é baseada na confiança *versus* desconfiança básicas, considerada como um princípio essencial para o desenvolvimento humano.

No 2º Estádio – período de infância inicial –, destaca-se a virtude *Vontade*, baseada na autonomia *versus* vergonha e dúvida, correspondente à força crescente essencial à realização de escolhas livres, tais como a de decidir e a de exercer concentração. Este período é considerado pelo mesmo autor um tempo que favorece a origem do preconceito intra humano, o que, segundo ele, corresponde à «*ritualização judiciosa*» na infância, transformando-se em «ritual judicial». Mais tarde, em idade adulta, este ritual pode corresponder a um julgamento no tribunal e sustentar procedimentos que clarificam as atribuições de culpa ou inocência.

No 3º Estádio – período da idade de brincar –, enfatiza-se a virtude *Propósito*, que é baseada na iniciativa *versus* culpa, sendo esta considerada pelo autor como um perigo do referido estágio de desenvolvimento, pois parece que a criança pode correr o risco de ser obcecada por busca de metas, o que poderá possibilitar o uso de meios agressivos e manipulativos para as atingir. O *propósito* traduz-se pelo resultado das brincadeiras da criança, como sejam as suas explorações, tentativas e fracassos, e as experiências com os seus brinquedos. Neste período, a criança, para além dos jogos físicos, faz jogos mentais, mimetizando papéis dos pais e outros adultos, em jogos do faz de conta. Pode dizer-se que o *propósito*, do ponto de vista de Erikson, significa a busca encorajada de metas que são valorizadas, não inibidas através da derrota das fantasias infantis, pela culpa e medo da punição.

No 4º Estádio – idade escolar –, realça-se a virtude *Competência*, baseada na diligência *versus* inferioridade. Neste período, a criança dedica-se à educação formal e aos seus interesses por brinquedos e brincar, os quais são progressivamente transformados em interesses por situações produtivas e por instrumentos de trabalho. Neste estágio, emerge a virtude *Competência* alicerçada na integração das faculdades referidas para cada um dos estádios anteriores. Representa, por conseguinte, a conquista de aprendizagens técnicas alicerçadas nos saberes que, para além de se realizarem em tarefas que são acabadas, proporcionam as habilidades. Segundo Erikson, este estágio corresponde ao período da «ritualização formal»; a criança aprende a desenvolver as tarefas de modo organizado e dessa forma ela desenvolve o senso global de qualidade através da habilidade e perfeição. Na idade adulta, pode surgir o «ritualismo distorcido» que se traduz por «formalismo», ou seja as formalidades repetem-se esvaziadas de significados através de rituais estéreis.

No 5º Estádio – período da adolescência –, enfatiza-se a *Fidelidade*, que é ancorada na construção de identidade *versus* confusão de identidade. É neste estágio

que a pessoa toma consciência das suas características individuais, da sua ligação ao que o rodeia, da selecção de desejos e gostos, do reencontro com a sua função real e da elaboração de projectos futuros. O Ego<sup>13</sup>, neste estágio, funciona como catalizador da identidade pessoal, tanto nos aspectos conscientes como nos inconscientes. Tem a capacidade de filtrar e integrar talentos, aptidões e habilidades no processo de identificação de modelos de personalidade e na adaptação ao ambiente social; para além de ser capaz de manter as suas defesas contra as ameaças, constituindo todas estas características, de modo integrado, a base da construção da própria identidade psicossocial da pessoa (Hall *et al.*, 2000). Este estágio representa para o adolescente uma crise de identidade<sup>14</sup>, em virtude da confusão de papéis ou da confusão da identidade, o que poderá se traduzir na vivência de sofrimento, por se sentir isolado, ansioso e indeciso. Neste período, o adolescente desenvolve a virtude da *Fidelidade*<sup>15</sup>, ou seja, um conjunto de valores de auto-referência, apoiado na busca de um conhecimento interno e entendimento de si mesmo.

No 6º Estádio – período da idade adulta jovem –, realça-se o *Amor*, apoiado no desenvolvimento da intimidade *versus* isolamento. Tendo por base o esquema anteriormente apresentado (Quadro 1), a principal tarefa do jovem adulto é a de *estabelecer laços íntimos de amor e amizade*. O mesmo é dizer que um indivíduo saudável necessita de adquirir capacidade para a proximidade e intimidade através do amor; caso contrário, poderá sofrer de um sentimento de isolamento, que, segundo Gleitman *et al.* (2003), apenas permite relações interpessoais superficiais.

Os adultos vêm-se confrontados com numerosas experiências e mudanças de estilos de vida. Tomam decisões que poderão comprometer o seu futuro, tais como as que se referem à educação e formação profissional, ao casamento, à procriação e outras. Estas decisões envolvem o alargamento de responsabilidades sociais e de novas

---

<sup>13</sup> É o que distingue a unicidade da pessoa; constrói-se ao longo da experiência subjectiva (consciência de si). O conceito teve origem no séc. XIX com a contribuição de Ribot, Janet e Freud (citados por Doron & Parot, 2001), no âmbito da psicopatologia. Desde a sua concepção, considerado como uma instância inserida no seio da personalidade, tendo como principais funções a adaptação ao real e a manutenção da coerência interna.

Entendido primeiro como uma estrutura defensiva (e caracterizada por Erikson como um conceito reducionista), evoluiu no sentido de incluir as funções adaptativas e integrativas, com a contribuição de Hartmann *et al.* (1958 e 1964, citados por Hall *et al.*, 2000). Este autor considera que a perspectiva de Erikson, fora do âmbito psicanalítico, dotou o ego de várias qualidades, que correspondem às características mais enfatizadas de cada um dos estádios ao longo do desenvolvimento humano. Uma concepção mais alargada, muito socializada e histórica, para além de considerar os factores biológicos, também considera os factores histórico-culturais que contribuem para a natureza do ego do indivíduo.

<sup>14</sup> Acontece pela necessidade de resolver o fracasso transitório em formar uma identidade estável ou por uma confusão de papéis (Hall *et al.*, 2000).

<sup>15</sup> “Capacidade de manter lealdades livremente empenhadas, apesar das inevitáveis contradições dos sistemas de valor” (Hall *et al.*, 2000, p.173).

amizades, a aceitação de participação em actividades na comunidade de inserção ou outras (Kozier *et al.*, 1993).

Conforme Couvrer (2001, p. 20), “A necessidade de amor é a nossa necessidade de relações sociais, isto é, das relações com os outros, de pertença a um grupo, de amar e de ser amado nesse mesmo grupo”.

No 7º Estádio – período da idade adulta –, realça-se o *Cuidado*<sup>16</sup>, apoiado no desenvolvimento da generatividade *versus* estagnação. Neste estágio, considera-se que a tarefa a distinguir no desenvolvimento é o sentido de criatividade pessoal com implicação transpessoal, isto é, criatividade que se estende para além de si próprio. Sentido esse que se traduz pelo interesse que a pessoa tem pelos outros, pelo seu trabalho e pela comunidade a que pertence (Gleitman *et al.*, 2003).

Kozier *et al.* (1993), seguindo os comentários relativos à perspectiva de Erikson, consideram ser este um período de estabilidade para a pessoa e de consolidação dos seus projectos, podendo de forma mais disponível dedicar-se também aos outros. A crise psicossocial que poderá ocorrer neste período, segundo Erikson, é a produtividade *versus* estagnação. Ou seja, o adulto neste período poderá revelar o seu interesse em orientar a nova geração, proporcionando o seu bem-estar e o dos outros. Supostamente, apresenta-se mais altruísta, com a possibilidade de hierarquizar determinados valores de modo diferente de até então. Por exemplo, os conceitos de trabalho, amor e compaixão poderão ser mais valorizados, traduzindo, com efeito, uma implicação mais activa da pessoa em áreas sociais, comunitárias e outras, associada à sua disponibilidade e criatividade. Também pode acontecer o contrário, que é resultante de uma não implicação da pessoa por dificuldades em ampliar os seus interesses, as suas responsabilidades, podendo surgir como consequência a inactividade e o isolamento.

No 8º Estádio – período da velhice –, realça-se a *Sabedoria*, apoiada no desenvolvimento da integridade *versus* desespero. Este período representa uma condição que a pessoa atinge baseado em realizações, como o ter cuidado de pessoas, coisas, animais; também de ter produzido ideias e ainda de se ter adaptado aos sucessos e fracassos ao longo da sua existência. A virtude *Sabedoria* faz-se representar pelo encontro da integridade e do desespero vivido neste período da vida.

Para além de ter sido considerada uma teoria inspiradora e impulsionadora de outras perspectivas teóricas, a teoria psicossocial de Erikson foi alvo de algumas críticas, entre elas, destacam-se as críticas elaboradas por Buss, pela observação dirigida ao seu posicionamento e abrangência. Este autor considera que se trata de uma teoria que

---

<sup>16</sup> Significa preocupação com os outros, interesse em cuidar das pessoas que necessitam de cuidados e desejar partilhar os conhecimentos e experiências (Hall *et al.*, 2000).

defende uma posição, perante as instituições em geral e em particular perante a família, muito ingénua e ambígua; e que não tem em consideração que a realidade social pode ser psicológica e/ou fisicamente repressiva, alienadora e/ou constrangedora (Buss, 1979, citado por Marchand, 2005).

Gleitman *et al.* (2003) dão um exemplo do efeito das condições sociais nas crises adultas, especificamente a crise inerente à transição para a terceira idade. Actualmente, “(...) os idosos não têm um papel familiar reconhecido. Em geral, vivem à parte, são efectivamente segregados do resto da sociedade, excluídos da força do trabalho, e perderam o seu papel de conselheiros respeitados (...)” (p. 847).

## 2.2 – Expressão das emoções na idade adulta

A necessidade de compreender as emoções e a sua influência nas interações pessoais que o adulto estabelece no seu dia-a-dia determinou a revisão sobre a expressão das emoções na idade adulta. Neste sentido, considerou-se importante rever alguns aspectos teóricos sobre as emoções, para se perceber a sua função no processo de desenvolvimento da relação interpessoal.

### ***À procura de contribuições para a compreensão das emoções***

O termo «expressão» indica algo interior que é exteriorizado, «expresso», como, por exemplo, as emoções. Expressão de emoções é algo que é aprendido e padronizado conforme a estrutura específica de um sistema cultural particular (Oatley & Jenkins, 2002). Doron & Parot (2001) referem-se à emoção como sendo um estado particular de um organismo que acontece em determinadas condições, fazendo-se acompanhar de uma experiência subjectiva e de manifestações somáticas e viscerais. Um estado interno que actua sobre o comportamento e que é caracterizado por ter uma função informativa, cuja influência poderá, conseqüentemente, interferir nas prioridades de processamento da informação (Wells, 2003). É também conhecida a sua função de adaptação ao meio ambiente (Levenson, 1994).

Não esquecendo os fundadores das abordagens originais sobre as emoções (Charles Darwin<sup>17</sup> – abordagem biológica; William James<sup>18</sup> – abordagem corporal;

---

<sup>17</sup> Iniciou observações sobre emoções em 1838. Com base no seu pensamento evolucionário, pensava que as emoções eram partes viscerais do corpo, mecanismos semelhantes a reflexos (Oatley & Jenkins, 2002).

<sup>18</sup> Considerava as emoções como respostas corporais face aos estímulos percebidos pela pessoa, podendo ser agradáveis ou desagradáveis (Oatley & Jenkins, 2002).

Sigmund Freud<sup>19</sup> – abordagem psicoterapêutica; Aristóteles<sup>20</sup> – abordagem conceptual; René Descartes e Baruch Espinhosa – abordagens filosóficas<sup>21</sup>; George Eliot<sup>22</sup> – abordagem literária), que contribuíram para o actual desenvolvimento científico da Psicologia das Emoções (Oatley & Jenkins, 2002); actualmente, dispomos de diversas perspectivas teóricas que possibilitam a sua compreensão, representadas em disciplinas científicas, tais como: a psicologia, a sociologia, a antropologia, a medicina e a neurofisiologia. Seguindo a recomendação dos mesmos autores, é necessário atender à sua natureza multidisciplinar para melhor entendimento das mesmas.

As perspectivas teóricas acerca da emoção tentam relacionar a expressão e experiência das emoções tendo por base observações da expressão de emoções em animais e nos humanos (Oatley & Jenkins, 2002). Desde o século XIX, que Darwin e Freud já consideravam o papel do encéfalo na expressão das emoções (Gleitman *et al.*, 2003).

William James e Carl Lange entendiam que a experiência da emoção surge em resposta a alterações fisiológicas orgânicas, ou seja, os sistemas sensoriais transmitem a informação ao encéfalo e este, por sua vez, responde revelando sinais, como é o caso de alterações do *tónus* muscular e da frequência cardíaca. Supunham que a emoção correspondia às alterações fisiológicas, o que representava o oposto do conceito actualmente mais aceite de emoção, em que se considera que a emoção é resposta a uma situação, surgindo em consequência as alterações ou os sinais orgânicos (Oatley & Jenkins, 2002).

Nos anos 20 do século passado, na Suíça, através do trabalho conduzido por Hess<sup>23</sup>, – uma experiência com gatos baseada na sua estimulação com eléctrodos na região *hipotalâmica* –, foi possível a verificação de alguns efeitos comportamentais nos animais, tais como: “o batimento cardíaco acelerava, o gato ficava alerta e desperto e se a estimulação fosse continuada, o gato ficava zangado, atacando inclusivamente com ferocidade objectos do seu meio ambiente” (Oatley & Jenkins, 2002, p. 46). Hess caracterizou aquele conjunto de respostas de luta ou fuga como a *reação de defesa afectiva*.

---

<sup>19</sup> Tentou demonstrar a complexidade das emoções, com referência aos seus significados que poderiam ser traduzidos quando partilhados e reflectidos na relação interpessoal (Oatley & Jenkins, 2002).

<sup>20</sup> Viveu de 384 a 322 a.C., possibilitou alguns elementos para a fundação da psicologia das emoções. Considerava que as emoções se associavam às crenças da pessoa e influenciavam a irracionalidade na interpretação dos factos sociais (Oatley & Jenkins, 2002).

<sup>21</sup> O entendimento das emoções como o espelho do que é valorizado pela pessoa (Oatley & Jenkins, 2002).

<sup>22</sup> Reflecte de algum modo a funcionalidade das emoções na vida das pessoas, por exemplo, considera que as emoções podem agir como uma espécie de bússola (Oatley & Jenkins, 2002).

<sup>23</sup> Prémio Nobel da Medicina e da Fisiologia.



Tais resultados permitiram a descoberta de regiões cerebrais ligadas às emoções – hipotálamo e sistema límbico – por MacLean em 1952 (Doron & Parot, 2001).

Mais tarde, Arnold & Gasson em 1954 apresentaram numa perspectiva psicológica uma nova forma de pensamento sobre as emoções. Consideraram que as mesmas são essencialmente relacionais e baseiam-se na avaliação de um evento; os resultados dessa avaliação seriam emoções positivas ou negativas. Por exemplo, o medo é considerado uma emoção de contenção face à avaliação de um objecto inadequado. Nos finais da década de 70 e princípios da década de 80, Isen e Bower observaram que as emoções podem produzir efeitos sobre a memória, na interacção pessoal e na interpretação (citados por Oatley & Jenkins, 2002).

*As emoções são a vida da alma, a fonte da maioria dos nossos valores*<sup>24</sup> é uma expressão que traduz a importância cultural das emoções. Nesta perspectiva, Oatley & Jenkins (2002) apontam alguns aspectos que se distinguem consoante as culturas, inerentes aos significados das emoções. Por exemplo, a emoção ira, na sociedade ocidental é frequentemente entendida como uma emoção de independência e de auto-afirmação, enquanto que na sociedade oriental, no Japão, por exemplo, pode ser entendida como inapropriada nos relacionamentos interpessoais. No ocidente, as emoções são consideradas involuntárias – excepto o medo – valorizando-se por esse motivo a sua exteriorização. Numa visão antropológica, Lutz em 1988, no retrato que fez dos Ifaluk<sup>25</sup> com o objectivo de compreender a sua vida emocional, descobriu que existiam determinadas regras a cumprir na sua vida emocional; por exemplo, perante uma situação que possa perturbar o funcionamento social, expressar-se de *song* (zangado) é um dever social naquele tipo de situação. Neste caso, como o mesmo autor refere, as emoções são mediadoras das relações sociais.

Entre os vários pontos de vista teóricos que têm defendido aceções distintas sobre emoções, – o *evolucionista* que sublinha o carácter adaptativo das emoções e a sua função de sinal, o *cognitivo* que valoriza a forma como a informação é tratada e como os planos de acção são elaborados e aplicados, o *fisiológico* que realça as relações possíveis entre a emoção enquanto estado mental ou cognitivo e a sua expressão somática ou visceral –, outras posições vão surgindo que as combinam. A título de exemplo, tem-se a perspectiva de Cannon (citado por Doron & Parot, 2001), que considera que a componente cognitiva da emoção precede a componente fisiológica. Não sendo esta visão totalmente integradora, de algum modo corresponde a uma síntese daquelas concepções, compreendendo-se a emoção como o resultado de uma interacção entre dois componentes, uma *activação* não específica, precipitada num determinado contexto

---

<sup>24</sup> Solomon (1977, p.14, citado por Oatley & Jenkins, 2002).

<sup>25</sup> Nome do povo que habita uma pequena ilha no pacífico.

envolvendo a atribuição feita pelo indivíduo<sup>26</sup>, conseqüente à *excitação* do sistema simpático (*Idem*, p. 270).

Quando se fala em emoções, tem-se a noção de que se trata de um domínio do conhecimento complexo, visto que não basta perceber o que as mesmas poderão significar, mas também perceber como se processa a capacidade do indivíduo as expressar. Sabe-se, contudo, que dependem de complexas interações entre os factores genéticos e os factores de desenvolvimento, especialmente no decurso da primeira infância (Doron & Parot, 2001).

Tem-se considerado dois tipos de emoções: as (emoções) *primárias ou básicas* e as (emoções) *secundárias*. As emoções *primárias*, por exemplo: nojo, medo e ira, felicidade e tristeza, são as que dependem directamente da estrutura e funcionamento cerebral (Damásio, 2003). Sendo versadas como forma de prontidão para a acção Frijda (1986). As emoções *secundárias*, por exemplo: euforia (variante da felicidade), melancolia e ansiedade (variantes da tristeza), pânico e timidez (variantes do medo), são aquelas que acontecem na sequência dos sentimentos e da composição de ligações sistemáticas entre categorias de objectos e situações (Damásio, 2003). As primárias sucedem das disposições inatas e as secundárias das disposições adquiridas sob influência das primeiras (*Idem*).

No dizer de Damásio (2003, p. 303) "(...) a emoção e os impulsos biológicos podem dar origem a irracionalidade em algumas circunstâncias (...)", o que torna interessante tentar perceber de que forma se processam as emoções na relação que a pessoa estabelece com o mundo exterior e sua função social. Neste caso, e tendo em conta que as emoções são encaradas como garante de autenticidade da pessoa (Oatley & Jekins, 2002), valoriza-se a sua expressão no contexto sócio-cultural e, conseqüentemente, o significado que lhes é atribuído.

### ***As emoções como mediadoras na relação interpessoal***

Desde o séc. XIX, com William James<sup>27</sup>, foi arquitectada a ideia de que as emoções podem ser descritas em termos de cor e temperatura (mais quente/mais frio) interpondo-se nas vivências com resultados agradáveis ou desagradáveis, favorecendo desse modo a convicção de que determinadas situações podem ser procuradas e outras evitadas, conforme o tipo de emoções que despoletam.

---

<sup>26</sup> Emoção = activação + atribuição (teoria *bicomparativa* das emoções de Beauvois, Corona & Parot, 2001).

<sup>27</sup> Através do seu manual "*The principles of Psychology*" (1890, citado por Oatley & Jekins, 2002), colocando a questão da abordagem corporal das emoções, sublinhou a ideia de que as emoções podem ser intensificadas e que dão cor e calor às vivências.

Já mais recentemente, Arnold & Gasson (1954, citado por Oatley & Jenkins, 2002) referiram-se à emoção como uma tendência de aproximação em relação a um objecto julgado adequado, ou de afastamento em relação a um objecto julgado inadequado.

Essa ideia é desenvolvida por Doron & Parot (2001, p. 271), quando descrevem que “(...)a emoção é um sinal homeostático fundamental, cujo papel geral ou específico depende das causas que lhes deram origem, e da significação que elas têm para o futuro do sujeito”. Na mesma direcção, Oatley & Jenkins (2002) sugerem que as emoções são originadas por mudanças que são percebidas pela pessoa no sucesso ou no fracasso de uma acção planeada.

Quanto à sua importância na socialização, os mesmos autores (p. 87) consideram que “(...) as emoções fornecem padrões de demarcação para determinados tipos de comportamentos, especialmente o comportamento social, que subjaz a adaptação humana ao mundo” e que “as bases destes padrões são transmitidas geneticamente” consideradas estruturas de orientação da vida social, especialmente na relação com os outros.

As emoções são principalmente causadas por eventos, embora se saiba que algumas ocorrem sem razão aparente. Quanto ao seu conteúdo, parece que a pessoa até que seja capaz de falar dos seus sentimentos (por volta do ano e meio de idade) apresenta baixa intencionalidade. A partir daí, começa a aprender a distinguir o que sente e o porquê. Na adolescência, a maior parte das emoções são completamente intencionais (Oatley & Jenkins, 2002). À medida que o indivíduo vai evoluindo, as emoções tornam-se mais específicas, mesmo aquelas que envolvem o desenvolvimento do sentido do eu, na sua relação com o próprio e com os outros. Na opinião destes autores, todas as emoções servem para comunicar intentos nas interacções.

Ao longo da vida, a pessoa vai aprendendo a estabelecer as suas interacções, baseando-se na regulação das suas emoções. Segundo Oatley & Jenkins (2002), no primeiro ano de vida, na relação mãe (ou outro significativo) – filho, expressão das emoções são comunicações importantes que se processam mutuamente, possibilitando à criança a oportunidade de alterar os seus comportamentos, tendo por base a interpretação dos seus significados, e conseqüentemente, influenciando-se na sua forma de se relacionar com o mundo. Segundo os autores, é durante o primeiro ano de vida que dirigem a expressão a pessoas específicas.

A partir dos 2 aos 3 anos as crianças apresentam um desenvolvimento favorável à compreensão das causas das emoções e da forma como elas podem ser controladas começando assim a construir as suas próprias *teorias implícitas* das emoções. Mais

tarde, em idade pré-escolar, em condições naturais são capazes de explicar as emoções das outras crianças, referenciando os seus desejos e as convicções.

Tronick (1989) sugere que as crianças ao expressarem emoções anunciam desejos que, por sua vez, poderão ser ou não concretizados e, conforme os resultados, poderão expressar diferentes emoções. Por exemplo, caso sintam que não foram concretizados os seus desejos elas experimentarão emoções desagradáveis (revolta ou a tristeza) com mais facilidade e mais frequência. Nesta linha de pensamento subjaz a valorização dos reforços sociais no processo de socialização das emoções. Neste domínio, o mesmo autor reforça os ingredientes carinho e afecto nos cuidados parentais que julga ser importantes na promoção de emoções agradáveis (alegria, prazer), certamente que têm um significado para a criança muito diferente da hostilidade e negligência.

Segundo o parecer de Kopp (1989), a regulação das emoções é um processo que se inicia com a oportunidade que o bebé tem de se sentir tranquilizado pela pessoa que cuida de si. Neste caso, a presença de pessoas que colaboraram no desenvolvimento do referido processo ajuda a manter o equilíbrio emocional da criança e do adulto.

Deste modo, as crianças, progressivamente, vão coordenando as suas emoções para que constituam verdadeiras fontes de informação e vão aprendendo a identificá-las e a integrá-las como base de construção das suas representações sociais (Oatley & Jenkins, 2002).

### ***A regulação das emoções por adultos***

Em situações comuns, os adultos, reconhecem as suas emoções, a expressão das mesmas e ainda o seu alcance em termos da sua influência ou repercussão no domínio das relações interpessoais. Por exemplo, quanto à expressão da ira, pressupõe-se que o adulto seja capaz da sua modulação, uma vez que consegue prever as consequências nefastas de um estado de fúria.

A expressão das emoções varia de indivíduo para indivíduo, na sua intensidade, frequência e duração, e depende do sistema de regulação das mesmas. Exemplificando, perante a não concretização de um objectivo, uma pessoa pode expressar a ira de modo intenso durante algum tempo, enquanto que uma outra pode mostrar-se ligeiramente zangada e de seguida esquecer o que sucedeu.

Frijda (1986) faz referência a alguns aspectos que interferem na manutenção do equilíbrio emocional relacionados com o funcionamento dos reguladores das emoções, destacando a avaliação do evento e do contexto, a supressão dos desejos e a selecção e o controlo de vários tipos de expressões e acções.

Na interacção com os outros, em contextos mais ou menos restritos ou íntimos, a pessoa adulta percebe quando e onde algumas emoções são apropriadas. Por exemplo, supõe-se que o adulto é capaz de distinguir os cenários em que pode expressar a ira de uma forma mais ou menos intensa e de prever as suas consequências mais ou menos problemáticas.

Mas os adultos apresentam diferenças individuais na expressão das emoções originadas especialmente nas experiências e na padronização genética do comportamento e das emoções, o chamado temperamento. Ou seja, a tendência genética em relação a uma ou a outra forma de expressar as suas emoções (Oatley & Jenkins, 2002). Normalmente, estes padrões emocionais são analisados em termos de características da personalidade.

Para além da influência genética sobre a expressão das emoções, a escassez de recursos afectivos e de conhecimentos podem também constituir factores que as influenciam, por vezes sem controlo racional, num mundo tão complexo em que as mesmas se inserem (*Idem*).

Um outro aspecto a ter em conta, é que as emoções são consideradas *forças motivacionais* que instigam determinados comportamentos e que ao longo da vida vão assumindo uma certa estabilidade, funcionando como protectores (Izard *et al.*, 1998). Por exemplo, o medo, a emoção do perigo antecipado, em qualquer idade, parece motivar comportamentos de protecção e de busca de segurança (Oatley & Jenkins, 2002). Por outro lado, a ira assenta em mecanismos com aspectos que são irracionais e destrutivos. Induzida, pode motivar respostas agressivas (Berkowitz, 1993). Neste sentido, a ira é considerada emoção de conflito interpessoal (Oatley & Jenkins, 2002).

Em suma, pode afirmar-se, na linha de Izard *et al.* (1998) que o ajustamento ou a adaptação do indivíduo à realidade depende das suas aptidões para compreender e regular as emoções.

### ***As emoções na cooperação e na competição interpessoal***

A expressão das emoções traduz uma componente essencial na compreensão da interacção humana, cujos alicerces são ancorados em “estados de alma” que reflectem dois pólos emocionais: o *estatuto* ou *afecto*, que diz respeito à cooperação e aceitação do outro, e o *poder* ou *agressão*, que se refere ao domínio e à competição no sentido de controlar o outro, independentemente do desejo da pessoa controlada (Oatley & Jenkins, 2002). O primeiro pólo está aliado às emoções da felicidade<sup>28</sup> (emoções de cooperação),

---

<sup>28</sup> Consideradas positivas ou agradáveis, resultam da avaliação de que os sub-objectivos têm probabilidades de serem alcançados, geralmente envolvem a abordagem/aproximação (Oatley & Jenkins, 2002).

assentes na partilha de afectos, amor e apoio e o segundo pólo está relacionado com as emoções de medo e de ansiedade (emoções de conflito<sup>29</sup>), baseadas na ira e desprezo.

Um outro aspecto interessante tem a ver com a relação entre regulação das emoções e o cuidar do outro. Neste contexto, Quinton, Ruttre & Liddle (1934, citados por Oatley & Jekins, 2002) verificaram que a disposição para cuidar do outro provinha das trocas afectivas bem sucedidas em qualquer fase de desenvolvimento humano. No caso da pessoa adulta, cuidar, é assim um elemento essencial do campo interpessoal, baseado na ligação afectiva que é capaz de estabelecer com os outros, dependendo da sua capacidade de amar e de ser amado, isto é, como Erickson sugere no seu modelo o *cuidado* é uma característica do adulto que, na ideia de Oatley & Jekins (2002), provém da evolução dos afectos cooperativos (carinho e amor na interacção), considerados chaves para a socialização.

### 2.3 – Expressão das emoções e perturbações psiquiátricas graves em adultos

Segundo Izard *et al.* (1998), as emoções predis põem a pessoa a pensar e a agir de determinada forma perante as situações de vida com que se confronta, funcionando, assim, como *forças motivacionais* e intrinsecamente adaptativas de modo a influenciar a percepção, o pensamento e a acção. Os mesmos autores consideram ainda que as emoções influenciam o desenvolvimento de personalidades ditas saudáveis, de competências sociais e da possível manifestação de sintomatologia psiquiátrica. Na tentativa de especificação de possíveis influências das emoções nos referidos processos, Epstein (1998) encara as emoções ira, medo e tristeza como emoções básicas que estão presentes em algumas perturbações psicopatológicas, por exemplo na ansiedade, na depressão, nos estados paranóides e outros. Na sua ideia, a ira é uma das emoções que se encontra na base das perturbações paranóides e da personalidade.

No quadro da compreensão das perturbações psiquiátricas graves, Izard *et al.* (1998) destacam a capacidade da pessoa em compreender e regular as emoções no seu ajustamento à realidade, a qual poderá favorecer o tratamento daquelas, por exemplo das psicoses<sup>30</sup>, uma vez que estas afectam o sentido que a pessoa tem da realidade,

---

<sup>29</sup> Consideradas negativas ou desagradáveis, emergem quando os objectivos têm menor probabilidade de serem alcançados e frequentemente motivam o afastamento (Oatley & Jekins, 2002).

<sup>30</sup> Termo introduzido em meados do século XIX pelo psiquiatra alemão Feuchterleben para substituir os termos: loucura e alienação mental, considerados pejorativos (Doron & Parot, 2001). Psicoses funcionais – esquizofrenia, psicoses afectivas, as perturbações do humor bipolares (Ruiloba, 2006).

acontecendo, normalmente, a perda do contacto com a realidade. Ruiloba (2006), nessa condição, considera que a pessoa se situa num mundo qualitativamente distinto.

As perturbações psiquiátricas graves e suas implicações na expressão de emoções da pessoa adulta referem-se a um domínio complexo de conhecimento, cujo enquadramento abrange originalmente as perturbações psiquiátricas. Neste contexto, optamos por aludir de modo abreviado às perturbações psiquiátricas em termos globais.

Ao longo dos tempos, foram surgindo diferentes termos para se designar as alterações de natureza psiquiátrica. Com a emergência da psiquiatria, a designação evoluiu de doença mental para perturbações mentais e comportamentais, mas, pese embora tenham surgido esforços no sentido de operacionalizar de modo mais consistente as múltiplas e diversificadas perturbações, nomeadamente com as nosologias estabelecidas pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais<sup>31</sup> e pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento<sup>32</sup>, os seus contornos ainda não estão total e claramente definidos.

Sem ignorar eventos históricos que contribuíram para a evolução das concepções das perturbações psiquiátricas designadas *perturbações mentais*, a opção foi-se inclinando para a definição proposta pela Associação Americana de Psiquiatria, actualmente a mais comumente aceite (Gleitman *et al.*, 2003), no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-R) (2006) onde

*(...) cada perturbação mental é conceptualizada como uma síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorre num sujeito e que estão associados com ansiedade actual (por exemplo, um sintoma doloroso) ou incapacidade (por exemplo, incapacidade em uma ou mais áreas importantes de funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma perda importante de liberdade (p. XXXI).*

Assim, como definição mais ampla, considera-se como perturbações psiquiátricas as condições em que a pessoa se mostra perturbada, incapacitada ou em risco de danos, independentemente da situação ser uma doença (Gleitman *et al.*, 2003). São classificadas como perturbações desde que as manifestações clínicas “(...) sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida” (OMS, 2001, p. 53).

Por sua vez, entende-se por manifestações clínicas também os sintomas e sinais específicos que, usualmente, cursam um trajecto natural com um certo nível de previsibilidade e que depende da ocorrência de intervenções (*Idem*). Neste contexto, são numerosas as perturbações que podem ser diagnosticadas por diferentes métodos (por

---

<sup>31</sup> DSM-IV-TR, American Psychiatric Association (2006)

<sup>32</sup> ICD-10, World Health Organization (1993)

exemplo: anamnese, exame mental, entrevista clínica entre outros) e após a identificação são enquadráveis em critérios especificadores que indicam a sua gravidade e curso previsível (DSM-IV-TR, 2006).

Acerca das perturbações psiquiátricas em adultos, recentemente, a OMS divulgou uma prevalência de 10%, calculando em 450 milhões de pessoas portadoras de perturbações depressivas unipolares e bipolares, esquizofrenia, perturbações relacionadas com abuso de substâncias, pânico (CGD, 2000) 33.

### ***A dimensão das perturbações psiquiátricas graves em adultos***

Perturbações psiquiátricas graves, consideradas perturbações persistentes e incapacitantes, são aquelas que numa situação aguda podem envolver mudanças duradouras no funcionamento da pessoa, tornando-a mais propensa a ter problemas para viver produtivamente na comunidade (Sundeen, 2001). Nestes casos, as pessoas em risco de suicídio ou potencialmente perigosas para terceiros devido à doença (por exemplo: perturbações esquizofrénicas e psicóticas, perturbações de humor, perturbações relacionadas com substâncias), em fase aguda necessitam ser sujeitas à hospitalização para cuidados psiquiátricos especializados de diagnóstico, terapêuticos e controlo (Harrisson *et al.*, 2002).

Na busca de dados epidemiológicos que possibilitassem uma distribuição de perturbações graves por toda a geografia mundial, a Organização Mundial de Saúde (2001) baseando-se em investigação transcultural divulgou algumas estimativas inerentes às perturbações responsáveis pelas principais causas de incapacidade (AVI)<sup>34</sup>. Estas estimativas são, todavia, consideradas como incertas uma vez que ainda existem limitações relativas aos instrumentos de auto-notificação para classificar as manifestações de forma comparável, mas podem servir como referência provisória. A título de exemplo, em África estima-se que as perturbações psiquiátricas graves respondem por cerca de 15% das AVI. As estimativas indicam que as perturbações graves são comuns, em relação aos sexos feminino e masculino, com excepção da depressão, que é mais frequente no sexo feminino, e das perturbações causadas pelo abuso de substâncias, que ocorrem mais frequentemente no sexo masculino, e transversais a todas as sociedades, tanto desenvolvidas como em vias de desenvolvimento.

Por sua vez, Stuart & Laraia (2002) referem que as perturbações psiquiátricas graves nos Estados Unidos afectam 2.8% da população adulta e respondem por 25% de todas as despesas públicas. O custo para os Estados Unidos foi estimado em 2.5% do

---

<sup>33</sup> Metodologia da Carga Global de Doenças (CGD) traduz uma forma de explicar a cronicidade das perturbações e a incapacidade por elas causada (OMS, 2001).

<sup>34</sup> AVI: Principais Causas de Incapacidade



Produto Nacional Bruto (Rice *et al.*, 1990, citados por OMS, 2001). Segundo a OMS (2001), em relação à economia global, as estimativas científicas ainda não são disponíveis para diferentes regiões do mundo, no entanto, no mesmo relatório são divulgados alguns estudos europeus que estimaram a proporção dos gastos neste domínio em relação aos custos de saúde. Como exemplo, tem-se o caso da Holanda, em que essa relação foi calculada em 23.2% (Meerding *et al.*, 1998) e do Reino Unido, em que os gastos com os doentes hospitalizados chegaram aos 22% (Patel & Knapp, 1998). Estima-se que 3 a 4% do PIB dos Estados Membros da União Europeia correspondem a custos económicos das perturbações psiquiátricas graves (Parlamento Europeu<sup>35</sup>, 2006).

Embora de forma sucinta, fica assim claro o grande impacte económico das perturbações psiquiátricas graves. Sabe-se também que o impacte na qualidade de vida das pessoas que são afectadas e seus familiares é negativo (OMS, 2001). Alguns estudos (e.g. *UK700 Group*, 1999, citado no relatório da OMS, 2001) indicam que a qualidade de vida das pessoas que sofrem de perturbações psiquiátricas graves, mesmo depois da sua recuperação, continua a ser baixa em virtude de factores psicossociais, nomeadamente da persistência do estigma<sup>36</sup> e da discriminação. Destacam igualmente que as pessoas com internamentos de longa duração em hospitais psiquiátricos têm uma qualidade de vida mais baixa do que os que vivem na comunidade. No estudo acima referido verificou-se que as necessidades sociais e de funcionamento básico sobressaem como os mais importantes preditores de baixa qualidade de vida entre pessoas com perturbações psiquiátricas graves.

Acerca do ónus de algumas das perturbações consideradas graves, a análise da Carga Global de Doenças (CGD, 2000, citado pela OMS, 2001) relativamente à esquizofrenia refere ser uma doença que causa um elevado grau de incapacidade e é responsável por 2.8% das AVI.

Quanto à natureza das perturbações psiquiátricas graves, Sundeen (2001) diferencia as características inerentes ao tipo de perturbação ou doença (sintomas primários), daquelas que são inerentes à resposta da pessoa à doença e ao seu tratamento (sintomas secundários). Exemplifica, referindo que os delírios e as alucinações são sintomas primários da esquizofrenia, causados directamente pela doença; e a solidão e o isolamento são sintomas secundários, causados pela resposta da pessoa à doença e ao seu tratamento.

---

<sup>35</sup> Textos aprovados pelo Parlamento Europeu, Setembro/2006; Estrasburgo. (<http://www.europarl.europa.eu>).

<sup>36</sup> Refere-se a uma desvalorização global de certas pessoas pela sociedade em geral, baseada em algumas das características que as pessoas possuem relacionadas com grupos desfavorecidos, desvalorizados ou desgraçados (Hinshaw, 2007).

As manifestações comportamentais inerentes à doença tendem a ser consideradas de comportamentos desviantes, promovendo posições sociais de prevenção da eventual violação de normas (Sundeen, 2001). Por outro lado, as manifestações comportamentais inerentes aos sintomas secundários podem propiciar na pessoa com perturbação psiquiátrica grave percepções como: de *estigmatização*, sensação de ser desacreditado ou de vergonha devido à doença; de *alienação*, resultante da estigmatização ou ostracismo; de *perdas sociais*, de relacionamentos e oportunidades profissionais; de *sofrimento*, originado pelos efeitos e implicações da doença; e de *aceitação*, por parte da pessoa doente e necessidade de aceitação por parte dos outros (Vellenga & Christenson, 1994).

Noutra perspectiva, vários estudos (Hazel, Herman & Mowbray, 1991) têm mostrado que as pessoas com perturbações psiquiátricas graves, geralmente, estão mais frequentemente desempregadas, têm menos instrução, estão menos propensas a desenvolverem relacionamentos íntimos e mais atreitas a viver na pobreza relativamente aos seus pares.

Neste sentido, Sundeen (2001) especifica alguns problemas que as pessoas com perturbações psiquiátricas graves apresentam, destacando: dificuldades nas *atividades de vida diária* (AVD<sup>37</sup>), dificuldades nas relações interpessoais por manifestação de apatia, isolamento social e timidez; baixa auto-estima originando falta de capacidade para manter o emprego, viver independente, casar-se e ter filhos; falta de motivação, por medo do fracasso e baixa energia relacionados com a doença e o tratamento medicamentoso; alteração nos talentos por incapacidade em definir as suas habilidades, capacidades e interesses; falta de adesão aos programas terapêuticos prescritos relacionado com falta de apoio social, com os efeitos dos medicamentos e por dificuldades na aliança terapêutica.

As perturbações psiquiátricas graves que acontecem no adulto jovem (entre os 18 e os 35 anos) têm implicações diferentes em relação às que acontecem em pessoas mais velhas. Com maior gravidade pode compreender-se, lembrando a perspectiva psicossocial de Erikson, o período da entrada na adultez é considerada como um período de crise no qual se realça o *Amor*, apoiado no desenvolvimento da intimidade *versus* isolamento (Marchand, 2005). Neste caso, esta tarefa principal poderá estar comprometida, visto que as pessoas doentes se sentem incapazes de atender às expectativas de virem a casar, ter filhos, a trabalhar e se sentem limitados nas suas capacidades de lidar com a vida em comunidade (Sundeen, 2001). Em momentos de

---

<sup>37</sup> Capacidades necessárias para levar uma vida independente, como cuidar da casa, fazer compras, preparar refeições, higiene pessoal, administração financeira da sua vida pessoal, etc.).

crise ou exacerbação aguda dos sintomas, em que se torna difícil aceitar o tratamento, elas vêm-se contudo confrontadas com hospitalizações psiquiátricas com admissão via urgência ou via judicial, o que pode dar origem a conflitos com as pessoas próximas, especialmente familiares.

### ***Em busca da compreensão das perturbações psiquiátricas graves em adultos***

De modo a chegar a uma compreensão das perturbações psiquiátricas graves, para além de se conhecer as respectivas categorias de diagnóstico, é também importante saber como é que elas se desenvolvem e se tratam.

O conhecido *modelo de diátese-stress* parece ser um modelo que ajuda a compreender, para além de outras perturbações, as perturbações psiquiátricas graves (Gleitman *et al.*, 2003). O termo stress refere-se a um conjunto de condições do meio ambiente que “pressionam” o sistema, (factores *stressores*) precipitando assim o mecanismo deficitário. Estes factores poderão ser precipitantes de perturbações psiquiátricas graves caso haja factores predisponentes, tecnicamente uma *diátese*, que podem ser genéticos e/ou resultantes de experiências de vida.

Para Stuart (2001), os factores predisponentes (também chamados factores de risco) podem ser de natureza biológica, psicológica e sócio-cultural, cuja influência poderá condicionar a qualidade e a quantidade de recursos que a pessoa é capaz de utilizar para lidar com o stress ou com a doença. Constituem uma das componentes biopsicossociais do seu *Modelo de Adaptação ao Stress*. Destes factores são exemplos: os de natureza biológica, que podem incluir – a história genética, o estado nutricional, exposição a toxinas; os de natureza psicológica, que podem compreender – a inteligência, o estado de ânimo, a personalidade, o senso de controlo sobre o próprio destino, as experiências prévias; e os de natureza sócio-cultural, que podem abranger – o género, a escolaridade, os rendimentos, a ocupação, as experiências de socialização, o nível de integração social.

Como factores precipitantes, os mesmos autores consideram os estímulos percebidos pela pessoa como ameaçadores ou desafiadores, exigindo excessiva energia e, conseqüentemente, produzindo um estado de tensão e de stress. Também podem ser de natureza biológica, psicológica ou sócio-cultural, assim como podem ser originados no ambiente interno ou externo à própria pessoa que se vê confrontada com a situação. Outros aspectos que se consideram ser características importantes a analisar no sistema complexo de disrupção da crise diz respeito ao momento de ocorrência dos *stressores* e à quantidade dos mesmos.

O *Modelo de Adaptação ao Stress* de Stuart (Stuart, 2001) compreende outros factores, tais como: avaliação do *stressor*, os recursos disponíveis para enfrentar a situação e ainda os mecanismos de lidar com a situação.

A capacidade que a pessoa tem de avaliar o *stressor* refere-se a uma avaliação que abrange diferentes respostas, que podem ser de natureza cognitiva, afectiva, fisiológica, comportamental e social. Na perspectiva cognitiva, existe um entendimento de que a percepção que a pessoa tem sobre o desafio ou ameaça estabelece um papel capital na saúde mental da pessoa, com repercussões na sua capacidade de adaptação (Monat & Lazarus, 1991). Por outro lado, perante a apreciação do acontecimento, a resposta de natureza afectiva espelha geralmente um estado de ansiedade generalizado, que envolve diferentes emoções, tais como: o medo, a ira, a desconfiança (*Idem*).

Conforme aquele modelo, as respostas que a pessoa pode apresentar perante a situação podem situar-se num *continuum* de adaptação e desadaptação. As que bloqueiam o funcionamento integrado são entendidas como respostas desadaptadas, podendo desse modo impedir o crescimento e interferir com a autonomia da pessoa, bem como com o domínio do ambiente.

Com os avanços da ciência e da tecnologia tem-se vindo a descobrir diferentes formas de tratamento propostas para as perturbações psiquiátricas graves. Ainda que não existam curas milagrosas, pode-se contar com intervenções de natureza biológica, tal como a medicação, intervenções de natureza psicossocial, por exemplo a psicoterapia individual, a terapia comportamental) (Kaplan *et al.*, 1997) e programas de reabilitação (Sundeen, 2001).

A medicação psicofarmacológica, particularmente os psicotrópicos (por exemplo, antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores do humor, entre outros), constitui uma das principais formas de tratamento Gleitman *et al.*, (2003). Exemplificando, no tratamento da esquizofrenia, os antipsicóticos clássicos (largactil e haldol) são eficazes no controlo dos principais sintomas positivos, enquanto que os antipsicóticos atípicos (leponex e risperdal) parecem promissores no controlo dos sintomas positivos e negativos. Podem reduzir os sintomas mas não curam. Dependendo do tipo de necessidades terapêuticas, está previsto que as pessoas doentes necessitem de doses de manutenção de medicação para evitar as recaídas (*Idem*).

A reabilitação psiquiátrica é outra das abordagens de tratamento utilizadas no sentido de proporcionar: o desenvolvimento de talentos e potencialidades individuais, a aprendizagem de habilidades para a vida e ainda a obtenção de outros tipos de apoio socio-comunitários. É um processo que ajuda a proporcionar à pessoa doente a recuperação do seu funcionamento (Sundeen, 2001).

### ***A expressão de emoções e algumas perturbações psiquiátricas graves***

A esquizofrenia, da qual se conhece a descrição pela contribuição de Willis<sup>38</sup>, que 1602 se referiu a um quadro clínico que afectava a juventude e que frequentemente conduzia à demência, é considerada actualmente um paradigma das perturbações psiquiátricas mais graves de carácter evolutivo (Gleitman, *et al.*, 2003; Cardoso, 2002). Denominada por Eugel Bleuler<sup>39</sup> em 1911, a esquizofrenia foi conceptualizada para indicar a presença de fragmentação das funções mentais entre o pensamento, a emoção e o comportamento (Kaplan *et al.*, 1997), é uma doença que se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas característicos<sup>40</sup> (tanto positivos<sup>41</sup> como negativos<sup>42</sup>) que persistem com algumas manifestações associadas a uma marcada disfunção social e ocupacional (DSM-IV-TR, 2006), afectando de forma profunda a vida da pessoa doente e dos seus familiares. Com incidência de 1%, evolui para a cronicidade (Cardoso, 2002).

Parece que a esquizofrenia é afectada no seu curso e na taxa de recaída pelas emoções (Oatley & Jenkins, 2002). É uma doença que produz perturbações ao nível das cognições (por exemplo, alterações do pensamento e alterações da percepção), do comportamento (por exemplo, desorganização dos movimentos e acções), das emoções (por exemplo, alteração da intensidade das emoções) (Gleitman *et al.*, 2003).

Sobre as perturbações das emoções, ao longo da evolução da referida doença, os mesmos autores referem que no início da sua instalação a pessoa pode expressar uma resposta extrema caso seja confrontada com alguma rejeição, por hipersensibilidade emocional. Com o evoluir do tempo, parece que a sensibilidade diminui, podendo em alguns casos, baixar até à virtual indiferença perante os motivos de vida, próprios e dos outros; reflectida por apatia e inexpressividade. Algumas pessoas portadoras da doença expressam as emoções de modo inadequado. Exemplificando, a pessoa pode mostrar-se zangada quando alguém a cumprimenta.

Também em comparação com as pessoas que não estão deprimidas, as pessoas deprimidas expressam mais tristeza e ira (Biglan, *et al.*, 1985).

---

<sup>38</sup> Médico anatomista inglês. Referenciado na obra de Cardoso (2002), galardoada com uma Menção Honrosa do Prémio Bial (2000).

<sup>39</sup> Psiquiatra suíço (Gleitman *et al.*, 2003).

<sup>40</sup> Que envolvem «(...) um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afecto, fluência e produção de pensamento e do discurso, capacidade hedónica, vontade e impulsos, e atenção» (DSM-IV-TR, 2006, p.299).

<sup>41</sup> Reflectem um excesso ou distorção de funções; incluem distorções do conteúdo do pensamento (ideias delirantes), da percepção (alucinações), da linguagem e dos processos de pensamento (discurso desorganizado) e do autocontrolo do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico) (DSM-IV-TR).

<sup>42</sup> Reflectem uma diminuição ou perda de funções; compreendem restrições da variedade e da intensidade das expressões emocionais (embotamento afectivo), da fluência e produtividade do pensamento e do discurso (alogia), e a iniciação de um comportamento dirigido com um objectivo (avolição) (DSM-IV-TR).

Dentro das perturbações psiquiátricas consideradas graves, estão também algumas perturbações do humor. Jamison (1993) considera o humor como um estado emocional prolongado que influencia as características pessoais e funcionais da pessoa, cujo desenvolvimento do referido estado depende do funcionamento adaptativo das emoções (por exemplo: o medo, a alegria, a ira, a ansiedade e a surpresa). Integrando esta ideia no *continuum* de respostas emocionais, Stuart (2001) considera que as perturbações graves do humor traduzem-se por uma desadaptação extrema das emoções que podem, por sua vez, ser reconhecidas clinicamente pela sua intensidade, amplitude, persistência e interferência no funcionamento da pessoa.

Enquadrado na psicopatologia da afectividade, Crespo (2006) define a emoção como uma resposta afectiva interna que se faz acompanhar subitamente de sintomas vegetativos que têm como finalidade abolir o acontecimento ou a experiência vivida, resultando com efeito na expressão de um estado de ânimo. Considera ainda que as emoções correspondem a sentimentos intensos, de duração breve e com aparecimento súbito. O mesmo autor refere também que os sentimentos constituem uma base subjectiva da emoção.

As perturbações do humor incluem como alterações principais, o humor e a motivação e caracterizam-se por extremos emocionais e energéticos (Gleitman *et al.*, 2003); são também conhecidas por perturbações dos afectos<sup>43</sup> ou afectivas (ICD-10). Os termos opostos: “depressão grave” “mania” são normalmente usados para distinguir o espectro afectivo (*Idem*).

Baseando-se em estatísticas americanas, Stuart (2001) refere alguns aspectos epidemiológicos<sup>44</sup> acerca da depressão grave. Esta é uma doença que tem uma incidência entre os 20 os 30 anos, que é responsável por cerca de 10% de todas as depressões, clinicamente diagnosticadas; estima-se que um em cada oito adultos pode desenvolver durante a vida depressão grave e que 15% cometem suicídio. O mesmo autor, refere ainda que o risco de desenvolver esta doença é aproximadamente duas vezes superior nas mulheres em comparação com os homens.

Segundo a DSM-IV-TR (2006), é característico na depressão grave (perturbação depressiva major) o seguinte padrão de manifestações clínicas: estado de ânimo deprimido, diminuição da capacidade de obter prazer, perda de peso, alterações do sono (hipersónia, insónia), astenia, agitação psicomotora, ideias de culpa, pensamentos recorrentes de morte, diminuição da capacidade de pensar e concentrar-se, ideias de inutilidade.

---

<sup>43</sup> Considerado como um padrão de comportamentos observáveis que constituem a expressão de sentimentos (emoções) experimentados subjectivamente (DSM-IV-TR, 2006)

<sup>44</sup> Baseados em estatísticas americanas.

Ruiloba (2006) refere que no âmbito das depressões graves situações de intensa indiferença, também designadas por *anestesia afectiva*, podem afectar cerca de 10 a 15% dos casos.

A mania ou episódio maníaco caracteriza-se, tipicamente, por humor eufórico e expansivo ou irritável (Kaplan *et al.*, 1997). De acordo com os critérios de diagnóstico definidos na DSM-IV-TR (2006), o referido estado inclui outras manifestações clínicas observáveis, tais como: aumento da auto-estima; ideias de grandiosidade que podem atingir proporções delirantes; necessidade reduzida de dormir, podendo passar dias sem dormir sem que revele cansaço; discurso em tom elevado, rápido e difícil de interromper; pensamentos com o fluxo aumentado e ritmo intenso, com fuga de ideias; aumento da distractibilidade; aumento da necessidade de socialização; expansividade e optimismo injustificado e outras alterações, que podem comprometer o funcionamento autónomo do indivíduo no exercício da sua protecção e no respeito pela segurança dos outros.

Segundo a DSM-IV-TR (2006), o estado maníaco, em termos médios, pode surgir por volta dos 20 anos; em alguns casos pode surgir na adolescência e noutros casos pode surgir depois dos cinquenta anos. Os episódios ocorrem no seguimento de agentes stressores psicossociais e, geralmente, precedem ou seguem um episódio depressivo.

### 3 – PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E VIOLÊNCIA/AGRESSÃO

No âmbito da Psiquiatria, os comportamentos agressivos/violentos podem estar associados a determinadas perturbações. No entanto, as diferentes abordagens teóricas anteriormente mencionadas não fazem referência a estes comportamentos e, por outro lado, embora possam ser analisados à luz do modelo médico em situações excepcionais, é de se valorizar as diferentes contribuições no sentido de se proporcionar uma compreensão mais integrada e global dos mesmos.

Valzelli (1982) considera que os comportamentos agressivos não devem ser entendidos como uma alteração psicopatológica ou numa perspectiva clínica, pela complexidade relacionada com a natureza e com os contextos de inserção dos mesmos. Seguindo o olhar neuropsiquiátrico, o mesmo autor descreve algumas alterações que incluem a agressão psicopatológica: 1) alterações psicopatológicas das cognições e interpretações erróneas dos estímulos, que podem conduzir a comportamentos agressivos; 2) o despertar de estados patológicos que podem aumentar de forma irregular o baixo limiar de resposta para a agressão com o normal nível de provocação; 3) processo patológico do SNC que pode interactuar espontaneamente com os centros do comportamento agressivo sem, que haja alguma provocação.

Neste contexto, Azevedo *et al.* (1980) referem que em psiquiatria a violência é revestida de particular importância por se encontrarem em diversos quadros psicopatológicos o comportamento violento como sintomatologia.

#### ***Nos doentes não hospitalizados***

Com o movimento da desinstitucionalização dos doentes com perturbações psiquiátricas, a realização de trabalhos científicos sobre a ligação entre estes e os comportamentos agressivos na sociedade foi irrompendo em alguns países ocidentais (Palmstierna, 1992).

Na Alemanha, Hafner & Baker (1987) realizaram um estudo sobre o crime violento e verificaram que a maior percentagem de crimes violentos não foi da parte dos doentes psiquiátricos, mas sim da restante população. Também averiguaram que no grupo dos doentes psiquiátricos os doentes com esquizofrenia foram, comparativamente com os restantes, os que cometeram crimes mais violentos.

Nos Estados Unidos da América, os investigadores Giovannoni & Gurel (1967), Zitrin *et al.* (1976) mostraram que os doentes psiquiátricos cometiam crimes mais violentos que o resto da população.



Tendo em conta as mudanças sociais e conseqüentemente a evolução das ideias em psiquiatria, por exemplo a concepção de pessoa com perturbação psiquiátrica, a relação que se estabelecia entre os doentes psiquiátricos e os comportamentos violentos era controversa. Apesar de se conhecerem alguns factores específicos que se relacionam com a psicopatologia, ainda é difícil estabelecer em que medida os comportamentos agressivos são mais comuns ou não entre os que têm perturbação psiquiátrica e na população em geral (Palmstierna, 1992).

No sentido de caracterizar e prever os comportamentos agressivos dos doentes com perturbações psiquiátricas, Bjørkly (1995) concluiu que as perturbações podem constituir um consistente, mas fraco, factor de risco no desenvolvimento dos comportamentos agressivos.

Assim, a conclusão que parece poder retirar é a de que, contrariamente ao conceito popularmente partilhado, a maioria dos doentes com perturbações psiquiátricas não desenvolve comportamentos agressivos (Tardiff, 1992).

No entanto, os comportamentos agressivos ou o risco deles se desenvolverem constituem um critério principal para a hospitalização psiquiátrica (Fuller & Torrey, 1994).

### ***Nos doentes hospitalizados***

Há aproximadamente duas décadas, o interesse em investigar sobre esta temática começou a aumentar. Vários factores contribuíram para essa motivação e, provavelmente, um dos principais factores terá sido o suposto aumento da violência nos contextos psiquiátricos. As mudanças que surgiram nos países ocidentais relativas à organização dos serviços de saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente a desinstitucionalização, a diminuição do número de camas para internamento, a ênfase atribuída aos programas de tratamento hospitalar ambulatorio e parcial na comunidade, favorecem a maior proporção de doentes hospitalizados por manifestarem comportamentos agressivos ou considerados perigosos, sendo muitas vezes internados de forma compulsiva (Hamolia, 2001). No decurso destas mudanças, surge, conseqüentemente, outra razão que radica na alteração da natureza do ambiente de hospitalização, em virtude do aumento dos doentes das condições psicopatológicas agudas e da diminuição do tempo de hospitalização. Para além disso, são também relevantes os actuais constrangimentos ético-legais relacionados com o uso de medidas, como a contenção mecânica e química, que possam comprometer os direitos dos doentes em recusar o tratamento e a natureza favorecendo deste modo a tendência a preservar um ambiente menos restritivo. Este é também um motivo que poderá favorecer o conflito e a confusão aos profissionais que se confrontam com a necessidade de lidar e controlar os comportamentos agressivos.

**a) Primeiros estudos (realizados até 1990)**

Antes de 1980, poucas investigações foram realizadas sobre esta temática. Em 1950, Albee realizou um estudo comparativo de comportamentos agressivos desenvolvidos por doentes com problemas psiquiátricos dentro e fora do hospital e verificou que os doentes com perturbações esquizofrénicas desenvolviam mais comportamentos agressivos fora da hospitalização do que dentro da hospitalização (Palmstierna, 1992). Mais tarde, na Suécia, Ekblom (1970) analisou incidentes violentos severos que ocorreram nos serviços psiquiátricos e referiu que o risco dos profissionais serem atacados pelos doentes hospitalizados era inferior a outros riscos profissionais.

Entretanto, a partir de 1980 surgem numerosos estudos sobre os comportamentos agressivos dos doentes hospitalizados com perturbações psiquiátricas o que dificulta a tarefa de os resumir.

Drinkwater & Gudjonsson (1989) dão ênfase aos aspectos sociais dos doentes que desenvolvem comportamentos agressivos, referindo que o número de profissionais presentes não altera o número de incidentes agressivos ocorridos, mas a gravidade da ocorrência dos incidentes parece diminuir com o aumento do número de profissionais presente. Os aspectos sociais dos comportamentos agressivos são avaliados noutros contextos, como por exemplo nas prisões, e neste caso, alguns estudos mostraram que a psicopatologia e os comportamentos perturbadores aumentam nas prisões com sobrelotação (Cox *et al.*, 1984).

A complexidade do conceito de agressão e as diferenças metodológicas constituem, de certo modo, objecto de discussão na comunidade científica. Diferentes investigações mostram diferentes resultados. Também o uso de diversas metodologias leva a diferentes resultados (Mason & Chandley, 1999). Em conformidade, os artigos de revisão crítica fazem referência às dificuldades em comparar os resultados associados às diferenças conceptuais e metodológicas.

**b) Estudos recentes (a partir de 1990)**

Nos últimos anos, intensificou-se a realização de estudos científicos sobre os comportamentos agressivos dos doentes hospitalizados em unidades psiquiátricas. No encontro realizado pelo *European Violence in Psychiatry Research Group* em Trondheim, no mês de Outubro do ano 2002, Whittington referiu que surgem cerca de cem novos estudos por ano.

Estes estudos mais recentes são consistentes nas evidências de base sobre o ambiente, a imobilização e o isolamento, a medicação e a previsão a curto prazo de violência.

Sobre o ambiente, a *Royal College of Psychiatrists*: RCP (1998) faz referência aos estudos mais relevantes, indicando três grupos de factores que podem ser importantes na prevenção ou na exacerbação de manifestações de violência, dos quais se destacam: 1) a experiência, a formação e supervisão, motivação e número de profissionais; 2) as condições providenciadas pelos profissionais aos doentes e visitas, tais como espaço, segurança, conforto e actividades; e 3) a organização e o controlo do ambiente, de acordo com as políticas e princípios definidos.

Binder & McNiel (1994) realizaram um estudo descritivo sobre o género dos profissionais (de medicina e de enfermagem) e o risco de serem agredidos, através da análise de informação recolhida durante três anos, numa unidade de agudos, e concluíram não existir relação entre o género e a tendência para a violência.

Por seu turno, Whittington & Wykes (1996), num estudo descritivo realizado acerca da violência por doentes psiquiátricos, em unidades de doentes agudos, verificaram os seguintes percursos: aproximação ou contacto físico para prevenir a fuga ou danos, ordem para uma actividade e estabelecimento de comunicação verbal negativo.

Em conformidade, vários estudos sugerem que os ajuntamentos de doentes são uma potencial causa de irritabilidade nas unidades psiquiátricas (Hunter & Love, 1996; Palmstierna & Wistedt, 1995; Lanza *et al.*, 1994).

Por outro lado, têm sido realizados estudos sobre os métodos restritivos utilizados no controlo dos comportamentos agressivos, nomeadamente a imobilização e o isolamento. Por exemplo, Tooke & Brown (1992) realizaram um estudo sobre as percepções acerca do isolamento e compararam as reacções dos doentes com as dos profissionais. Durante onze semanas de observação, numa unidade de curta duração, verificaram que 59 doentes foram isolados em quartos fechados. Doentes (29) e enfermeiros (13) foram questionados sobre essas experiências. Os doentes mais do que os profissionais não concordaram com a atitude de requisição da presença do médico justificando o isolamento do doente pela sua necessidade de dormir, à tarde. Considerando que os profissionais actuaram de modo punitivo. Os profissionais sentiram que procederam correctamente, que o isolamento ajudou e que, face às circunstâncias, não seria possível lidar de outra forma.

A maioria dos estudos realizados sobre a medicação têm o objectivo de avaliar a eficácia de alguns medicamentos no controlo de comportamentos agressivos (RCP, 1998). Vários estudos sugerem que através do uso de benzodiazepinas ou de antipsicóticos se pode proporcionar uma rápida tranquilização, estando os mesmos indicados no controlo daqueles comportamentos (Chouinard *et al.*, 1993; Lenox *et al.*, 1992).

Outros estudos têm sido desenvolvidos sobre os preditores de violência nos serviços psiquiátricos. Por exemplo, Linaker & Busch-Iverson (1995) através de um estudo de *coorte* sobre preditores de violência iminente em doentes psiquiátricos hospitalizados numa unidade considerada de alta segurança, verificaram que seis comportamentos foram mais comuns nas 24 horas antes do comportamento agressivo: confusão, irritabilidade, agitação, ameaça verbal, ameaça de espancamento e ataques contra objectos.

Num outro estudo realizado sobre os comportamentos verbais e não verbais de doentes imediatamente antes da agressão Whittington & Patterson (1996) verificaram que as ameaças verbais foram os comportamentos mais comuns.

Também Palmstierna & Wistedt (1990) realizaram um estudo sobre os factores de risco de violência, pois, apenas um preditor de violência foi identificado: o uso de substâncias psicoactivas, presente nos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos entre os 8 e os 28 dias de hospitalização.

Neste contexto e de acordo com o *Royal College of Psychiatrist* (1998), concluiu-se que os estudos sobre os preditores de violência não providenciam claro consenso sobre os itens que poderão ser clinicamente identificados nos diferentes *settings*.

### **3.1 – Prevalência das manifestações de violência/agressão em contexto psiquiátrico**

Apesar dos equívocos que a maioria das pessoas têm, apenas uma minoria dos doentes com perturbações psiquiátricas é responsável pela maior parte das manifestações de violência no contexto hospitalar (Hamolia, 1998). Têm sido realizados numerosos estudos no sentido de contribuírem para a identificação da dimensão deste fenómeno. Por exemplo, no estudo realizado por Weiser *et al.* (1994) estimaram que aproximadamente 10% dos doentes do foro psiquiátrico desenvolvem comportamentos agressivos contra os profissionais. Por seu turno, Bjørkly (1995) estima que 15 a 30% dos doentes têm sido envolvidos em incidentes agressivos. Outros autores apresentam prevalências que variam de 6 a 46%, embora os incidentes de gravidade severa sejam menos frequentes (Davis, 1991; Menninger, 1993).

As distintas prevalências encontrados nos diferentes estudos referenciados, para além de poderem estar associadas a diferentes metodologias utilizadas, também podem estar relacionadas com a variedade dos contextos. Por exemplo, em unidades de internamento de curta duração estima-se que cerca de 10% de doentes desenvolvem comportamentos agressivos (Bjørkly, 1995; Tardiff, 1992), enquanto que em unidades de internamento de longa duração (unidades de reabilitação), alguns estudos revelam

valores mais elevados, em que calcularam prevalências que variam de 35% (Shah *et al.* (2000) a 62.70% (Chueng *et al.*, 1996).

Relativamente às frequências médias anuais encontradas nos diferentes estudos realizados em diferentes países, também nos permitem perceber que existe uma diversidade de valores que traduzem a dimensão deste fenómeno ocorrido em contextos de internamento psiquiátrico. Por exemplo, Everson *et al.* (1974), num hospital psiquiátrico norte-americano, tendo por base os relatórios, com 1004 doentes hospitalizados, durante dois anos, registaram 5128 incidentes agressivos, estimando, deste modo, que em média um a três doentes se envolvem em incidentes agressivos por ano. Também Fottrell (1980), em três hospitais psiquiátricos de Londres, verificou diferentes frequências médias anuais<sup>45</sup>: .15, .3 e .6 de incidentes agressivos. Por seu turno, Palmstierna & Wistedt (1987), em duas unidades psicogeriatricas e uma unidade psiquiátrica de curta duração, utilizando a Escala de Observação de Comportamentos Agressivos (*Staff Observation Aggression Scale - SOAS*), durante 6 semanas, registaram 150 incidentes. Nijman *et al.* (1999c) num estudo que realizaram em quatro unidades psiquiátricas de regime fechado na Holanda e em duas unidades de regime, igualmente fechado, na Bélgica, durante um período de 3 a 10.5 meses, registaram 677 incidentes resultando frequências diferentes, cuja variação se incluía entre 4.8 e 22.4 incidentes por ano e por cama.

Outros estudos indicam diferentes resultados na frequência dos incidentes agressivos nos contextos psiquiátricos, os quais variam entre valores consideravelmente baixos, como .15 incidentes por cama por ano (Fottrell, 1980) e valores muito elevados, como 88.8 incidentes por cama por ano (Brizer *et al.*, 1987).

Nijman (1999) refere que as diferenças de valores poderão dever-se em grande medida às diferenças na selecção dos doentes estudados. Para além dessas diferenças, também há que ter em conta outras diferenças metodológicas, nomeadamente as que se referem aos instrumentos utilizados na avaliação dos comportamentos agressivos.

Existe a noção de que os profissionais de enfermagem são com mais frequência o alvo dos comportamentos agressivos (Nijman *et al.*, 1997a; Nijman *et al.*, 1999a). Há também consenso sobre as consequências dos incidentes agressivos, concluindo que habitualmente não resultam em sérios prejuízos para os profissionais (Nijman *et al.*, 1997a; Chueng *et al.*, 1996). Produzem também implicações financeiras (Nijman *et al.*, 1999a).

---

<sup>45</sup> Corresponde ao número de incidentes agressivos registados por cama e por ano.

### 3.2 – Determinantes da violência/agressão no contexto psiquiátrico

A violência humana é um fenómeno social que, pela sua abrangência, deve ter em conta os elementos que a constituem, tais como: o agente da agressão; o alvo e/ou a vítima da agressão (amigos, familiares, profissionais de saúde, polícia, entre outros); a natureza e o processo da agressão; o contexto envolvente e as suas consequências.

No contexto psiquiátrico, o fenómeno de violência é considerado um acidente onde os profissionais (médicos e enfermeiros, entre outros) são ameaçados e atacados fisicamente no seu ambiente de trabalho, envolvendo implícita ou explicitamente mudanças na sua segurança, no seu bem-estar ou na sua saúde (Cembrowicz *et al.*, 2001). Este conceito desperta algumas questões relativas à identificação das características do agente e das vítimas dos comportamentos agressivos à sua origem e determinantes; bem como inerentes às características dos contextos onde os mesmos se inserem.

Ao longo dos tempos, várias explicações teóricas têm sido apresentadas acerca do fenómeno de violência em contexto psiquiátrico, desde a explicação baseada nos factores neurológicos, considerada uma perspectiva reducionista, até à explicação baseada nos factores sócio-contextuais, considerada uma perspectiva mais integrada. Cada uma delas apresenta os seus contributos para um entendimento do fenómeno, embora algumas possam ser mais apropriadas que outras na análise de diferentes situações, assim como factores diversos podem relacionar-se no mesmo incidente agressivo. Deste modo, por se tratar de um fenómeno complexo com múltiplas causas, carecendo, com efeito, de múltiplas intervenções e de uma compreensão dos factores circunscritos no contexto específico, como é destacado por Cembrowicz *et al.* (2001) o problema da investigação sobre as causas da violência reside na variação do contexto e da população. Assim, deverão ser abordados os factores sociais e contextuais, os factores individuais, os factores profissionais e os factores ligados ao serviço.

#### ***Factores sociais e contextuais***

Relativamente a estes factores, sabe-se que são de âmbito alargado e contemplam as influências sociais e culturais sobre a expressão dos comportamentos, especificamente os agressivos. As mudanças socio-económicas e políticas que têm surgido nas últimas décadas no mundo ocidental têm afectado a escala dos valores culturais.

Essas alterações produzem efeitos sobre as instituições, enfraquecendo o seu poder social, declinando o poder tradicional que detinham os profissionais de saúde. Neste sentido, sobre essas circunstâncias, Cembrowicz *et al.* (2001) fazem referência à actual vulnerabilidade dos profissionais pelo esvaziamento da valorização do seu *status*.

Outras variáveis poderão influenciar os comportamentos agressivos. Neste domínio, alguns estudos indicam que a pobreza (Williams, 1984) e a desorganização social (Bottoms & Wiles, 1997) são factores socio-económicos que podem estar envolvidos. Parece que a violência é mediada pela coesão social dos grupos e vizinhança (Sampson *et al.*, 1997). Na ideia de Anderson (1997) a violência é utilizada como meio para resolver conflitos interpessoais, transformando-se num “código de rua” (*code of the streets*). Os profissionais de saúde, que também vivem no seio da comunidade, sob influência destas representações, poderão interpretar determinados indicadores comportamentais de modo a favorecer possíveis respostas agressivas (Cembrowicz *et al.*, 2001).

Por exemplo, o caso de um doente vulnerável pode ser alvo de *vitimização* (*bullying*), ou seja, exposição repetida ao longo do tempo a ameaças e/ou a agressões físicas numa relação de poder assimétrico (Estroff & Zimmer 1994) e, conseqüentemente, essa situação poder vir a conduzir a hipersensibilidade à ameaça e à expectativa de “mau trato” por outrem (Cembrowicz *et al.*, 2001). Nestas condições, um doente pode vir a interpretar as acções dos profissionais de saúde como uma interferência intrusa e irritante.

### **Factores individuais**

Algumas características socio-demográficas associadas com a violência na população em geral são também associadas com a violência em contexto psiquiátrico. Por exemplo, a idade, é considerado o preditor demográfico mais conhecido da violência, no sentido em que são os doentes mais novos que apresentam o risco mais elevado de desenvolver comportamentos agressivos (Nijman *et al.*, 1999a; Tardiff & Sweillam, 1982), aumentando o risco quando têm história de comportamentos agressivos (McNeil, Binder & Greenfield, 1988). Também se têm verificado elevados índices de violência em doentes idosos hospitalizados em unidades psicogerítricas, especialmente naqueles que têm perturbações cognitivas associadas à demência (Hodgkinson *et al.*, 1985).

Acerca do género, alguns autores indicam que os homens desenvolvem mais comportamentos agressivos do que as mulheres (Nijmam, 1999b; Tardiff, 1992). Outros especificam que os homens desenvolvem mais comportamentos agressivos contra outrem e que as mulheres desenvolvem mais comportamentos auto agressivos (Lee *et al.*, 1989).

Acerca das características psicopatológicas, vários autores sublinham que os doentes portadores de esquizofrenia (Bjørkly, 1995; McNeil & Binder, 1994; Tardiff, 1992; Fottrell, 1980;) e de mania (McNeil & Binder, 1989) são os que desenvolvem mais comportamentos agressivos. Efectivamente, a sintomatologia psicótica (Krakowski & Czobor, 1997) e emoções concomitantes de sintomas psicóticos, especificamente a ira, a

ansiedade e a tristeza são características que distinguem os doentes que desenvolvem dos que não desenvolvem comportamentos agressivos (Cheung *et al.*, 1996). As alucinações auditivas imperativas e delírio persecutório podem ter uma influência directa e significativa sobre os comportamentos agressivos (Taylor *et al.*, 1998; Juginger, 1996).

### ***Factores ligados aos profissionais***

A experiência, o comportamento e a atitude dos profissionais podem também contribuir para o risco da implosão dos comportamentos agressivos.

Nijman *et al.* (1999a) referem a problemática da relação profissionais/utentes, como passível de contribuir para a violência. Por um lado, a necessidade de vinculação aos objectivos de tratamento e as regras de funcionamento nem sempre são claras podendo, por isso, contribuir para a expressão do comportamento agressivo. Nestas circunstâncias, instala-se uma situação de stress comunicacional que se pode agravar pela falta de consistência dos limites e regras acrescentando o risco de comportamentos agressivos.

Alguns estudos indicam que a formação dos profissionais sobre como reagir às ameaças situacionais podem contribuir para o declínio e diminuição da gravidade dos incidentes agressivos (Carmel & Hunter, 1990). Nesta perspectiva outros mostram que os profissionais mais novos e inexperientes correm mais riscos de serem agredidos (Whittington & Wikes 1996; Lanza *et al.*, 1991).

### ***Factores ligados às características dos contextos***

Também as particularidades das circunstâncias e contextos psiquiátricos em que ocorrem incidentes agressivos têm sido, compreensivelmente, estudados. Os resultados sugerem que áreas de cuidados com elevada dependência dos doentes de cuidados e unidades de agudos registam mais altas taxas de agressão (Lion *et al.*, 1981; Fottrell, 1980).

Alguns autores analisaram as ocorrências ao longo do dia nas unidades de cuidados. Se alguns estudos registaram maior frequência de comportamentos agressivos nas manhãs (Doolley, 1986), outros destacaram o cair da noite como o momento de maior expressão de comportamentos agressivos (Coldwell & Naismith, 1989).

Ainda a este respeito outro estudo indicou que na maioria das unidades psiquiátricas, o pico das actividades de enfermagem, tal como a hora das refeições e a hora da medicação têm sido momentos considerados de risco para o aumento de incidentes agressivos (Mason, 1995).



Por outro lado, Edwards & Reid (1983) verificaram um elevado nível de violência em unidades com espaços reduzidos, com rigidez de limites colocados pelos profissionais em que as regras e os regulamentos são mal preparados e forçados.

Nijman *et al.* (1999a) fazem igualmente referência a vários *stressores* ambientais. Por exemplo, o doente pode ter que ser isolado por razões de segurança; o doente pode estar sujeito a sobre estimulações; o serviço pode estar sobrelotado, não havendo privacidade e não conseguindo descansar; e/ou pode haver falta de estimulação devido à falta de actividades. Estas situações provocam uma condição de stress cognitivo e, neste caso, sob a influência das alterações psicopatológicas, os *stressores* ambientais e comunicacionais, o doente pode perceber de forma distorcida (distorções cognitivas) as actividades do serviço e desencadear comportamentos agressivos.

### **3.3 – Modelos explicativos da violência/agressão**

O controlo dos incidentes agressivos inclui o balanço de juízos apropriados, decisões e intervenções e avaliação da situação adequadamente. Constitui um desafio aos profissionais para gerir comportamentos agressivos. Portanto, torna-se útil centrar-se nas possíveis respostas, intervindo de modo a prevenir tais comportamentos. Mason & Chandley (1999) descrevem três fases distintas no desenvolvimento dos incidentes agressivos:

Fase 1 – Fase de relativa normalidade. Nesta fase, as actividades terapêuticas ocupacionais são valiosas. Envolve um estado de alerta e observação atenta e focalizada para detecção de indicadores observáveis de potencial para o incidente agressivo, mesmo que este ainda se encontre inactivo. O que é valorizado nesta fase é a atenção ou o estado de alerta.

Fase 2 – Fase pré agressiva. Nesta fase, os sinais prodrómicos de violência são evidentes, mas não surgiu ainda a implosão do incidente. Pode incluir interpretações intuitivas, uma observação geral e preocupação sobre o ambiente. É frequente notar-se um nível de tensão por parte dos doentes e dos profissionais. Existe uma grande variedade de opções de intervenção, disponíveis, de modo a ajudar a descentração de algo que possa constituir base de estimulação para a implosão do incidente. Por exemplo, as intervenções baseadas em estratégias verbais, as técnicas de relaxamento, as intervenções de controlo dos estímulos ambientais, e outras.

Fase 3 – Fase de agressão. Caracteriza-se pela perda de controlo e implosão do incidente agressivo. Nesta fase, determinadas intervenções não estão indicadas, como, por exemplo: intervenções verbais.

Mason & Chandley (1999), acerca dos limites entre as fases, referem que são difusos, admitindo que os mesmos se tornam mais definidos com a experiência. Consideram também que a prevenção dos comportamentos agressivos é mais bem sucedida quando se consegue controlar os indicadores de tensão de ambas as partes, profissionais e utente, na primeira fase. Desse modo, os limites entre as fases 1 e 2 com a estabilização da situação tornam-se mais definidos. Acerca dos limites entre as fases 2 e 3 é diferente, nesta delimitação o tempo é essencial, porque a implosão do incidente pode ser imprevisível e o tempo ser escasso para se proceder à avaliação e à intervenção de controlo eficazes.

### **O Ciclo de Agressão Física**

O Modelo apresentado por Maier *et al.* (1987) (Figura I) ajuda a compreender as várias fases de desenvolvimento do ciclo da agressão física, tomando em consideração o papel dos profissionais ao longo do desenvolvimento do mesmo. Ele incorpora a função de gestão e controlo da violência e direcciona a globalidade da relação de medo, ansiedade e contratransferência<sup>46</sup> no ciclo da violência. Face à expressão/exposição de violência física, o perigo é percebido como iminente e, perante esta situação, os profissionais respondem normalmente com rapidez, utilizando medidas de restrição física (“*Take-down*”). Quando o perigo é percebido como não iminente, é mais comum conversar-se com a pessoa após o comportamento agressivo (“*talk down*”).

Face à repetição de ameaças verbais cometidas pelos doentes contra os profissionais, o stress sentido por estes tende a tornar-se crónico. Os profissionais poderão sentir medo e este, sendo internalizado, pode resultar em contratransferência de emoções negativas contra a pessoa agressiva. Por outro lado, nestes casos o recurso à imobilização física pode ser utilizada sobretudo para aliviar o stress profissional produzido pela ameaça.

Normalmente os profissionais são apoiados e rapidamente respondem com segurança, mostrando a força. Todavia, através daquele procedimento, os profissionais espontaneamente falam sobre as injúrias que poderiam ter sido suportadas, mas raramente expressam os próprios sentimentos de medo.

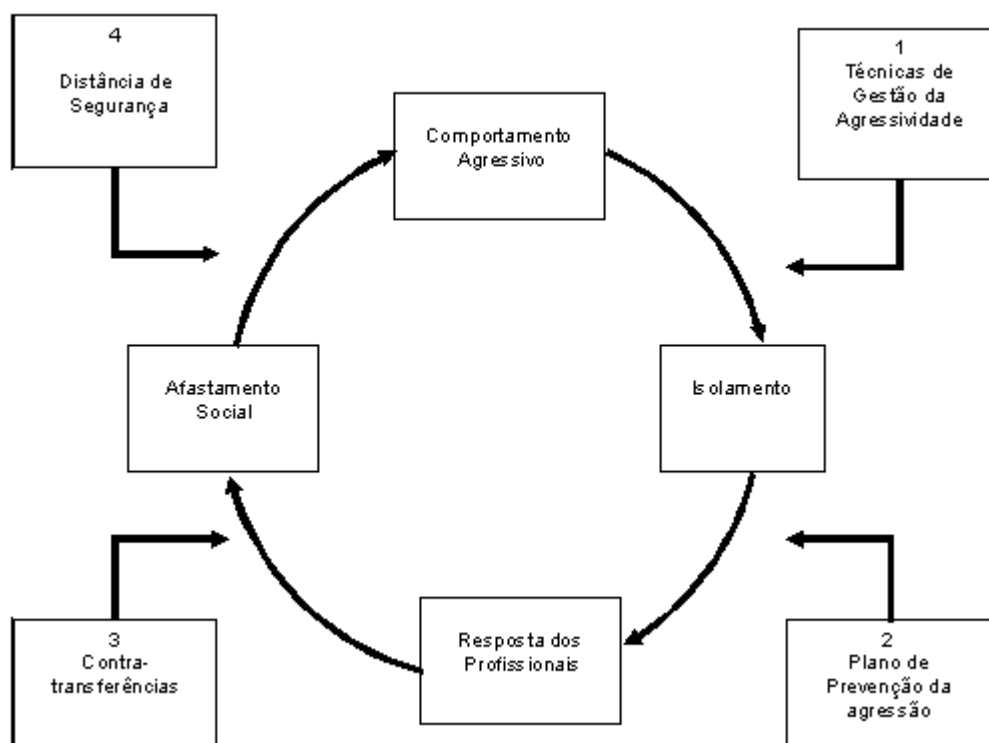
O ciclo da agressão física pode desenvolver-se em vários planos consecutivos. Inicialmente, existe o comportamento agressivo propriamente dito que requer alguma forma de intervenção. Depois, existem os vários tipos de intervenção: isolamento,

---

<sup>46</sup> Concepção que prevê a interferência dos processos mentais conscientes e inconscientes dos intervenientes no contexto terapêutico. É o conjunto das respostas inconscientes do profissional, especificamente, à transferência do doente, ou seja, à projecção de fantasmas inconscientes pelo doente (Corona & Parot, 2001).

medicação, restrição física. Segue-se o desenvolvimento de sentimentos negativos acerca do doente, do que resulta o distânciamento social que ocorre como resultado de contratransferência. Este distânciamento social tende a reforçar o comportamento agressivo, aumentando, desse modo, a sua recorrência.

Figura 1 – O Ciclo de Agressão Física (Maier *et al.*, 1987)



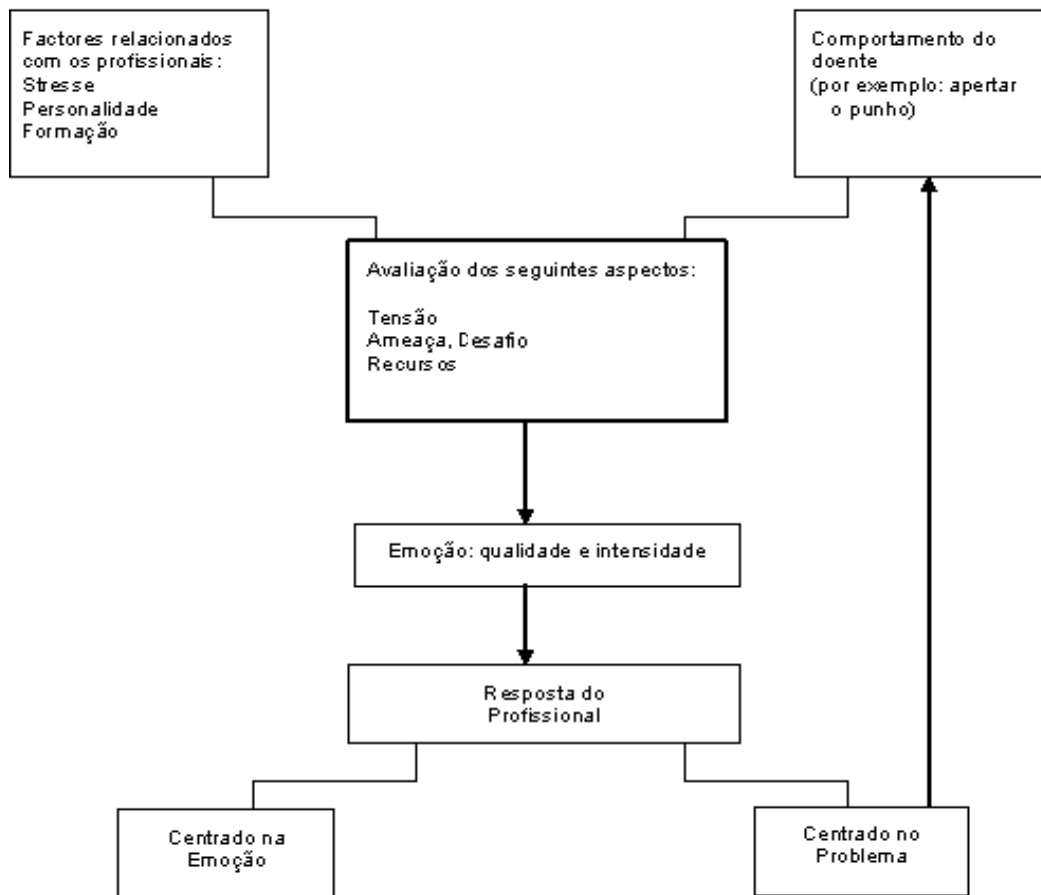
Este modelo foi baseado numa unidade especializada no controlo de comportamentos agressivos, de certo modo, vocacionada para assistir pessoas com perturbações psiquiátricas de natureza crónica, mas inclui alguns aspectos relevantes para as unidades de agudos, pois encontram-se com regularidade, nestas unidades, comportamentos agressivos e sabe-se que o medo sentido pelos profissionais pode resultar em contratransferência, além de que, a situação de risco de agressão é projectada e a mesma dispara a memória de acontecimentos prévios e contribui para a opção de resposta tanto positiva como negativa.

### **O Modelo Cognitivo**

O modelo cognitivo de isolamento social, como estratégia de lidar com a violência (Figura II), foi desenvolvido por Whittington & Mason (1995). É centrado no nível de ameaça percebido por quem avalia a situação, o profissional de saúde, isto é, a avaliação em relação ao ataque que poderá ser dado ao seu bem-estar. As duas questões centrais

em relação à avaliação são: “Estou em dificuldades? O que poderei fazer acerca disto? Para a primeira questão existem duas respostas possíveis: a) a situação é irrelevante ou benigna e b) a situação é comprometedora ou constitui um desafio para mim. Como o contacto com pessoas violentas é muito presente, a primeira resposta é improvável. A segunda é mais provável e, neste cenário, haverá uma reacção emocional da pessoa ameaçada. Esta resposta pode aumentar ou diminuir de intensidade e orientará a forma de agir na situação.

Figura 2 – O Modelo Cognitivo (Whittington & Mason, 1995)



O modelo cognitivo prevê também alguma forma de circularidade pela frequente repetição de ênfase atribuída ao papel do medo no controlo dos incidentes agressivos.

Os dois modelos apresentados são alicerçados nas emoções que emergem em situações de ameaça e ambos sugerem que as opções pelas medidas de controlo dos incidentes agressivos são com frequência originadas pelo medo.

### 3.4 – Comportamentos auto-agressivos

Os comportamentos agressivos quando dirigidos contra o próprio (auto agressão) incluem comportamentos de automutilação e comportamentos suicidas. Estes comportamentos distinguem-se pela intenção de provocar danos ou prejuízo corporal sem ou com vontade de morrer (Simeon *et al.*, 1992), porém, na prática, não é fácil fazer a distinção. Por exemplo, num comportamento de automutilação grave pode ser difícil identificar se o doente tinha ou não intenção de morrer. O contrário também pode acontecer. Algumas tentativas de suicídio poderão não ser motivadas pelo desejo consciente de morrer (Nijman *et al.* 1999b).

Vários estudos indicam que a prevalência destes comportamentos nos doentes com problemas psiquiátricos apresenta valores que variam entre 5.8% (Langbehn & Pfohl, 1993) e 77% (Zlotnick *et al.*, 1996).

Alguns comportamentos de automutilação graves têm sido relatados, tais como o esfacelamento facial, a amputação, entre outros (Favazza, 1989). Este autor identificou algumas razões que podem motivar este tipo de comportamento, por exemplo: temas religiosos (como seja: identificação com Cristo; influências de demónios e ordens divinas), temas sexuais (desejo de ser mulher, medo da homossexualidade).

Para além dos motivos, várias explicações teóricas têm sido propostas. Os comportamentos agressivos podem surgir como estratégia para reduzir a tensão ou angústia; como expressão de ansiedade, de ira, de vergonha e de culpa (Simeon *et al.*, 1992); como uma forma de auto castigo (Barstow, 1995); como forma de controlo de experiências traumáticas passadas (Favazza, 1989). Por outro lado, Nijman (1999) refere que estes comportamentos estão muito relacionados com as experiências de frustração vividas na infância.

### 3.5 – Preditores de agressão em contexto psiquiátrico

A previsão dos comportamentos agressivos em contextos psiquiátricos é complexa e, tendo em conta que os preditores, conforme a classificação de Scott & Resnick (2002), poderão ser estáticos e dinâmicos tornando difícil que os profissionais consigam com rigor prever aqueles comportamentos.

Por definição, os preditores estáticos não são sujeitos a mudanças causadas por intervenção (*Idem*). Estes incluem a idade e os antecedentes de violência (Harris & Rice, 1997). A história de actos violentos com detenções ou actividade criminosa, história de

abuso na infância e excessiva ingestão de álcool, são considerados por Kaplan *et al.* (1997) os melhores preditores de comportamentos agressivos.

Embora a avaliação dos preditores estáticos seja importante na previsão de comportamentos agressivos, é igualmente importante avaliar a condição clínica actual e a situação do doente, especificamente os designados preditores dinâmicos que são os que estão sujeitos a mudanças conforme a intervenção (Scott & Resnick, 2002). Estes compreendem as variáveis como o acesso a armas e a ocorrência de sintomas psicóticos. São também conhecidos por sinais de agressão iminente, relativamente aos quais Jobe & Winer (1990) distinguem indicadores na actividade motora e indicadores verbais e não verbais.

Os indicadores de actividade motora manifestam-se por irritabilidade e dificuldade em manter-se calmo. Os indicadores verbais incluem: voz alta, estridente ou aos gritos; comentários pejorativos, difamatórios ou sexualmente agressivos e ameaças. Os indicadores não verbais envolvem olhos arregalados; postura tensa e inclinada para a frente; estado hiper vigilante. Ainda como preditores dinâmicos consideram-se, por exemplo, a hostilidade e um estado actual de abuso de substâncias tóxicas.

Alguns estudos indicam que os doentes com sintomas psicóticos activos, especificamente os que se relacionam com os delírios persecutórios, e os doentes com perturbações relacionadas com abuso de substâncias são os que apresentam maior risco de desenvolver comportamentos agressivos (Borum *et al.*, 1996, citados por Kaplan *et al.*, 1997).

O internamento compulsivo tem sido apontado como um dos preditores, embora com reduzido significado estatístico, num estudo realizado por Palmstierna & Wistedt (1987). Bjørkly (1995) sublinha ainda algumas variáveis situacionais como: aglomerado de doentes, falta de privacidade e inactividade como indutoras de incidentes agressivos. Neste sentido, no estudo realizado por Palmstierna *et al.* (1991) verificou-se que a frequência dos incidentes, ocorridos numa unidade de doentes agudos, foi superior no período de maior concentração de doentes.

### **3.6 – Prevenção dos comportamentos agressivos**

Visto que os comportamentos agressivos constituem um problema recorrente que pode comprometer o ambiente terapêutico e trazer consequências para os profissionais, torna-se importante prevenir os mesmos comportamentos. A prevenção destes comportamentos passa pela necessidade de identificar os preditores para se poder intervir eficazmente (Harris & Rice, 1997).

Para além da avaliação dos preditores de violência, há outras intervenções disponíveis para os profissionais de saúde poderem aumentar a segurança e minimizar os efeitos dos comportamentos agressivos dos doentes. Estas intervenções podem ser desenvolvidas a vários níveis, seja político, institucional, na unidade seja ao nível do pessoal. Ao nível político, podem ser requeridos recursos para compra de equipamento e mudanças arquitectónicas e, ainda, o reforço dos recursos humanos (Eichelman, 1995). Após a tomada de consciência do problema pelos políticos, é possível proceder ao desenvolvimento de várias estratégias para aumentar a segurança dos doentes e profissionais, nomeadamente a escolha de materiais e equipamentos seguros que não possibilitem o seu uso como meio de agressão, como sejam os objectos passíveis de fácil lançamento. A nível da unidade, pode ainda recorrer-se à instalação de tecnologias que permitam uma vigilância contínua. O ambiente físico não deve permitir grande concentração de doentes; deve proporcionar o silêncio (Palmstierna *et al.*, 1991).

Na literatura recomenda-se a existência de quartos espaçosos para se proceder com segurança, com recurso a uma equipa de apoio adicional, disponível para actuar com rapidez (Francis, 2001). Recomenda-se também a existência de um sistema de avaliação do risco de violência que possibilite a identificação dos preditores com sinalização (Eichelman, 1995), podendo esta ser de acordo com o nível de avaliação do risco (por exemplo: ligeiro, moderado e elevado).

A definição de protocolos de actuação refere-se a uma questão central e muito debatida na comunidade científica (RCP, 1998), que incluem planos de intervenção centrados nos comportamentos dos doentes que necessitam de determinados procedimentos de natureza preventiva, por exemplo os comportamentos agressivos.

A formação dos profissionais é também um aspecto entendido como importante na prevenção dos comportamentos agressivos. Vários estudos indicam que a falta de formação e de competências comunicacionais pelos profissionais são determinantes da agressão (Carmel & Hunter, 1990). Para além da aprendizagem para a avaliação dos preditores e a aprendizagem de técnicas comunicacionais (Tardiff, 1992), existem algumas contribuições teóricas sobre o controlo dos comportamentos agressivos, que prevêm técnicas de natureza física e até mesmo de intervenção química que podem ser úteis na diminuição desses comportamentos (Eichelman, 1995).

Este último autor descreve algumas orientações básicas para o controlo daqueles comportamentos que preconizam três princípios. Um deles prevê o esforço a desenvolver para tentar diminuir a tensão numa situação de violência potencial; outro diz respeito aos esforços para prevenir o incidente; e o outro diz respeito ao tempo de actuação perante uma situação de iminência de perigo, vincando a necessidade de rapidez na actuação.

As estratégias verbais e interpessoais são recomendadas para gerir os comportamentos agressivos. Determinados ingredientes básicos de relação de ajuda devem ser respeitados, a escuta activa, o respeito e a autenticidade. A postura profissional, de bata branca, por vezes estimula alguma inibição desses comportamentos (Eichelman, 1995). Em contrapartida, a aproximação rápida a um doente com sintomatologia aguda, pode por vezes precipitar o comportamento.

O uso de estratégias físicas também é contemplado no plano de prevenção dos comportamentos agressivos. Estas incluem os alarmes, a resposta da equipa baseada nos protocolos, incluindo a força física, o isolamento e a imobilização (*Idem*). Acerca do ambiente, este deve ser seguro, como já referimos, sem instrumentos que possam ser usados como meios auxiliares para cometer a agressão. Os alarmes podem ser monitores visuais e auditivos. O isolamento e a imobilização requerem orientação baseada em protocolos.

O uso de psicofármacos é outra estratégia que pode ser utilizada para controlar os comportamentos agressivos. Os medicamentos podem ser de acção imediata, funcionando como contenção química, e de acção a longo prazo.

Os medicamentos podem incluir barbitúricos, benzodiazepinas e antipsicóticos (Salzman *et al.*, 1986). Jobe & Winer (1990) sugerem, no caso de doentes muito ansiosos, *diazepam* 10 mg e para doentes psicóticos e extremamente ansiosos, *tioridazina* 50 mg, com o objectivo de prevenir uma crise de agitação.

Por seu turno, distinguem-se duas formas de actuação na contenção química: “regime standard” e “regimes alternativos”. Relativamente ao primeiro, é indicado, em doentes psicóticos agitados, o uso de *haloperidol* 5-10 mg via intramuscular de meia em meia hora 500-1000 mg de *clorpromazina* em 24 horas. No que concerne ao segundo, pode ser necessário administrar *lorazepam* 1-2 mg via intramuscular e em emergências extremas *diazepam* 5-10 mg ou *lorazepam* 1-2 mg via endovenosa.

De facto, na prevenção de comportamentos agressivos como é sublinhado por Hamolia (2001), existem medicamentos sedativos e tranquilizantes eficazes que poderão minimizar o uso de contenção física, valorizando-se igualmente as estratégias psico-educativas na ajuda ao doente ao nível do seu autocontrolo.



## 4 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E DIMENSÕES DE AGRESSÃO E VIOLÊNCIA CONSIDERADOS NA INVESTIGAÇÃO

Os contributos da investigação psicológica têm proporcionado o desenvolvimento de instrumentos de avaliação dos comportamentos agressivos de doentes com perturbações psiquiátricas. Estes instrumentos incluem as escalas de auto-avaliação da agressão e as escalas de observação da agressão.

### 4.1 – Em investigação fora dos contextos psiquiátricos

A maioria dos instrumentos que permitem a auto-avaliação da agressão é utilizada em sujeitos considerados “não violentos”, como, por exemplo, em estudantes (Yudofsky *et al.*, 1986). Constituem o instrumento de medida de hostilidade e de ira *Buss-Durkee Hostility Inventory* (Buss & Durkee, 1957) e o Inventário de Expressão de Ira Traço-Estado (STAXI) (Spielberg *et al.*, 1988).

Estes instrumentos foram desenvolvidos no âmbito de uma importante linha de investigação psicológica sobre a agressão, cuja origem se situa nos estudos sobre os traços de personalidade, especificamente sobre os traços de personalidade “hostil”, a partir da segunda metade do século passado. Por exemplo, Buss & Durkee (1957) descreveram vários aspectos de hostilidade que os próprios chamam subclasses de hostilidade, que são típicos nas situações clínicas. Neste sentido, definem “ataque” (*assault*) como violência física contra outros; “irritabilidade” como prontidão para explodir com sentimentos negativos à provocação ofensiva; “negativismo” como comportamento oposto; “hostilidade verbal” como sentimentos negativos (*negative affect*) na forma e conteúdo do discurso; “hostilidade indirecta” como agressão indirecta (e.g. uso do poder coercivo para atingir um objectivo que não seja para prejudicar a vítima); “agressão” como erupção de sentimentos e emoções negativos como referente a emoção ira.

Outras definições surgiram em estudos de auto-avaliação sobre a agressão, por exemplo a definição de Snaith & Taylor (1985) de “irritabilidade”, considerada além do limite temperamental no desenvolvimento da Escala de Irritabilidade, Depressão e Ansiedade, é a de um estado de sensibilidade, caracterizado pelo efeito do controlo que normalmente resulta em irritabilidade verbal ou erupção comportamental. Também a definição de Koskenvuo *et al.* (1988) de “hostilidade”, considera-a como a tendência para se envolver em discussões, ficar zangado e irritado.

Ao longo dos tempos, foram-se refinando os conceitos, não só na linha de investigação de personalidade mas também nas abordagens clínicas com violência. Por exemplo, Howells & Hollin (1989) alargam a definição de agressão como a intenção de ferir ou obter superioridade sobre outra pessoa, sem que necessariamente envolva injúrias físicas, e o de violência para o uso da força física contra outra pessoa, não necessariamente enquadrada na agressão. Por seu turno, ataque é definido como um acometimento que envolve graves ofensas e agressões físicas sobre a vítima.

Ainda no contexto da investigação psicológica sobre a agressão, através dos instrumentos de auto-avaliação, Spielberg *et al.* (1988) deram a sua contribuição trabalhando o conceito de ira. Estes autores definem “ira” como um estado emocional caracterizado por sentimentos subjectivos que variam da irritação até à fúria e “hostilidade” como um conjunto de atitudes que motivam o comportamento agressivo. Para além disso, dividem agressão em hostil, motivada pela ira, e instrumental, motivada pela necessidade de remover um obstáculo para atingir um objectivo.

A utilização de instrumentos de auto-avaliação de agressão na investigação clínica psiquiátrica tem sido objecto de reflexão pelas falhas que podem surgir, especialmente, quando aplicadas a doentes com problemas graves, como é o caso de perturbações psicóticas. Doentes que podem não admitir os seus comportamentos agressivos, ou que não se encontram zangados no intervalo dos incidentes agressivos (Bjørkly, 1995).

#### **4.2 – Em investigação clínica psiquiátrica**

Na investigação clínica psiquiátrica, o interesse sobre a agressão tem vindo a crescer, assim como o esforço em sistematizar e quantificar este fenómeno.

Parte das referências aos comportamentos agressivos dos doentes hospitalizados surgem sob a forma de relatórios de incidentes formalmente instituídos pela necessidade de controlo daquele tipo de comportamentos (Palmstierna, 1992). No entanto, muitas investigações baseiam-se na recordação dos doentes (McNeil *et al.*, 1988; McNiel & Binder, 1987), sabendo-se, todavia, que os métodos retrospectivos de recordação de incidentes causam a subvalorização do problema (Lion *et al.*, 1983). Subvalorização esta que, não é totalmente resolvida através do relato das rotinas por parte dos profissionais que inclui o registo de incidentes agressivos (Palmstierna, 1992).

Nestas circunstâncias, na clínica psiquiátrica, as abordagens sistemáticas para avaliação da agressão são feitas através de escalas de avaliação que possibilitam a pesquisa dos diferentes itens em separado, os quais estão bem estabelecidos. Entre

essas escalas incluem-se a *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall & Gorham, 1962), que permite a avaliação da hostilidade, baseada no relato do doente relativamente a “animosidade, desprezo, beligerância, ameaças, discussões, petulância, destruição de propriedade, lutas e outras expressões de atitudes ou acções hostis”; a *Comprehensive Psychiatric Rating Scale* (Asberg *et al.*, 1978), que permite avaliar a agressão, através do relato do próprio doente sobre as experiências de “irritabilidade” e “sentimentos de agressão” e da observação do comportamento do doente; e a *Nurses Observation Scale* (Honigfeld *et al.*, 1966), que proporciona a avaliação global dos comportamentos agressivos.

Para além das escalas atrás referidas, que foram construídas para efeito de uma avaliação psiquiátrica geral, existem outras especialmente destinadas à avaliação dos comportamentos agressivos na clínica psiquiátrica. Algumas possibilitam a avaliação global da agressão e outras a avaliação específica de comportamentos agressivos, sendo habitualmente preenchidas pelos profissionais de enfermagem. Como exemplo as escalas que permitem a avaliação global dos comportamentos agressivos, existem: a *Global Aggression Rating Scale – GARS* – (Albert *et al.*, 1977), a *Social Dysfunction and Aggression Scale – SDAS* – (Wistedt *et al.*, 1990). Como exemplo das escalas que permitem a avaliação específica de comportamentos agressivos nas unidades psiquiátricas, temos: a *Overt Aggression Scale – OAS* – (Yudofsky *et al.* 1986), a *Staff Observation Scale – SOAS* – (Palmstierna & Wistedt, 1987), a *Modified Overt Aggression Scale – MOAS* – (Kay *et al.*, 1988), a *SDAS* (Wistedt *et al.*, 1990), a *Violence Scale – VS* – (Morrison, 1994) e a *Staff Observation Aggression Scale – Revised – SOAS-R* (Nijman *et al.*, 1999c).

De todas as escalas que permitem a avaliação específica dos comportamentos agressivos acima referidas, a SOAS-R por exemplo, seguida da SOAS foi a que apresentou melhores indicadores de consistência interna<sup>47</sup> (Nijman *et al.*, 1999c). Bech (1994) refere que esta escala, entre as outras referidas, é a que melhor possibilita a recolha de informação sobre as circunstâncias da implotão da agressão. Tem também em conta a avaliação dos aspectos que podem contribuir para a agressão, proporcionando conhecimento sobre o que precipitou a agressão. Para além dessas qualidades, das diferentes escalas, a única que possibilita a monitorização dos comportamentos auto agressivos é a SOAS-R (Nijman *et al.*, 1999c), pois proporciona a informação sobre a origem e os diferentes tipos de agressão. Neste sentido, Nijman *et al.* (2005), no artigo *Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: A review*, consideram que desde a sua origem a SOAS (Palmstierna & Wistedt, 1987) tem

---

<sup>47</sup>Por exemplo,  $\alpha = .96$  (Palmstierna & Wistedt, 1987).

proporcionado a comparação dos resultados relativos à prevalência, à gravidade e à natureza dos comportamentos agressivos.

A SOAS-R é uma escala que mede os comportamentos agressivos seguindo a definição de Morrison (1990), de acordo com a qual o comportamento agressivo é todo o comportamento verbal, não verbal ou físico ameaçador (para o próprio, outros ou propriedade), ou o comportamento físico que, de facto, causou prejuízo (para o próprio, outros ou propriedade). Inclui cinco dimensões permitindo a caracterização: do precipitante da agressão; dos meios utilizados na agressão; do alvo; das consequências para as vítimas e das intervenções utilizadas no controlo da agressão.

Como se pode verificar, existem diferentes instrumentos que permitem de forma global e específica avaliar os comportamentos agressivos dos doentes hospitalizados em unidades psiquiátricas. Esta diversidade dificulta a comparação dos resultados obtidos nos diferentes estudos.

## **Capítulo 2: ACTIVIDADES ASSISTIDAS POR ANIMAIS (AAA) NA PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR DO ADULTO E NA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA/AGRESSÃO EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO**

Existem numerosos programas que têm sido testados com o objectivo prevenir a violência e promover o controlo sócio-emocional dos doentes em contexto psiquiátrico. Alguns são direccionados para os factores ambientais, outros para os factores profissionais e outros para os factores ligados aos doentes. Os programas utilizados para controlo dos factores ligados aos doentes, para além dos clássicos psicofarmacologia e psicoterapia, são sobretudo centrados no controlo das emoções dos doentes, no treino das suas competências sociais e na sua capacidade de resolver problemas, tendo por base os modelos cognitivo-comportamentais.

Equacionar os modelos de intervenção que possam contribuir para a prevenção dos incidentes agressivos através da promoção de condições centradas no bem-estar do doente poderá directa ou indirectamente levar à definição de meios inovadores no sentido do controlo de emoções e consequentemente propiciar um ambiente mais seguro. Considerado esse pressuposto, procuram-se assim as possíveis mais-valias que as Actividades Assistidas por Animais (AAA), neste caso, por um cão, poderão proporcionar para esse fim.

## 1 – CONCEPÇÃO DE ACTIVIDADES ASSISTIDAS POR ANIMAIS (AAA)

A revisão teórica sobre as Actividades Assistidas por Animais (AAA) foi organizada de forma a clarificar as concepções de AAA, a sua origem e evolução histórica nos diversos contextos de utilização e os respectivos modelos de intervenção, assim como os resultados. Tem como propósito ainda precisar os aspectos operacionais deste tipo de actividades, nomeadamente, as espécies e raças de animais, a caracterização e os princípios de formação das duplas (animal/ educador) e os contextos da respectiva utilização.

Tendo em conta a problemática em estudo, desenvolve-se com mais detalhe e profundidade a utilização das AAA em contexto psiquiátrico, especificamente em unidades de adultos em situação de doença aguda, na prevenção da violência e na promoção do bem-estar sócio-emocional.

### 1.1 – Definição

As Actividades Assistidas por Animais (AAA) são actividades centradas na interacção pessoa – animal, tendo como objectivo fomentar oportunidades para motivar, educar e recrear, com o recurso a duplas constituídas por um animal e o respectivo educador (Delta Society<sup>48</sup>, 1992). Este tipo de actividades sendo utilizadas em diversas situações, podem também ser incluídas em contextos de saúde (hospitais).

Segundo a *Delta Society* (2000), AAA consistem em programas de visitas periódicas, dirigidas a um indivíduo ou a um grupo e que se caracterizam da seguinte forma: a) Não prevêm a definição de objectivos terapêuticos específicos; b) Não requerem registos detalhados; c) Incluem um conteúdo espontâneo e d) Admitem uma periodicidade irregular. Constituem exemplos de AAA: um grupo de voluntários que conduzem os seus animais e proporcionam uma visita mensal a diferentes lares de idosos; visitas que são dirigidas a grupos de idosos e apoiadas com a orientação dos profissionais; uma dupla Voluntário-cão que faz uma visita semanal a um orfanato para motivar jogos com crianças (*Idem*).

Desde a sua origem até à actualidade, vários termos foram usados para descrever a utilização dos animais no âmbito de ajudas no processo de desenvolvimento de bem-

---

<sup>48</sup> Uma das maiores organizações responsáveis pela certificação dos animais que são envolvidos em programas terapêuticos.

estar das pessoas, como por exemplo: *pet facilitated therapy*, *animal facilitated therapy*, *pet therapy*. Estes diferentes termos reflectem formas distintas de abordagem e, conseqüentemente, dificultam o consenso acerca do conceito (McCulloch, 1983). Actualmente, ainda se faz sentir uma certa confusão, especialmente, entre os termos Actividades Assistidas por Animais próximo do *Visiting Pet Program*, e Terapia Assistida por Animais (TAA) próximo do que se designa por *Pet Facilitated Therapy*.

TAA é uma actividade estruturada que inclui objectivos específicos, em que o animal é uma parte integrante do processo terapêutico. Visa a melhoria do estado físico, sócio-relacional, emocional ou cognitivo dos indivíduos, sendo realizada por profissionais de saúde especializados e inserida em diferentes contextos com indicação individual e de grupo. O desenvolvimento do processo é sistemático, requer fundamentação e avaliação (Delta Society, 1992). Como exemplo de TAA tem-se o caso de um programa de terapia ocupacional assistida por um cão treinado especificamente sob a orientação de um profissional especializado para ajudar um indivíduo a reabilitar fisicamente (por exemplo, a amplitude de determinados movimentos realizados pelos membros superiores) ou a desenvolver competências comunicacionais (por exemplo, motivar a verbalização e a aproximação do outro) (*Idem*). Deste modo, as TAA são inseridas em programas terapêuticos com objectivos específicos previamente definidos.

Em contrapartida, as AAA são inseridas em programas sócio-ocupacionais sem objectivos previamente definidos.

Baseados na revisão da literatura em torno desta temática, especialmente nas obras *Delta Society* (1992, 1997), no sentido de sistematizar as semelhanças e diferenças entre ambas as modalidades apresentamos o quadro que se segue (Quadro II).

Quadro II – Semelhanças/diferenças entre as AAA e as TAA

<b>Natureza</b>	<b>AAA</b>	<b>TAA</b>
Conceito básico	Relação pessoa – animal de companhia.	Relação pessoa – animal de companhia.
Finalidade	Promoção de bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos.	Recuperação do estado físico, sócio-relacional, emocional ou cognitivo dos indivíduos.
Objectivos	Proporcionar oportunidades para motivar, educar e recrear.	Proporcionar terapias específicas: psicoterapias e reabilitação sócio-emocional e física.
Indicação	Indivíduo (ou grupo), com ou sem problemas de saúde, contexto institucional (hospitais, escolas) comunitário (escuteiros, campo) e outros contextos sócio-educativos.	Indivíduo (ou grupo), com problemas de saúde específicos de natureza sócio-emocional ou física em contexto de hospitalização, ambulatório e comunidade.
Âmbito de inserção	Programa de visitas sociais.	Processo terapêutico.
Tipos	Mais frequentes: visita social com cão.	Psicoterapias e reabilitação com animais, como cão, golfinho, cavalo.
Orientação	Dupla: voluntário – animal (Exemplo: cão).	Dupla: profissional de saúde especializado – animal (Exemplo: cão).
<b>Processo</b>	<b>AAA</b>	<b>TAA</b>
Execução	Não sistemática; não sistematizada.	Sistemática; sistematizada.
Conteúdo da actividade	Espontâneo. Pode incluir várias actividades recreativas, motivadoras e educacionais.	Programado. Com actividades terapêuticas específicas.
Duração e periodicidade	Não limitada, calendarizada.	Limitada, com periodicidade regular.
Requisitos para execução	Dupla formada. Princípios instituídos pela organização internacional; normas legais e institucionais.	Dupla formada e especializada. Princípios terapêuticos; Normas legais, institucionais e internacionais que regem o uso de animais em contexto terapêutico.
Avaliação	Avaliação geral das AAA	Avaliação específica dos resultados terapêuticos.

Embora se trate de conceitos diferentes quanto à natureza e ao processo, na generalidade, as AAA e as TAA têm características semelhantes relativas à sua concepção e desenvolvimento. Pode-se dizer que foram concebidas na mesma altura, nascendo de um tronco comum, alicerçado na relação pessoa – animal de estimação e desenvolveram-se em conjunto até à diferenciação de particularidades baseadas em evidências científicas que permitiram a identificação dos seus efeitos sociais e terapêuticos.

Quanto às suas características, podem sublinhar-se algumas semelhanças, tais como: são centradas na relação pessoa – animal; são indicadas para uma população alvo diversificada, desde a infância até à *anciania*; têm uma finalidade comum que é a de



promover o bem-estar e qualidade de vida das pessoas no *continuum* saúde – doença; seguem os mesmos princípios técnico-científicos e éticos.

Atendendo aos objectivos do estudo, realizámos a revisão teórica centrada nas AAA, procurando a clarificação do seu conceito, compreender a sua evolução e analisar os seus efeitos. Especificamente, aprofundámos a problemática das AAA com uma dupla voluntário – cão, direccionadas para uma população adulta, hospitalizada em contexto psiquiátrico e com risco de desenvolverem comportamentos agressivos.

## 1.2 – Contexto histórico

Ao longo dos tempos, inicialmente através da sua experiência e posteriormente através de estudos científicos, o homem tem vindo a aprender a descobrir algumas potencialidades relacionais e terapêuticas dos animais.

Tem-se desenvolvido com alguns animais várias actividades no sentido de proporcionar bem-estar às pessoas com e sem problemas de saúde, tais como: companhia, protecção e outros benefícios (McCulloch, 1983).

A descoberta dos efeitos sobre o ambiente relacional e a saúde humana resultantes da relação pessoa – animal em contexto institucional tem séculos de existência. Curiosamente, a literatura revela informações que indicam ter sido uma descoberta realizada em contexto psiquiátrico, no manicómio *York Retreat*<sup>49</sup>, e estimulada pelo interesse em ocupar e ajudar a desenvolver o autocontrolo da pessoa (McCulloch, 1983).

Todavia, embora se tenha difundido esse modelo, o de proporcionar o contacto com os animais às pessoas com perturbações psiquiátricas institucionalizadas através do seu cuidado e da relação no dia-a-dia, de que são exemplos as experiências desenvolvidas na Alemanha ocidental, no centro de reabilitação de Bethel, em 1867; nos Estados Unidos, no hospital militar *The Pawling Army Air Force Convalescent Hospital*, na década de 40 (McCulloch, 1983), são escassos os registos sistematizados e divulgação dos possíveis resultados que tenham contribuído para o reconhecimento do valor sócio-emocional e terapêutico das AAA. Só a partir da década de 40 do séc. XX é que começaram a surgir publicações sobre os efeitos dos animais de estimação/animais de companhia (*pet*). Em contexto psiquiátrico, a divulgação foi feita com a contribuição do psicólogo Boris Levinson, considerado o pioneiro deste tipo de modalidades, a par com dois colaboradores psiquiatras Sam e Elizabeth Corson. Parece não ter sido fácil fazer vingar estas práticas na época, visto que foram consideradas ridículas por várias pessoas que não acreditavam nas influências positivas.

---

<sup>49</sup> Fundado por *William Tuke* em 1796, Inglaterra (Shorter, 2001).

A criação de um grupo de profissionais de diferentes áreas apoiado pelo *The Center on Interactions of Animal and Society* (Delta Society), em 1979, foi um importante acontecimento que estimulou numerosas pesquisas sobre esta temática, seguindo diferentes abordagens em contextos diversos, como, por exemplo, residências, prisões, escolas, centros de reabilitação e hospitais. Compreensivelmente, existiram algumas dificuldades desde a origem e ao longo do processo de evolução deste tipo de modalidades que de forma complexa estariam associadas a diferentes factores sócio-históricos, culturais, políticos, económico-financeiros e científico-metodológicos.

Ainda hoje algumas dessas dificuldades persistem, nomeadamente as inerentes à obtenção de resultados científicos que demonstrem, com evidências consistentes, a sua validade e eficácia ao nível da saúde e qualidade de vida das pessoas com perturbações, particularmente, psiquiátricas. Também a criação de condições para a sua implementação, sobretudo em contextos psiquiátricos, levanta ainda muitas questões e é limitada por constrangimentos diversos.

### ***Relação pessoa – animal e significados associados***

A origem da relação pessoa – grupo – animal de companhia constitui a base do conceito das AAA. A sua evolução seguiu o mesmo processo de desenvolvimento do conceito de TAA até ao momento em que se começou a esboçar a sua definição estimulada pela descoberta de algumas funções específicas dos animais no processo de reabilitação física e emocional das pessoas. Este facto, por sua vez, despertou o interesse na selecção dos animais e preparação dos mesmos para desempenhos específicos. Assim, para clarificar o conceito, torna-se importante identificar as circunstâncias que favoreceram a construção dos seus limites e, conseqüentemente, a sua diferenciação.

A história da relação pessoa – animal deve ser tão antiga quanto a história da humanidade. Possivelmente, os seres humanos iniciaram a relação com os animais em situações de caça para sua sobrevivência ou de ataque para sua protecção. A existência de documentos históricos (pinturas, escritos, gravações) revelam elementos que anunciam a origem pré-histórica da relação pessoa – animal, como é o caso de um fóssil de esqueleto humano com as mãos a agarrar um cão, datado de 12.000 aC, que foi descoberto numa caverna, no Iraque (Bustad & Hines, 1988).

A importância atribuída aos animais nos processos que envolvem o cuidar das pessoas, especificamente no que diz respeito ao tratamento do mal-estar e à cura das doenças, segundo Serpell (2000), varia conforme os sistemas de crenças em que se apoiaram e apoiam as diferentes culturas, ao longo dos tempos.

### **a) A origem da descoberta dos poderes dos animais**

Pensa-se que os primeiros significados atribuídos aos animais se baseiam no sistema de crenças primitivo concebido em torno do animismo<sup>50</sup>, concepção filosófica segundo a qual todos os elementos do mundo têm uma alma (Doron & Parot, 2001). Este sistema caracteriza-se pela interpretação dos problemas relacionados com o mal-estar ou infortúnios que se associa directamente à interferência dos espíritos maléficos, por retaliação de transgressão de algo. É um sistema típico das sociedades primitivas (“*Hunting and gathering cultures*”) que caçavam para comer. Como consequência da caça, ofendiam os espíritos dos animais que eram mortos e estes, por sua vez, vingavam-se. Outra explicação era atribuída à interferência das bruxas ou dos feiticeiros (*Shaman*).

Por se acreditar que a origem dos problemas se relacionava com a atitude dos caçadores perante os animais, constituiu-se assim um estímulo para se valorizar o respeito pelos animais vivos e mortos (Serpell, 2000).

Algumas culturas primitivas americanas e euro-asiáticas acreditavam no espírito guardião (Hultzkantz, 1987). Por exemplo, *manito*<sup>51</sup> era o nome dos espíritos que comumente se faziam representar através de figuras de animais selvagens. Estes espíritos em forma de animal teriam o poder de explicar tudo o que acontecia no dia-a-dia e o valor simbólico desse poder era proporcional ao tamanho do animal que se fazia representar. Os mais poderosos eram os espíritos representados por figuras como o bisonte, o lobo, a vaca e outros de grande porte (Serpell, 2000).

Os poderes dos animais e a bruxaria (*shamanismo*) são historicamente associados. A bruxaria é uma actividade primitiva baseada na crença em poderes mágicos e religiosos, cuja construção recebia influências dos espíritos guardiães. A figura que se fazia representar com tais poderes, na época antiga, a bruxa ou o feiticeiro, desempenhava o papel de mediador das influências dos espíritos. A sua capacidade de transformar a pessoa num animal através da fusão do seu espírito com o espírito guardião representava simbolicamente a relação (Eliade, 1983). Na literatura grega antiga, o poema Odisseia de Homero<sup>52</sup> representa um exemplo do poder de uma bruxa famosa, Circe, de transformar homens em animais. As pessoas acreditavam em vários poderes das bruxas, por exemplo, elas seriam capazes de provocar tempestades, de destruir safras e de prever o futuro; possuíam o monopólio do tratamento das doenças

---

<sup>50</sup> Concepção proposta na filosofia biológica de G.E. Stahl, em 1707, com utilidade na psicologia, uma vez que permite a compreensão de fundamentos sobre o funcionamento inconsciente e o pensamento infantil (Doron, & Parot, 2001).

<sup>51</sup> Nome atribuído pelo povo *Ojibwa* (Chippewa) e seus vizinhos *Algokian* (Serpell, 2000).

<sup>52</sup> Poeta grego antigo. Pensa-se que os seus poemas foram escritos entre 800 a 700 anos a.C. (Enciclopédia Delta Universal:8)

pela sua ligação com os espíritos representados pelos animais, seus familiares, com quem viviam (Idem).

Os Maias<sup>53</sup> da comunidade de *Chamula*, na província de *Chiapas*, no actual México, através das influências da religião cristã e da agricultura promoveram a crença de que cada pessoa à nascença era abençoada por um espírito animal (*chanul*) que possuía poderes divinos com o interesse na fortuna ao longo da existência. Os *chanul* são representados como mamíferos não domésticos com cinco dedos e não fisicamente diferentes dos outros animais. As pessoas descobrem a identidade do seu espírito animal através da sua aparição nos sonhos ou com a ajuda de um bruxa (*shaman*) (Gossen, 1996). Nessa cultura, acredita-se que a maioria das doenças são originadas devido aos ataques e injúrias sobre o *chanul* pessoal e que estes ataques podem ser produzidos conscientemente por via de feitiçarias, por outra pessoa que confunda o seu *chanul* por um animal comum e o mate na caça e pela própria pessoa, que pode assustar e transtornar o seu *chanul* aquando de uma situação que envolva intensas emoções, tais como o medo intenso, raiva, excitação, prazer sexual. A atitude das pessoas de *Chamula* é de respeito perante os animais com características semelhantes às dos *chanul*, os mamíferos selvagens, evitando possíveis ataques ou outros comportamentos que possam comprometer a protecção do seu *chanul*. O tratamento das doenças está relacionado com estas crenças, por isso, é baseado em práticas ou rituais representados por bruxarias (Gossen, 1996).

O culto dos animais faz parte de certas religiões, por exemplo, em alguns casos, o animal que é objecto de culto é considerado um deus e noutros casos o animal é consagrado a um deus. Por exemplo, a cultura egípcia expressava através de representações sensíveis, os seus atributos e as suas várias personificações. Os deuses egípcios manifestavam-se perante os seus fiéis sob a forma de animal. Como exemplo tem-se os deuses Horus, um falcão (filho de Osíris e Ísis); Bast, uma gata; Anubis, um chacal; Hathor, uma vaca (Chalaby, 1999). Para além do culto dedicado aos deuses representados como animais, os egípcios adoravam outros animais reconhecidos como sagrados pelos sacerdotes e sistema religioso. Deste modo, alguns animais foram considerados sagrados, como: o boi em Menfis; o gato tinha um papel importante na religião egípcia, simbolizado através da deusa Bast, representava o benefício do calor do sol, cujo culto se celebrava especialmente no Baixo Egipto, na cidade de Bubastis (Chalaby, 1999). O deus Anubis, que se representava sob a forma de cabeça de um chacal, era considerado o deus dos mortos (Idem).

---

<sup>53</sup> Povo da América Central.

Na cultura grega, *Pã* é um deus com a forma de cabra. Os cães e as serpentes constituíam objecto de culto para o filho de Apollo (o deus da medicina, físico divino), Asklepios (Aescullapius). Em relação às gravuras inscritas no templo de Epidaurus, Serpell (2000) cita um pequeno enxerto<sup>54</sup>, cujo conteúdo traduz elementos que representam o poder dos cães em curar as doenças através das suas línguas.

Outros animais, por exemplo o urso, eram objecto de culto para algumas tribos do continente norte-americano; o elefante é um animal sagrado na Tailândia; vários animais são venerados na Índia, onde muitas pessoas acreditam que a alma de uma pessoa pode renascer no corpo de um animal (transmigração)<sup>55</sup>.

No início da era cristã, na Europa, algumas ideias e práticas de bruxarias prevaleciam. Alguns santos célticos, ingleses e irlandeses, como, por exemplo, São Francisco de Assis, Santo António de Pádua (seu seguidor) foram distinguidos pela sua sintonia especial com os animais, com aves e com peixes, respectivamente.

A contribuição dos cães através do toque e das lambidelas foi valorizada e manteve-se ao longo da era Cristã. Por exemplo, S. Roque, S Christopher, S. Bernardo, à semelhança das práticas de *Asklepios* parece terem seguido o mesmo caminho, sendo conhecidos como pessoas que curavam feridas e outros problemas (Serpell, 2000).

Ao longo dos tempos, o valor dos animais foi evoluindo, apoiando-se nas crenças primitivas, a pontos de se valorizar o seu poder sobrenatural para curar, especialmente do cão. Na Europa medieval, esta tendência foi associada pela Igreja ao pré-cristianismo, no entanto a introdução da Inquisição marca na Europa Ocidental, a desvalorização do poder dos animais, uma vez que os significados atribuídos aos animais eram associados às práticas de bruxaria, implicando pesadas condenações (*Idem*).

As práticas de bruxarias conduziram a superstições amplamente difundidas. Por exemplo, um gato preto traz má sorte se se cruzar no caminho de uma pessoa. Esta superstição surgiu da crença de que toda a bruxa tinha um demónio pessoal, seu familiar e que esses demónios familiares, que viviam com as suas bruxas e as serviam, existiam sob a forma de um gato preto<sup>56</sup>.

### **b) A valorização dos poderes social e terapêutico dos animais**

Alguns achados históricos mostram a contribuição dos animais para a civilização dos povos. Pode-se dizer que quando o homem primitivo utilizou o cão (lobo domesticado) como seu companheiro para caçar, estava naturalmente a aprender a socializar-se.

---

<sup>54</sup> “A dog cured a boy from Aigina. He had a growth on his neck. When he said come to the dog, one of the sacred dogs healed him while he was awake with his tongue and made him well” (p. 9).

<sup>55</sup> Enciclopédia Delta Universal (5), p.469.

<sup>56</sup> Enciclopédia Delta Universal (3).

A necessidade de ensinar os animais a reagir sem medo ao contacto com a pessoa (domesticação) foi estimulada, inicialmente, pela necessidade dos povos primitivos de se alimentar; posteriormente, pelo reconhecimento das diferentes funções que alguns animais domésticos (também conhecidos por animais de quinta ou de estimação: cavalo, vacas, gatos, cães, etc.) poderiam desempenhar, por exemplo, como companhia, de trabalho, de protecção, de competição desportiva.

Os animais de estimação (e.g. cães, gatos, periquitos, canários, peixes) são companheiros interessantes e divertidos por responderem às estimulações produzidas pelos seus donos. Eles requerem naturalmente cuidados de manutenção e outros que permitem o seu desempenho de acordo com as necessidades de ajuda recíproca.

Sabe-se que os antigos egípcios domesticavam alguns animais que eram usados como objecto de culto religioso (e.g. gatos e babuínos) e como instrumento de caça (e.g. hiena). Os romanos criavam e domesticavam animais selvagens (e.g. leões, macacos, elefantes), para além de cães e cavalos (por exemplo, o imperador romano tinha como animal de estimação um leão). Ensinavam os macacos a guiar charretes, os elefantes a actuar nos circos e outras habilidades.

Algumas pessoas famosas davam especial importância aos animais de estimação. Por exemplo, Alexandre (o Grande) ao seu cavalo, Bucéfalo; Otto von Bismarck (estadista prussiano) aos animais de estimação – cães de raça –<sup>57</sup>.

Embora se reconheça a história dos animais de estimação, parece que a atitude humana relativamente a estes começou a seguir outra orientação e foi incrementada a partir dos finais do séc. XVII e princípios do séc. XVIII (Maehle, 1994, Thomas, 1989). Houve uma expansão das práticas de manutenção dos animais de estimação, deixando de ser quase exclusivas dos aristocratas e passando a ser também comum na classe média urbana. O contexto que favoreceu tais mudanças envolveu os movimentos migratórios, como foi o caso do êxodo rural, o que por sua vez determinou novas necessidades na população especialmente ao nível social e afectivo (Thomas, 1989).

O primeiro registo sobre o uso de animais para ajudar as pessoas com problemas de saúde parece ter sido realizado em Gell, na Bélgica, no séc. IX. Uma comunidade aberta e com uma atmosfera de afinidades, onde os seus habitantes proporcionaram às pessoas com problemas mentais condições no sentido favorecer o restabelecimento da harmonia espiritual e corporal. Por exemplo, os doentes desenhavam livremente pessoas e animais (Bustad & Hines, 1988).

O valor dos animais como agentes de socialização das crianças foi igualmente aflorado por John Locke, em 1699, quando este através dos seus escritos transmitiu a

---

<sup>57</sup> Enciclopédia Delta Universal (1)

ideia de que proporcionando às crianças o cuidado de animais, como cães, esquilos, aves e outros, ajudava-as a desenvolver sentimentos e a promover a responsabilidade (Serpell, 2000). Mais tarde, a partir do séc. XVIII, as influências dos animais sobre o comportamento das crianças, especialmente no controlo das emoções e na capacidade de reflexão, através do seu cuidado, foram especialmente valorizadas. Também a partir daí começaram a ser introduzidos como temas didácticos, na literatura infantil, os aspectos relacionados com o bem-estar e protecção dos animais, com o objectivo de promover a formação ética e cívica (Grier, 1999, Ritvo, 1987).

Em contexto terapêutico institucional, o início da utilização dos animais reporta a 1792 em Inglaterra, no *York Retreat*, estimulado pela iniciativa de um grupo de *Quakers*, membros da Sociedade Religiosa dos Amigos (*Society of Friends*) (McCulloch, 1983). Este grupo, em 1791, após ter sido confrontado com a morte de um membro (seu familiar) que residia num manicómio perto de York, começou a questionar o tratamento das pessoas com perturbações mentais (Tuke, 1964; citado por Hooker *et al.*, 2002). A partir daí surgiu o *York Retreat*, um manicómio privado fundado por William Tuke, um *Quaker* que comercializava chá em York. Leigo em psiquiatria, pretendia melhorar a qualidade dos cuidados disponíveis para os membros com perturbações mentais da sua comunidade *Quaker* (Shorter, 2001). William Tuke foi considerado o mentor das «políticas de cuidado e brandura» ali instituídas, alicerçadas na doutrina do «tratamento moral»<sup>58</sup> (*Idem*). Impulsionou assim um movimento com o objectivo de minimizar os efeitos dos métodos que considerava desumanos utilizados nos manicómios, baseados na punição e imobilização.

O método de *Tuke* seguia uma orientação baseada no Cristianismo e no senso comum e continha um elemento essencial ao tratamento que era o reforço positivo do autocontrolo (Jones, 1955, citado por McCulloch, 1983). O referido manicómio tinha um jardim com animais domésticos, aves e coelhos, e os doentes eram encorajados a cuidar do jardim e dos animais (*Idem*).

O contexto que favoreceu a origem da descoberta dos efeitos de socialização dos animais foi coincidente com a tendência de «manejo» terapêutico iniciada através do pensamento próprio do iluminismo, no século XVIII, em que se acreditava poder vir a melhorar as terapêuticas herdadas das gerações anteriores seguindo as ideias humanistas e terapêuticas e, ainda, com as preocupações centradas nos métodos úteis no controlo dos comportamentos dos doentes hospitalizados em manicómios.

A partir desta altura, surgiram várias tentativas para difundir a sua prática em alguns países. Por exemplo, em 1867, na Alemanha Ocidental, Bielefeld, foi criada uma

---

<sup>58</sup> Com Pinel, “(...) tornou-se um modelo de ouro das administrações dos manicómios, no iluminismo”, cujos ingredientes principais eram «bondade e ocupação» (Shorter, 2001, p.34 - 54).

residência de tratamento – Bethel – para doentes epilépticos com dificuldades funcionais de natureza física e mental, integrando desde o início alguns animais domésticos (e.g. cães, gatos, cavalos e aves), na linha do método utilizado em *York Retreat* (McCulloch, 1983).

Nos Estados Unidos, a história do uso de animais de estimação iniciou-se em 1919, com a contribuição de Franklin K. Lane (Secretário do Interior), que sugeriu o uso de cães com doentes psiquiátricos hospitalizados no Hospital de St. Elizabeth, em Washington (Hooker, Freeman & Steewart, 2002). Em 1942, em Nova York, no hospital militar *The Pawling Army Air Force Convalescent Hospital*, num programa de actividades baseado no trabalho numa quinta que incluía cavalos, aves e outros animais, dirigido a veteranos de guerra vítimas de traumas, foi incluída uma actividade de terapia facilitada por animais (*animal-facilitated therapy*) para distrair os doentes.

Em 1966, na Noruega, num centro de reabilitação funcional, com ênfase na reabilitação física, cavalos e cães foram animais utilizados no processo de recuperação através do ensino de *sky* e equitação (*Idem*).

Compreensivelmente, a transposição das tendências que emergiram na época da Psicologia Iluminista, ancoradas no «tratamento moral» ultrapassou as fronteiras europeias e intercontinentais, o que, por sua vez, veio a difundir actividades com animais no sentido de promover um ambiente institucional que favorecesse a recuperação dos doentes. Mas a inexistência de registos que permitissem avaliar os resultados acerca dos efeitos dos animais no contacto com as pessoas que tinham problemas de saúde foi, infelizmente, um dos factores que dificultou reconhecimento científico do valor social e terapêutico das actividades com animais (Beck & Katcher, 1983).

O prazer que um animal de companhia pode proporcionar às pessoas doentes foi reconhecido também por Florence Nightingale, em 1860, quando nas suas notas sobre a enfermagem, refere o seguinte: *A pet bird in a cage is sometimes the only pleasure of an invalid confined for years to the some room* (citado por Hooker *et al.*, 2002, p. 18).

Antes da década de 40 do séc. XX, parece que não houve publicações sobre esta área temática. A partir daí, começou a surgir o interesse sobre os efeitos da relação pessoa – animal de estimação, estimulado por James H. S. Bossard quando publica um artigo, no *Mental Hygiene*, em 1944, New York, sobre o valor dos animais domésticos na vida familiar e na saúde mental dos seus membros (citado por Rowan & Thayer, 2000). Bossard, apoiando-se numa perspectiva sociológica, listou alguns atributos dos animais de estimação, especialmente dos cães (*Idem*). Por exemplo, afirmou que manifestavam amor incondicional; que serviam de válvula de escape; que funcionavam como “professores” das crianças na ajuda para a autonomia e o sentido de responsabilidade e que funcionavam como lubrificante social e companhia.



Mais tarde, no início da década de 60, igualmente nos Estados Unidos (New York), o valor social e terapêutico dos animais começou a ser clinicamente reconhecido por Boris Levinson (psicólogo) quando o mesmo no decorrer da sua experiência clínica foi surpreendido por uma criança que se envolveu com o seu cão de estimação, Jingles, brincando e tornando-se mais receptiva à terapia (Beck, & Katcher, 1983). A sua curiosidade científica foi estimulada e, com a introdução do seu cão de estimação como *co-terapeuta* nas sessões de psicoterapia infantil, baptizadas com o nome de *Pet Facilitated Therapy*, começou a interessar-se pelos efeitos dos *pets* (animais de companhia e de estimação) na dinâmica familiar, caracterizando-os como mobilizadores ou precipitantes da conversa e compensadores emocionais para os membros familiares (Messent, 1983). A partir dessas observações, descreveu os benefícios terapêuticos dos animais no processo de desenvolvimento das crianças e em doentes hospitalizados e não hospitalizados (McCulloch, 1983).

A partir da década de 90, aumentou o interesse em se difundir o uso dos animais em contextos institucionais, sendo de destacar a criação do *Eden Alternative* por William Thomas. Este desenvolveu um grande esforço para reestruturar as condições dos serviços de saúde daquela instituição, com especial atenção sobre as preocupações centradas na protecção e no conforto de quem lá vivia e de quem lá trabalhava. Neste sentido acreditava que trazendo o mundo natural e os animais aos doentes institucionalizados poderia proporcionar a diminuição da sua solidão e do seu isolamento (Thomas, 1989).

### 1.3 – Origens do reconhecimento

No início da década de 70 do séc. XX, num simpósio organizado em parceria com a Bretanha e o Canadá, foi discutido e examinado o papel dos animais na sociedade. No parecer de Fogle (1983), tal evento fez despertar as consciências para a protecção dos animais, reconhecida por filósofos e humanistas (preocupados com os direitos dos animais), o interesse em utilizar os animais de companhia em contextos institucionais, e, ainda, o interesse em investigar sobre a relação entre os animais de companhia e os seus donos. Foram ainda relevantes os problemas (solidão, isolamento, falta de estimulação, tristeza e depressão) que as pessoas institucionalizadas em lares (idosos) e residências (com deficiências físicas e mentais) (Corson *et al.*, 1975).

No Hospital Psiquiátrico Universitário em Ohio, no início da década de 70, Boris Levinson e o casal Sam e Elizabeth Corson, psiquiatras e seus colaboradores, foram os

primeiros a investigar as contribuições dos animais (cão) no tratamento de adolescentes e adultos e foram publicando as suas observações (Fogle, 1983).

Conforme já foi referido, em 1975, o casal Corson proporcionou aos idosos institucionalizados em residências (*Nursing homes setting*) o contacto com um cão e, segundo parece, foi uma experiência bem sucedida tendo em conta que os registos de observação revelaram melhorias do estado físico, psicológico e social dos idosos que estabeleceram contacto com o animal (Corson & Corson, 1978).

Mais tarde, o mesmo casal filmou os idosos em interacção com os *pets* durante as visitas e identificaram respostas emocionais positivas evidenciadas por sorrisos, expressões de alegria e manifestações que demonstravam calma (Corson & Corson, 1981).

O interesse em estudar a natureza do vínculo emocional e psicológico entre a pessoa e o animal e os efeitos da ligação entre eles, bem como em explorar as várias contribuições terapêuticas e ainda em disseminar a informação foi formalmente assumido por um grupo de profissionais com formação diversificada (treze profissionais: psicólogos, psiquiatras, veterinários e biólogos sociais) criado em Março de 1979 e apoiado pelo *The Center on Interactions of Animal and Society* (Delta Society), fundado dois anos antes, em 1977 e sediado na Escola de Veterinária da Universidade de Pensilvânia, nos Estados Unidos (Beck & Katcher, 1983).

Porém, na realidade, só a partir da década de 80, é que se começou a reconhecer cientificamente o valor dos animais no contexto terapêutico, tanto em doentes hospitalizados como em doentes não hospitalizados. Não foi fácil instituir a convicção sobre os efeitos positivos dos animais sobre a saúde física e emocional das pessoas. Boris Levinson (1983) apresentou o seu testemunho referindo-se ao encontro organizado pela *American Psychological Association*, em 1961, quando expôs a sua comunicação *The dog as a co-therapist*, tendo sentido que alguns dos presentes aceitaram as suas ideias, enquanto outros as consideraram ridículas.

Historicamente, as AAA na sua origem basearam-se no tipo de interacção entre as pessoas e animais, designado por *living environment*, como foi descrito por McCulloch (1983), em que era proporcionado às pessoas institucionalizadas a oportunidade de cuidarem dos animais que viviam no ambiente institucional. Evoluindo para a utilização dos termos *Pet – mobile*, *pet visit* ou *partial-time companions* no sentido da definição do tipo de interacção que se pode estabelecer em programas baseados em AAA (McCulloch, 1983).

## **2 – ACTIVIDADES ASSISTIDAS POR ANIMAIS (AAA) NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO ADULTO**

### **2.1 – Conceitos de saúde e o bem-estar**

Saúde e Bem-estar da pessoa é um processo dinâmico que pode ser conceptualizado como um nível de funcionamento óptimo alcançado por cada pessoa ao longo da sua vida. Um conceito que envolve as componentes de bem-estar físico, psicológico, social, ambiental e espiritual, que interligam entre si. Neste sentido, considera-se que a pessoa tem uma vida saudável quando vive em harmonia consigo própria e com os outros e o ambiente.

Por seu turno, qualidade de vida foi uma expressão utilizada primeiramente por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos, em 1967, num contexto político específico, na avaliação dos resultados dos seus programas. Tendo-se a partir daí desenvolvido alguns conceitos, tais como “padrão de vida” e “qualidade de vida”, que foram integrados nas áreas das ciências sociais, políticas e filosóficas (OMS, 1998), com a finalidade de ampliar os indicadores até então utilizados para avaliar o nível de saúde das pessoas, limitados ao controlo dos sintomas, à diminuição da mortalidade ou ao aumento da expectativa de vida.

Couvreur (2001) refere-se à qualidade de vida como um bem frágil, impalpável e muito precioso. Segundo a OMS (WHO, 2001), qualidade de vida é a percepção, por parte dos indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade. Trata-se de um conceito que se centra na avaliação subjectiva da pessoa, baseada na percepção do impacto do seu estado de saúde e da ligação com a sua capacidade de viver plenamente (OMS, 1998). Para além da condição de saúde e necessidades de tratamentos, inclui uma variedade de outros aspectos que podem afectar a percepção da pessoa, como os seus sentimentos e os seus comportamentos relacionados com o funcionamento diário (Bullinger *et al.*, 1993).

Bullinger *et al.* (1993) consideram que a perspectiva transcultural de qualidade de vida deve integrar a componente do bem-estar psicológico sentido pela própria pessoa, as condições físicas e sociais que favoreçam a sua integração e se sintam funcionalmente competentes. Engloba deste modo o bem-estar físico, material, social e emocional (Felce & Perry, 1995).

Integrando esta visão alargada e multidimensional do conceito e no sentido de uma operacionalização, a OMS (1998) considera que a qualidade de vida é apoiada pela percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, integrado no contexto sócio cultural em que está inserido, tendo em conta os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

As pessoas com limitações de natureza pessoal, ambiental e física podem obter oportunidade de melhorar o seu bem-estar nas diferentes componentes, desde que lhes sejam proporcionadas as condições para o efeito. Para que isso aconteça é necessário que se valorize e se integre a concepção de bem-estar aos diferentes níveis do poder (local, institucional e central). Embora se tenha a noção de que hoje, já no séc. XXI, especialmente na sociedade ocidental, a pessoa em situação de procura do bem mais precioso, a saúde, se vê perante uma encruzilhada de forças externas: por um lado, a corrente clássica, suportada pela abordagem da medicina convencional/tradicional, que valoriza a sua passividade, isto é, no dizer de Illich<sup>59</sup> a «expropriação da saúde pela medicina», por outro, o caso da corrente mais moderna que valoriza a sua participação nos cuidados (legalmente preconizada nos direitos e deveres como utilizador dos serviços de saúde), impulsionada pela abordagem *holística*.

Mesmo que não seja portadora de perturbações, a pessoa tem de responder às exigências, assumindo a sua responsabilidade no processo da qualidade de vida, que contempla a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Este posicionamento não se revela porém simples na aquisição de mais-valias na qualidade de vida da pessoa. Torna-se sim, ainda mais difícil e complexo quando a pessoa é portadora de uma perturbação psiquiátrica, visto que também é confrontada com factores adicionais, como sejam: o estigma «das doenças mentais»; a exclusão social; a insuficiência e incapacidade dos serviços comunitários de prestarem uma ajuda compreensiva e integradora, no sentido de poderem vir a restabelecer o seu equilíbrio no contínuo saúde – doença; as limitações da família.

Para além dos prejuízos produzidos pela própria doença, que produz diminuição de energia, desequilíbrio na visão do mundo exterior (transitório), deterioração progressiva das suas capacidades, enfim, perante estas e outras adversidades, como é que a pessoa e grupos conseguem melhor qualidade de vida? Não será simples, mas é possível, visto que a pessoa tem as suas capacidades e competências e o recurso a ajudas externas poderá ser importante no alcançar do seu objectivo.

---

<sup>59</sup> Illich, Ivan (1975, citado por Couvrer, 2001).

Couvreur (2001) ilustra esta ideia com o caso de Jean<sup>60</sup>, que seguiu um percurso com relativo sucesso de qualidade de vida, o que ajuda a acreditar na descoberta de caminhos alternativos para o efeito, como é o caso das AAA, pelos efeitos benéficos que poderão produzir.

Neste domínio, os processos de ajuda social basearam-se nas descobertas dos efeitos benéficos dos animais de companhia principalmente sobre a saúde e qualidade de vida, em diferentes contextos; também sobre o desenvolvimento psicossocial em diferentes fases da vida da pessoa e ainda sobre o ambiente relacional.

## **2.2 – Efeitos benéficos de AAA na promoção da saúde e bem-estar do adulto**

A revisão da literatura anuncia alguns efeitos gerais das AAA que incluem as possíveis respostas comportamentais em função das mesmas, considerando a duração da interacção entre a pessoa – animal, conforme o contacto de longa e de curta duração e alguns efeitos específicos. Assim, os efeitos benéficos foram organizados da seguinte forma: efeitos benéficos gerais sobre a saúde e bem-estar da relação pessoa – animal, em situação de contacto de longa e curta duração; efeitos específicos da relação pessoa – animal na clínica e ambiente, em contexto psiquiátrico e efeitos sobre o desenvolvimento psicossocial da pessoa.

### ***a) Efeitos benéficos gerais da relação pessoa – animal, em situação de contacto de longa e curta duração***

#### *Efeitos de longa duração*

Os *pets* (animais de estimação) podem proporcionar influências positivas sobre o desenvolvimento pessoal e grupal dos seus donos através do contacto permanente. Eles

---

<sup>60</sup> Jean é um homem feliz que não tem medo do trabalho. Embora não tenha uma formação de nível muito elevado, tem um bom emprego e não hesita em fazer horas suplementares. É por isso que não teve ocasião para se dedicar a uma ocupação de lazer. Pouco depois dos cinquenta anos, ficou sem emprego. Num primeiro momento, procura activamente um trabalho e consagra o tempo que lhe resta a fazer desportos não dispendiosos – bicicleta e marcha. Mas, progressivamente, rende-se à evidência: não tem qualquer hipótese de encontrar um emprego. O desencorajamento instala-se e perde o gosto pelo ciclismo e pela marcha. Fica confinado ao seu apartamento, que infelizmente é pequeno, a ler, a ver televisão e a fumar cada vez mais. As suas relações sociais reduzem-se porque deixa de ter possibilidade de pagar as saídas com os amigos. As relações com a sua mulher tornam-se tensas. Não tem gosto por nada, a sua saúde degrada-se... até ao dia em que a mulher traz para casa um cachorrinho. Jean começa a interessar-se pelo *animalzito*, cuja saúde está frágil, e procura documentação sobre a educação dos cães. Progressivamente, começa a passear-se com o cachorro. Este torna-se mais forte graças aos passeios cada vez mais longos que faz com o seu novo dono. Jean, devido ao exercício físico diário, recupera o apetite, fuma menos, xtrava novas relações no parque com os donos de outros cães, sente-se útil a alguém... e reencontra o seu equilíbrio, tanto físico como psíquico. (Couvreur,2001, p.47-48).

requerem afectos e companhia e por esse motivo poderão aumentar o sentimento de utilidade e de auto-valorização (Gorczyca *et al.*, 2000). Por outro lado, como é assinalado por Cusak (1988) eles podem servir como substitutos dos amigos, especialmente no funcionamento como confidente. Efeitos que dependem certamente do tipo de animal. Por exemplo, parece que as pessoas que têm cães relativamente às que têm gatos passeiam mais vezes e durante mais tempo, encorajando-as mais ao exercício (Serpell, 1991; Bauman *et al.*, 2001) e promovendo a interacção com pessoas estranhas (Rowan & Lori, 2000).

Outros estudos apresentam indicadores favoráveis ao bem-estar físico e sócio-emocional dos *pet owners*. Por exemplo, Siegel (1990), com o propósito de explorar os efeitos directos e indirectos dos *pets* sobre os seus donos, realizou um estudo prospectivo com 938 idosos que foram acompanhados durante doze meses. Foram realizadas entrevistas (no início e de dois em dois meses) e avaliação do stress (inicial, após 6 meses e no final, aos 12 meses). Verificou-se que os idosos sem *pets* foram mais vezes, ao longo do ano, ao médico; os que tinham um cão (*dog owners*) relataram menos acontecimentos de vida negativos; os que tinham animais de estimação (*pet owners*) relataram como benefícios da companhia dos animais sentimentos de segurança e de amor. Os *dog owners* revelaram diferenças qualitativas em relação aos outros *pets owners* no stress.

Também o estudo correlacional realizado por Anderson *et al.* (1992), com a participação de 5741 participantes, em que destes 784 tinham animais de estimação e os restantes 4957 não os tinham. Após a avaliação da pressão arterial e valores laboratoriais, os autores verificaram que os indivíduos que tinham *pets*, comparando com os que não tinham, especificamente os homens apresentavam valores mais baixos nos níveis de colesterol e triglicéridios e as mulheres têm menos factores de risco de doença coronária na menopausa e pós menopausa. Deste modo, concluíram que a relação com um animal de estimação protege as pessoas de desenvolverem doença coronária ou diminui a progressão da doença em pessoas que tiveram ameaça de enfarte ou enfarte do miocárdio.

Outros estudos indicam que as pessoas que têm animais de estimação beneficiam de alguns efeitos protectores, especificamente pessoas com doença cardíaca. Constitui exemplo, o estudo de Friedmann, *et al.* (1980), que, com o objectivo de analisar a relação entre a gravidade dos problemas cardíacos dos doentes seleccionados e a idade, a depressão, o apoio social e o ter ou não ter animal de companhia, realizaram um estudo longitudinal durante cerca de dois anos. Entrevistaram 92 doentes hospitalizados, durante dois anos, e após um ano foram contactados 78 sobreviventes: 50 (3 morreram) doentes que tinham *pets* e 28 (11 morreram) doentes que não tinham *pets*. Concluíram

que um animal de companhia serve de efeito protector para a saúde (ex.: o cão possibilita caminhadas, trocas sociais), favorecendo o aumento da taxa de sobrevivência.

Ainda neste sentido, outras investigações indicam que as pessoas que têm animais de estimação (*pet owners*) revelam outros benefícios ao nível da saúde, por exemplo: os adultos apresentam menos problemas de saúde (Serpell, 1991), vão menos vezes ao médico (Siegel 1990) e manifestam níveis de stress mais baixos (Goldmeier, 1986); os idosos sofrem menos de depressão e as mulheres idosas que vivem sozinhas ostentam mais disposição de vida (Goldmeier, 1986); os donos dos cães de assistência manifestam diminuição dos níveis de depressão, solidão e irritabilidade (Valentine *et al.*, 1993); as famílias aparentam mais segurança emocional (Nebbe, 1991). Também podem beneficiar de outras ajudas, nomeadamente na prevenção de: dores de cabeça, lombalgias, problemas de concentração, de sono, constipações, problemas oculares (Serpell, 1991); Renite e asma alérgica durante o primeiro ano de vida reduz, absentismo na escola por doença nas crianças, stress e ansiedade (McNicholas *et al.*, 2005).

Num estudo etológico realizado por Smith (1983) com o objectivo de explorar as interacções entre donos e seus animais, foram observadas 10 famílias com animais de estimação (cão) tendo-se verificado que os cães eram mais atentos para as pessoas do que as pessoas para eles; as pessoas não mudavam de actividade com a ausência do cão. Observaram dois tipos de interacção com o animal: um através do contacto e outro através do jogo. Também constataram que as famílias com crianças estabeleciam uma dinâmica de interacção com o animal diferente das famílias que não tinham crianças; os homens e as mulheres estabeleciam uma interacção semelhante, embora os homens brincassem e tocassem mais repetidamente no cão.

Muito recentemente, Tower & Nokota (2006), num estudo que realizaram com o objectivo de examinar de que forma é que os efeitos positivos ou negativos sobre a saúde mental das pessoas estão associados ou não com o ter ou não ter animal de estimação, questionaram 2.439 pessoas via Internet, através da aplicação de um questionário de caracterização e uma escala de sintomas depressivos (*Center for Epidemiology Scale for Depression: CES-D*), e, conforme os resultados obtidos, concluíram que o efeito positivo da vivência com animais de estimação sobre os níveis de depressão são ampliados nas pessoas de mais idade e com estado civil de casado.

Em contrapartida, Kuan *et al.* (2005), com o objectivo de explorar os efeitos dos animais de estimação sobre a auto-estima e auto-eficácia dos seus donos, realizaram um estudo correlacional em que de forma aleatória organizaram dois grupos de sujeitos, 55 com e 45 sem animal (entre 14 e 68 anos, a maioria mulheres, solteiros, chineses, universitários, trabalhadores do sector privado a vivem em vivendas). Como instrumentos de medida, utilizaram a escala de auto-eficácia de Sherer *et al.* (1982) e a escala de auto-

estima de Nugent & Thomas (1993). Os autores não verificaram diferenças significativas entre os grupos (citados por Kuan *et al.*, 2005).

Podemos assim concluir que a grande maioria dos estudos e dos autores enfatizam o valor da relação com o animal de companhia como um apoio social, proporcionando manifestação de prazer, recreação e relaxamento.

#### *Efeitos de curta duração*

Estes efeitos podem ser directos sobre os indicadores de stress ou de saúde e indirectos, interferindo como moderadores do stress ou amortecedores dos seus efeitos. Existem estudos que indicam alguns efeitos da observação e da interacção com os animais.

Relativamente aos efeitos da observação de animais, em situação de contacto directo, os efeitos estão associados com o relaxamento baseado em evidências de baixos níveis de indicadores fisiológicos com a estimulação do sistema nervoso parassimpático. Por exemplo, Katcher *et al.* (1983) referiram como resultados de um estudo por eles realizado que os indivíduos iam apresentando valores de pressão arterial progressivamente mais baixos à medida que iam observando os peixes de um aquário a nadar. A diminuição dos valores de Tensão Arterial foi mais prolongada do que quando observaram plantas em movimento na água sem peixes. Também Friedman *et al.* (1983) referem que com a presença de um cão amigo as respostas de stress cardiovascular de indivíduos diminuem.

Parece que as pessoas numa situação *stressora* prestam mais atenção aos animais, mostrando resultados mais favoráveis, especificamente na redução dos níveis de stress e ansiedade. A título de exemplo, Friedman (2000) através do seu estudo concluiu que os indivíduos em situação de stress perante a companhia de um cão amigo apresentam níveis de ansiedade e de stress mais baixos. A mesma autora assinala ainda que as respostas moderadoras do stress variam consoante a percepção que as pessoas têm dos animais. Aquelas que apresentam uma percepção mais favorável, apresentam igualmente uma maior diminuição de respostas ao stress.

Em relação aos efeitos da interacção com animais, os resultados de alguns estudos sugerem que a interacção (e.g. tocar e falar) com os animais de estimação possibilita diferentes efeitos. Constitui exemplo, o estudo realizado por Odendaal (2000), que avaliou os efeitos psicofisiológicos que a interacção com um animal de estimação poderiam produzir na pessoa, através de um contacto entre 5 a 24 minutos com o animal. O autor observou um aumento significativo da concentração plasmática de  $\beta$ -endorfina, oxitocina, prolactina e dopamina e uma diminuição do cortisol (hormona associada com o



aumento do stress), substâncias que actuam positivamente no estado de ânimo e comportamental.

Outros estudos, por outro lado, indicam que a interacção com o animal permite contrariar os estímulos interpretados como ameaçadores pelo indivíduo (Harris, 1993; Wilson, 1987; Baun *et al.*, 1984; Katcher, 1981). Proporciona também a diminuição da depressão (Folse *et al.* 1994) e a moderação do stress (Straaman *et al.* 1997). Permite ainda a diminuição da tensão arterial (TA) (Harris *et al.*, 1993; Katcher, 1981). Baun *et al.* (1984) verificaram ainda que o contacto com o cão através do toque possibilitou a diminuição da tensão arterial.

Neste sentido, vários estudos mostram evidências favoráveis à percepção dos *pets* como suporte social e emocional, como é o caso do estudo de Muschel (1984), que permitiu a verificação do aumento da qualidade de vida e bem-estar de alguns doentes hospitalizados com problemas oncológicos através de um programa de visitas sociais de um cão.

Várias investigações confirmam que os *pets* proporcionam efeitos que beneficiam a saúde humana. Para além dos anteriormente referidos, Gorczyca *et al.* (2000) referem também o apoio emocional especialmente a quem mais necessita, como é o caso das pessoas com perturbações psiquiátricas graves, e ainda a diminuição do isolamento e dos sentimentos de solidão, aumentando os sentimentos de intimidade e apego (*Idem*).

O animal pode ser percebido como uma fonte de apoio emocional, o que poderá ser particularmente interessante para ajudar os indivíduos que se sintam desprotegidos e simultaneamente ameaçados, como é o caso dos doentes que têm perturbações psiquiátricas, particularmente, em fase aguda da doença e que são hospitalizados.

### ***Efeitos específicos da relação pessoa – animal na clínica e ambiente, em contexto psiquiátrico***

Na clínica, estão descritos diversos tipos de efeitos que os animais poderão produzir quando inseridos em diferentes actividades de âmbito terapêutico, psicossocial e sócio-emocional.

#### ***Os animais como “lubrificantes” sociais***

A descoberta dos animais como “lubrificantes” sociais foi realizada por Levinson (1962), considerado o pioneiro na utilização dos animais em sessões de psicoterapia infantil, ponderou a hipótese de que os animais poderiam representar a função de catalizador na ajuda promovendo mais progressos terapêuticos.

Rice *et al.* (1973) realizaram um estudo exploratório com o objectivo de avaliar o uso de animais em psicoterapias por clínicos, nos Estados Unidos. Como resultados,

verificaram que a utilização dos animais servia como veículo de relações interpessoais de natureza positiva; como facilitadores de sintonia entre os interlocutores; como estimuladores de produção de simbolismos ou fantasias. Mallon (1992) refere que os animais servem para facilitar o início da relação interpessoal entre o terapeuta e o cliente. Nesta conformidade, Arkwn (1982) considera que os animais servem como conectores na relação de âmbito terapêutico.

Corson & Corson (1980), por seu turno, àquela função, denominaram-na como função de lubrificação social, no sentido em que o animal proporciona conforto e deste modo promove a sintonia na relação terapêutica (Fine 2000).

Noutro ângulo, Beck *et al.* (1986) sugerem que os terapeutas que usam animais proporcionam outras condições de segurança ao doente, mostrando-se menos ameaçadores e mais confiáveis. Também Peacock (1986) sugere que nas entrevistas clínicas o cão serve para reduzir a tensão inicial e promove uma atmosfera mais leve e colorida. Baun *et al.* (1984) consideraram que os animais ajudam a acalmar a pessoa e a reduzir a sua excitação.

#### *Os animais como catalizadores de emoções.*

Fine (2000) considera que os animais podem estimular a melhoria de humor e a regulação do clima emocional. Na mesma linha, também Norman Cousins (1989<sup>61</sup>) sugere que o sorriso e a diversão são dois ingredientes importantes que produzem um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas e que os animais não promovem simplesmente uma atmosfera agradável, também proporcionam diversão e sorrisos. Perante manifestações emocionais e comportamentais humanas eles dão contribuições únicas, produzindo conforto e segurança, no sentido de os ajudar no controlo das emoções, o que os profissionais nem sempre conseguem utilizando as estratégias terapêuticas disponíveis (e.g. estratégias verbais, técnicas de relaxamento) (Fine, 2000). O mesmo autor sublinha a importância na regulação dos comportamentos dos indivíduos, particularmente em indivíduos adultos que manifestam comportamentos reactivos e através da focalização sobre o animal os mesmos poderão ser regulados.

---

<sup>61</sup> No seu livro “*The Biology of Hope*” (1989).

### *Os animais como co-terapeutas*

Alguns estudos indicam a importância dos animais como *co-terapeutas*. Por exemplo, Fine (2000), com base na sua experiência clínica, usou um pássaro ao longo do processo de tratamento de uma menina com 8 anos de idade para a ajudar a fazer a introspecção sobre a importância do seu corpo e seu domínio sobre ele. Por outro lado, os animais também poderão funcionar como objecto de modelação, uma vez que o doente pode observar o tipo de interacção que o animal estabelece com clínico reconhecendo desse modo sentimentos de ligação e cuidado com o animal (Fine, 2000) e desta forma poderá melhorar a sua capacidade de interacção. Segundo o mesmo autor, alguns cenários podem ser usados, por exemplo, através das questões que os doentes fazem ao clínico acerca dos cuidados de manutenção prestados ao animal, incluindo sentimentos de compaixão, de firmeza, consistência e amor. Estes podem ser identificadores de interacções e respostas apropriadas aos comportamentos. Por exemplo, com os adultos, poderá constituir uma forma de discussão dos limites das fronteiras em unidades de internamentos, da necessidade de serem amados e admirados e da importância dos processos de interacção apropriados.

Por outro lado, a influência do ambiente sobre os processos e resultados dos tratamentos foi já percebida pelos povos antigos. Barnard (1954, citado por Fine, 2000) fez referência aos templos pagãos da antiguidade onde se promoviam curas de determinadas doenças, através da criação de atmosferas de encorajamento e esperança. Deu como exemplo um templo antigo, no Cairo, que proporcionava diariamente a audição de música aos doentes através de concertos.

Em referência a algumas vantagens das AAA sobre o ambiente, Beck (2000) menciona a possibilidade de se proporcionar status aos animais, veiculando-se assim a sua aceitação perante as pessoas. Por outro lado, também refere a possibilidade de aumentar a moral dos profissionais que são muitas vezes envolvidos e “contagiados” e perante aqueles que eram mais renitentes em os aceitar poderão alterar a sua atitude. E ainda, refere a possibilidade de se promover uma imagem positiva da organização e apoios/donativos.

Beck *et al.* (1986) formularam a hipótese de que os animais poderiam alterar o ambiente terapêutico e torná-lo menos ameaçador para os doentes com diferentes perturbações psiquiátricas. Através do seu estudo, verificaram que os doentes do grupo que tinha no seu quarto pássaros, apresentaram-se mais participativos comparativamente aos do grupo de controlo que não tinham contacto com pássaros. Esse efeito foi demonstrado pela diminuição na hostilidade através da *Brief Pschiatric Rating Scale*, sendo a pontuação significativamente inferior nos doentes com o contacto com os animais.

### ***Efeitos sobre o desenvolvimento psicossocial da pessoa***

Conforme foi referido anteriormente, Erikson considerava que todos os humanos experienciam crises ao longo do seu ciclo vital. Propõe um esquema desenvolvimentista designado por *As oito idades do Homem segundo Erikson* (Quadro I) que facilita a compreensão do processo de desenvolvimento do adulto (Gleitman *et al.*, 2003). Tendo por base o mesmo esquema, torna-se útil reflectir sobre qual a forma mais apropriada para a aplicação dos animais na clínica (Fine, 2000). Este autor apresenta várias considerações relativas à utilização dos animais e seus benefícios, integrando alguns aspectos contemplados naqueles estádios de desenvolvimento.

#### *Os animais no desenvolvimento e cuidados da criança*

No primeiro estádio, a criança tem necessidade de sentir-se amada e segura, para assim poder desenvolver as competências básicas sociais, por exemplo, a sensação de competência e a confiança posterior nos outros.

Bryant (1990) refere-se aos animais de companhia como importante apoio social para as crianças. Outros estudos apontam alguns benefícios para as crianças do contacto com os animais, embora não tenham sido medidos. Por exemplo, Hendrix (1990) e Covert *et al.* (1985) sugerem que as crianças que lidam com os seus animais podem apresentar melhorias na auto-estima, nas habilidades sociais e no sentido de empatia.

Furman (1989) aplicou um instrumento *My pet*, para avaliar o interesse das crianças pelos seus animais de estimação, foi aplicado a 213 crianças. Pela análise factorial dos resultados emergiram 4 factores. Um dos factores diz respeito aos achados que traduziam o benefício relacionado com a experiência da criança cuidar do animal e por sua vez poder receber o cuidado e apoio do mesmo. Bryant (1990) designou este factor como relação recíproca. O segundo factor diz respeito à manutenção dos afectos baseada na companhia utilizando-se a de Furman (1989). O terceiro, factor intitulado aumento dos afectos baseado na percepção das crianças de que o animal os ajuda a sentirem-se bons e importantes. O quarto factor foi designado como de exclusividade, traduzido pela relação de confiança que a criança desenvolve com o animal considerando-o seu confidente.

Bryant (1990) sugeriu que a relação criança – animal de estimação pode constituir uma ajuda no entendimento da dinâmica familiar. Em contrapartida, o mesmo autor referiu também algumas limitações com a relação criança e animal de companhia. Por exemplo, o stress associado com os cuidados ao animal, o falso sentimento do significado da acção de um animal de estimação, a rejeição do animal de estimação pela criança.

Deve portanto ter-se em consideração esses riscos e que a escolha dos animais de estimação tem importância na promoção dos benefícios ao nível do bem-estar e crescimento com segurança afectiva da criança.

#### *Os animais no desenvolvimento e cuidados dos adolescentes*

A adolescência representa um período de transição em que a criança se torna um adulto. É um tempo em que ocorrem determinadas mudanças no indivíduo, como por exemplo: mudanças de natureza biológica (um crescimento físico brusco, envolvendo alterações das proporções corporais e a maturidade sexual); mudanças de natureza social e económica (de dependência da família para independência legal e moralmente sancionada) e mudanças de natureza psicológica, as quais incluem mudanças progressivas de maturação do indivíduo, como as alterações dos comportamentos sexuais, que poderão proporcionar a construção de laços amorosos, a aquisição de competências que permitirão a entrada para o mundo adulto (como membros activos), e ainda uma outra importante mudança que se opera que é a que se relaciona com a descoberta da sua identidade pessoal (Gleitman *et al.*, 2003).

Tradicionalmente, este período de vida tem sido considerado como um período de turbulência, por ser rico em desafios pessoais. Um dos principais desafios é o relacionado com a mudança para se tornar um ser autónomo, envolvendo inevitavelmente uma maior ou menor intensidade de emoções.

Segundo Erikson (1963, citado por Gleitman *et al.*, 2003), a conhecida crise da identidade da adolescência traduz simplesmente uma manifestação daquilo que os adolescentes pretendem atingir como ser autónomo: a descoberta da sua vocação, do seu grupo, da sua ideologia e da sua identidade pessoal, constituindo desse modo os diferentes domínios de experiência em que o adolescente se vê confrontado no seu processo de maturação. Tudo isso envolve diferentes adaptações no contexto de vida e simultaneamente a vivência de emoções de modo mais ou menos intensos.

Neste período, podem ser revelados problemas, como a fragilidade emocional, a incapacidade de lidar com algumas exigências inerentes às mudanças e, consequentemente, à sua adaptação ao estilo de vida. Dependendo das necessidades de apoio dos adolescentes para poderem ultrapassar determinados obstáculos, Fine (2000) sugere que os clínicos poderão proporcionar-lhes o contacto com os animais de estimação, de modo a favorecer o conforto, a minimizar o seu sofrimento através da possibilidade de se sentirem mais apreciados. Aqueles que mostram tendência para o isolamento podem beneficiar com a aquisição de um animal de estimação (*Idem*).

*Os animais no desenvolvimento e cuidados dos adultos*

Seguindo a perspectiva desenvolvimentista de Erikson, *No jovem adulto, o indivíduo saudável, tem de adquirir a capacidade para a proximidade e intimidade através do amor ou, de outro modo, sofrerá de um sentimento de isolamento que só permitirá relações humanas superficiais* (Gleitman *et al.*, 2003, p. 844).

Assim, o adulto, quando manifesta dificuldades em desenvolver o *insight* ou em reconhecer e acreditar nas suas potencialidades ou competências, pode beneficiar, conforme refere Fine (2000), de ajudas clínicas que proporcionem o contacto com um animal de estimação. Nesta perspectiva poderá ser um percursor de estimulações para facultar decisões, tanto numa esfera mais íntima em termos relacionais, como de outra natureza, como o ser capaz de ter filhos e cuidar deles. Mais, a presença do animal pode proporcionar a discussão acerca de possíveis tópicos problemáticos ao nível da relação conjugal, ou de outros aspectos que necessitam de clarificação (*Idem*), desempenhando as suas funções de catalizador ou de lubrificante social, atrás descritas.

À medida que a pessoa vai evoluindo, no advento da meia-idade, ela vai em circunstâncias saudáveis desenvolvendo o sentido de criatividade pessoal, que é extensivo aos outros. Ou seja, um sentido que se mostra em termos práticos com as seguintes características: o interesse pelos outros, pelo seu trabalho, pela comunidade onde está inserida; tudo isto fazendo-se acompanhar de um sentimento de aceitação da sua própria vida, apoiando-se num sentimento de integridade e não de desespero (Gleitman *et al.*, 2003).

No período de transição da meia-idade a pessoa faz o balanço da sua vida, começa a sentir mudanças na sua vida, por exemplo, a mudança na forma como pensa acerca do tempo; questiona-se sobre o tempo que já viveu e o tempo que falta viver. Este período é o que favorece a reflexão pessoal e esta, por sua vez, pode ser facilitada com a companhia de um animal de estimação (Fine, 2000).

*Os animais no desenvolvimento e cuidados dos idosos*

O processo de envelhecimento envolve numerosas mudanças de diversa natureza na vida da pessoa, como exemplo, tem-se as alterações biológicas, psicológicas, sociais, que se vêm a repercutir no seu quotidiano, levando por vezes a pessoa a sentir-se com a sua capacidade de funcionamento comprometida, podendo mesmo tornar-se dependente de cuidados na satisfação de algumas das suas necessidades básicas.

Por outro lado, com o evoluir dos tempos, os idosos têm vindo a perder o reconhecimento do seu papel familiar. Nas sociedades ocidentais, de uma maneira geral, eles vivem em residências comunitárias ou lares de idosos que os limitam na sua integração

social plena, até certo ponto segregados do resto da sociedade. Por consequência da exclusão da sua força de trabalho, através da sua reforma, vão perdendo a possibilidade de representarem o papel de pessoas conselheiras respeitadas.

Neste contexto, os animais de estimação podem ser muito úteis como ajuda à pessoa, proporcionando companhia, segurança e melhoria na sua qualidade de vida, principalmente na satisfação de algumas das suas necessidades fundamentais que poderão estar comprometidas (por exemplo, a mobilidade, ocupação).

Para as pessoas que têm história de relação com animais de estimação, pode-se proporcionar a rememoração de episódios de vida passados e a reflexão sobre os marcos de referência e desta forma, no contexto clínico pode ser útil introduzir um *pet* para agir como catalizador das lembranças de determinados acontecimentos de vida (Fine, 2000).

Vários estudos indicam alguns benefícios que os idosos podem obter com a presença de um animal de estimação, por exemplo, o aumento do sentimento auto-valorização e conseqüentemente a recuperação do sentimento de utilidade; o alívio do sentimento de solidão e isolamento (Garrity *et al.*, 1989; Jenkins, 1986). Hunt *et al.* (1992) apontam também alguns benefícios da companhia de um animal de estimação para os idosos, para além de serem lubrificantes sociais, proporcionando conversas entre pessoas pouco conhecidas, proporcionam ainda benefícios da mobilidade, estimulando a locomoção durante os passeios com o animal.

Os animais de companhia ou de estimação podem proteger contra o stress através do toque afectuoso, promover a socialização através dos efeitos de lubrificação, providenciar o suporte social e segurança.

### 3 – TIPO DE ANIMAIS QUE PODEM SER USADOS EM AAA, COM ADULTOS

À semelhança do que aconteceu até se chegar à designação de AAA, surgiram igualmente ao longo do tempo diferentes termos para designar os animais que poderiam ser utilizados nos processos de ajuda sócio-emocional à pessoa com ou sem problemas de saúde. Por exemplo, o termo *pet*, que significa animais de companhia ou de estimação, incluía os animais domésticos ou os chamados animais de quinta (*farm animals*), que podiam ser cães, gatos, aves, ratos, cavalos, entre outros (McCulloch, 1983).

A selecção do tipo ou tipos de animais dependia de vários factores, tais como a natureza do problema da pessoa/grupo e do contexto em que iam ser inseridos. Efectivamente, estes animais para além de terem sido usados noutros contextos, também têm sido usados em contextos que envolvem pessoas com perturbações psiquiátricas, tanto em crianças com perturbações do comportamento, como em adultos que apresentam outro tipo de perturbações, como o caso de perturbações psicóticas, do humor, de ansiedade, entre outras (McCulloch, 1983). O mesmo autor refere-se aos *pets* como sendo animais que podem ser usados no hospital e em instituições como lares e outras como é o caso das prisões, onde normalmente a solidão é muito frequente, justificando a necessidade de um animal de companhia.

O conceito de “*Pet therapy*” estimulou a necessidade em diferenciar os animais quanto à sua contribuição nos processos de ajuda social e terapêutica (Beck & Honori, 1983). Mas em termos gerais entende-se que o animal de companhia ou de estimação é normalmente um animal socializado e acarinhado.

Nesta perspectiva, existe uma diversidade de animais que podem ser utilizados em AAA, como sejam os cães, gatos, coelhos, roedores, pássaros e peixes, contudo, os mais comuns são os cães, os gatos e os coelhos (Baun & McCabe, 2000). Especialmente os cães e os gatos são os mais considerados na cultura nacional. Destes, o cão é o animal mais utilizado nos programas de AAA. McCulloch (1983) refere que *fox terriers*, *border collies*, *retriver labrador*, pastor alemão e o *husky* são os tipos de cães mais utilizados em AAA.

O cão é o mais utilizado porque é mais facilmente instruído (Friedman, 2000), acarinhado e promovido como o melhor amigo e confidente do homem (Serpell, 1996) e, ainda, por ser portador de atributos sociais (Smith, 1983). Alguns autores (Cain, 1983; Friedman *et al.*, 1983) salientaram as características: barómetro de ansiedade na família e objecto de afeição. Outros autores, como Bustad & Hines (1983) destacaram uma das



suas qualidades como âncora de saúde mental por proporcionarem: segurança, aceitação de mudanças, realização do teste da realidade e melhoria de bem-estar, especialmente às pessoas que necessitam.

A escolha dos animais para os programas de AAA deve respeitar as normas internacionais preconizadas pela Delta Society (2000), assim como as normas que regem os comportamentos das duplas, seguindo as políticas nacionais e institucionais. Granger & Kogan (2000) apresentam alguns elementos que devem ser tidos em conta na escolha dos animais de ajuda social (animais de assistência), incluindo: - o tipo de animal (espécie e raça) e outras características que são salientadas por Lima & Sousa (2004) como sejam a compleição robusta, a resistência, com indicadores de saúde carácter favoráveis (ausência de displasia da anca, carácter não agressivo, motivação para interagir com os humanos e capacidades de concentração e aprendizagem). Para além das características individuais do animal, os mesmos autores valorizam também outros aspectos, por exemplo o nível de formação do animal, o nível de formação e características do educador ou voluntário (*Handler*), a natureza do contexto em que vão integrar; o nível de conhecimentos necessários ao desenvolvimento dos programas considerados tendo em conta as condições e os recursos para o seu desenvolvimento e manutenção.

Um outro aspecto a ter em consideração é que os animais necessitam de respeito pelos seus ritmos. O caso do cão, por exemplo, geralmente é mais activo na parte da manhã do que noutra parte do dia e necessita de períodos de descanso e de sono quer no período matinal quer no vespertino (Baun & McCabe, 2000).

Em particular, no que respeita aos cães de assistência, requererem determinadas condições básicas para desempenharem as suas funções em AAA: Treino de obediência, socialização, raça de bom temperamento com vigilância de saúde. Nesse sentido, devem ser credenciados para a sua introdução em AAA pelos veterinários (Baun & McCabe, 2000), ou por entidades devidamente credenciadas para o efeito.

Um dos critérios básicos é a sua resposta favorável à interacção com estranhos sendo, por esse motivo testados com esse objectivo. Para além disso, têm que cumprir os critérios preconizados pela *Delta Society* (1992), a fim de se certificarem como animais de assistência.

De acordo com os elementos e critérios anunciados, a selecção de um cão para a AAA depende do seu temperamento, do nível de educação e do contexto de actuação. Podem ter diferentes tamanhos, ser de raça pura ou mista, mas terão que ser testados quanto à sua capacidade de reagir perante situações novas e situações que poderão envolver respostas de elevação dos níveis de stress, como é o caso de contactos com pessoas que percebem os animais como exuberantes ou sem graça; com pessoas que

podem imobilizar os animais com os fortes abraços; com pessoas que dão palmadas com mais força; com pessoas que apresentam descoordenação motora e outros. Ainda segundo Burch (1996) os animais deverão estar preparados para poderem estar sozinhos com um estranho sem o seu educador e deverão ter também outras competências para poder reagir de modo favorável a situações novas.

Introduzidos nos programas de visitas, os gatos são habitualmente escolhidos quando as pessoas têm medo ou têm alergia aos cães. Também devem ser certificados como animais de assistência. Os gatos ideais são aqueles que brincam, que procuram a atenção das pessoas e permitem o contacto. Devem permitir o contacto com estranhos, sós ou acompanhados pelos seus donos e estar preparados para lidar com situações novas (Granger & Kogan, 2000).

Perante as evidências, o valor dos cães parece inquestionável, em diferentes dimensões, tanto na saúde física como na saúde psicológica e na promoção de bem-estar sócio emocional das pessoas.

#### 4 – CONSIDERAÇÕES INERENTES AO DESENVOLVIMENTO DAS AAA

Na preparação e na implementação das AAA devem ser considerados um conjunto de princípios inerentes à dupla voluntário/animal (cão), à população alvo e ao contexto (instituição/organização e ambiente).

Para que o cão, integrado em situação de AAA, possa exhibir as suas qualidades de modo proporcionar as ajudas sociais e terapêuticas previstas, ele deve ser cuidado de acordo com os princípios eticamente previstos em regulamentos de orientação internacional (Delta Society, 1992), no sentido de respeitar a sua segurança e bem-estar. Ao nível dos cuidados a ter na selecção dos animais, Neer *et al.* (1987), para a escolha de um cão, sugere um *Retriever Labrador*, com tamanho médio, com um temperamento calmo; idade jovem pela capacidade energética (Neer *et al.*, 1987). Estes e outros atributos devem ser avaliados e regulados por entidades específicas e especializadas. No caso da vigilância sanitária, da avaliação do temperamento e da avaliação da sua capacidade de resposta às exigências, caberá indiscutivelmente aos profissionais com competências para o efeito (por exemplo os veterinários), determinar a melhor escolha.

Certamente que os programas devem prever condições de segurança para evitar os riscos aos protagonistas, recordando-se o facto de que quanto mais pessoas envolver mais riscos se correm.

Para além disso, devem ser consideradas algumas populações especiais que devido à sua condição de saúde requeiram cuidados especiais, como por exemplo os doentes com o sistema imunitário deprimido. Em todos os casos, o animal deve ser sempre submetido a uma avaliação rigorosa com despiste de problemas de saúde, como de salmonelose, de toxoplasmose, de parasitas externos ou outros problemas do género (Beck, 2000; Revees *et al.*, 1990).

Seguindo as orientações da *Delta Society* (1992), para a realização de programas AAA é necessário o respeito pela 1) previsibilidade do comportamento e saúde dos animais a utilizar, atendendo ao controlo do local e sua especificidade e às situações específicas dos clientes a visitar; 2) respeito pela avaliação dos padrões e necessidades de interacção e o papel dos animais; 3) avaliação das condições do animal antes, durante e após a realização do programa.

Essas orientações incluem ainda um código que assenta nos seguintes tópicos:

- Tratar as pessoas e animais com respeito, dignidade e sensibilidade;
- Promover a qualidade de vida do animal no seu trabalho;
- Cumprir a ética profissional;

- Desempenhar as suas funções de modo responsável, atendendo à sua formação.

De acordo com estas prescrições, o bem-estar do animal deverá ser assegurado não só sob o ponto de vista físico, mas também sob o ponto de vista social e emocional. James *et al.* (2000) e Chandler (2005) consideram que, para além dos que estão intimamente ligados aos animais (por exemplo educadores, voluntários e outros) os próprios clínicos deverão igualmente respeitar a integridade dos animais e reconhecer o seu envolvimento na manutenção das condições para garantir os direitos e a segurança do animal.

Para além dos princípios técnico-científicos a serem respeitados no treino e manutenção, é necessário respeitar acima de tudo a sua individualidade, que não passa só por proporcionar a satisfação das suas necessidades, compreender o seu estado e a sua capacidade de interagir em diferentes meios sociais; também é importante reconhecer o seu prazer em cumprir as suas “obrigações sociais” e gratificar a sua ajuda. A capacidade de avaliar e de intervir atempadamente de modo a evitar o sofrimento, tanto na realização como na interrupção das tarefas é uma exigência por parte de quem faz o seu uso, independentemente das situações ou contextos de actuação.

No caso dos animais de assistência, determinadas condições poderão interferir no seu bem-estar, nomeadamente eles podem correr o risco de experimentarem stress com as mudanças na natureza da relação, por exemplo, por parte de quem os treina, pois as pessoas são diferentes têm características diferentes e podem usar técnicas diferentes (James *et al.*, 2000).

Em contexto psiquiátrico, alguns doentes apresentam efeitos secundários da medicação: movimentos lentos, rigidez, dificuldades na articulação, sonolência, outros apresentam-se hiperactivos, excitados, outros refugiam-se nos quartos por medo das possíveis ameaças, e ainda outros sentem-se tristes e desgostosos pelas consequências da sua doença.

Os cães jovens proporcionam muito afecto e diversão (Baun & McCabe, 2000); possibilitam o toque e afectos; poderão ter algum pêlo para proporcionar alguns cuidados através do contacto físico (*e.g.* pentear o cão). Providenciam uma fonte de distração e novidade (Baun & McCabe, 2000). Podem ser transportados facilmente. Um dos critérios básicos é a sua resposta favorável à interacção com pessoas estranhas que poderão responder de forma invulgar às estimulações, como é o caso dos doentes que poderão estar com alterações psicopatológicas.

As experiências e memórias sobre os cães são aspectos a ter em conta quando se programa as AAA. Por exemplo, no caso de pessoas que tinham animais e os deixaram por causa da hospitalização poderão agravar as suas preocupações em relação

ao bem-estar e segurança dos seus animais; alguns poderão ficar abandonados, outros poderão ser abatidos, agravando todos os receios que possam existir.

O perfil do educador ou voluntário é caracterizado por Granger & Kogan (2000) da seguinte forma: são pessoas que seguem diferentes percursos de vida, com diferentes estilos educacionais e de formação, têm tendência para liderar e gerir, acreditam na importância dos animais de companhia na qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Os voluntários são pessoas únicas, com formação para responder aos desafios, seguem um código de conduta que lhes permite, em termos de formação, estar em conformidade com o espírito do voluntariado, manutenção de compromissos e satisfação com a sua actuação como parceiro nos programas de AAA.

No desempenho das suas funções, tendo em conta o regulamento de actuação, o voluntário é formado no sentido de explorar algumas características da instituição (organização estrutural e funcional), de saber quais os animais que podem ser introduzidos, de reconhecer algumas características das pessoas a serem visitadas, de integrar a importância do programa e da segurança para todos os intervenientes no processo das visitas, de estabelecer contactos com os profissionais de saúde e ainda de controlar os comportamentos da dupla durante a visita (Baun & McCabe, 2000).

## 5 – AAA EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO NA PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS

Conforme anteriormente se assinalou, no capítulo da história da relação pessoa – animal, já em sociedades primitivas se começou a fazer um aproveitamento das características, de socialização e de protecção, dos animais, especialmente do cão.

Os estudos referenciados permitem-nos perceber que existem numerosos programas de AAA, apoiados por duplas (voluntário/educador e seu cão), que podem ser desenvolvidos em diferentes contextos, desde escolas, instituições, como prisões e lares de idosos, hospitais, domicílios e outros, proporcionando benefícios no desenvolvimento (aprendizagens), na saúde (qualidade de vida e bem-estar) a diferentes populações, como crianças, adolescentes, adultos e idosos, com ou sem problemas de saúde e que podem necessitar de internamento.

Originariamente, as AAA foram desenvolvidas em contexto prisional (reclusos institucionalizados) por Lee, na prisão de Ohio, em 1981. Com a sua implementação, verificou-se que os reclusos durante o tempo que foram submetidos ao programa necessitaram de menos medicação e, ainda, que a incidência dos comportamentos violentos baixou, assim como as tentativas de suicídio. O animal (cão) utilizado foi considerado como um catalizador na relação interpessoal por ter proporcionado mais interacções positivas (Bustad *et al.*, 1988).

Com o objectivo de avaliar os efeitos da visita de um cão a pessoas institucionalizadas, Lee *et al.* (1989) observaram melhoria das interacções entre os residentes, a quem foram proporcionadas actividades AAA por um cão cujas capacidades de socialização (meigo e calmo) e adaptação (brincalhão) foram muito apreciadas.

Em contexto psiquiátrico, assistem-se pessoas nas diferentes fases de evolução da sua doença mental. Apesar da pesquisa ser sobretudo realizada com doentes em fase aguda no domínio das AAA, consideramos que as diferentes contribuições são úteis como referência, especialmente alguns estudos realizados com pessoas institucionalizadas em residências comunitárias (*Nursings Homes*), pessoas que se encontram em fase crónica da doença.

O fenómeno da institucionalização dos doentes psiquiátricos em fase crónica, herança da história da psiquiatria, envolve uma problemática muito semelhante à dos idosos institucionalizados o que nos leva a considerar o estudo que foi realizado por Crowley-Robinson *et al.* (1996). Estes autores, com o objectivo de avaliar o papel de um cão em lares de idosos, compararam os resultados de três grupos de idosos, no total de 95

indivíduos, a residirem em 3 unidades diferentes; um grupo teve a oportunidade de residir com um cão durante 4 meses, o outro recebeu visitas do cão durante 15 meses e o outro durante três meses não teve contacto com um cão. Foram comparados nas dimensões de tensão, confusão, ira e fadiga, e os resultados mostraram uma redução de tensão, especialmente naqueles que receberam a visita do cão.

Outro estudo foi realizado por Matomura *et al.* (2004), com o interesse em medir os efeitos de um programa TAA (cão) sobre o estado de saúde mental de 8 idosas institucionalizadas com demência. O programa desenvolveu-se ao longo de 3 anos, 4 vezes por semana e durante uma hora por semana. Com base na avaliação pré e pós intervenção de indicadores de saúde mental, apenas registaram diminuição significativa da apatia.

Sobre os níveis de ansiedade dos doentes hospitalizados em psiquiatria, Barker *et al.* (1998) realizaram um estudo experimental, que envolveu a participação de 230 doentes com indicação para terapia ocupacional. Os doentes do grupo experimental para além das actividades de terapia recreativa receberam a visita de um cão treinado acompanhado pelo seu dono ou pelo seu educador (50 sujeitos), em sessões individuais de 30 minutos (no quarto do doente e com a dupla). O grupo de controlo foi submetido apenas à terapia recreativa em sessões individuais. Através de avaliação pré e pós intervenção, não se registaram diferenças significativas entre os grupos nos níveis de ansiedade, simplesmente se observaram diferenças significativas no grupo de doentes com distúrbios de humor resultantes da sessão da terapia recreativa e em todos os grupos de doentes com diversas perturbações houve diminuição dos níveis de ansiedade.

Por seu turno, o estudo realizado por Nathans-Barel *et al.* (2005) teve como propósito analisar os efeitos psicossociais que um cão pode proporcionar em doentes com diagnóstico de esquizofrenia e com anedonia<sup>62</sup>. Este estudo *quasi-experimental* envolveu a participação de 20 doentes internados em unidades de longa duração, 12 homens e 8 mulheres. O grupo experimental foi submetido a um programa TAA durante 10 semanas, uma hora por semana com o terapeuta e o cão. Os resultados obtidos com o uso de escala de avaliação de hedonia (SHAPS) revelaram que houve uma melhoria significativa no estado hedónico no grupo experimental, comparando com o grupo de controlo.

Em clínica de psiquiatria forense, a experiência de Levinson, serviu para se começar a difundir a ideia de que o cão poderia estabelecer uma função importante, a de catalizador das relações interpessoais, em doentes jovens, uma ajuda muito útil

---

<sup>62</sup> Incapacidade de experimentar prazer (Ruiloba, 2006).

sobretudo em casos com problemas comportamentais e emocionais. Podendo desse modo ajudar os adolescentes a melhorar as suas competências relacionais, especificamente medo no contacto físico, caso o problema não esteja relacionado com os animais (Bardil, 1994).

Neste âmbito, outros estudos realçam os resultados no sentido de um efeito favorável à socialização, especialmente por parte de pessoas com alguns problemas dessa natureza. Destacamos o trabalho realizado por Hall & Malpus (2000) com o objectivo de analisar os comportamentos de relação de doentes internados em unidades de longa duração em situações diferentes de visita com e sem cão. Investigação *quasi-experimental*, que envolveu a participação de 5 doentes, com mais de 65 anos, homens institucionalizados, e com problemas de relação interpessoal. O trabalho de campo realizou-se ao longo de 20 semanas e a intervenção com a dupla desenvolveu-se ao longo de 14 semanas (entre a 5ª e a 18ª semanas). O programa de intervenção incluiu visitas com o cão, semanalmente, tendo cada sessão a duração de aproximadamente 90 minutos, que incluíram o seu educador, no quarto do doente. Foram realizadas observações (1 minuto) em momentos diferentes: sem presença da dupla e com a presença da dupla. Os autores concluíram que presença do animal produziu um aumento das respostas verbais e não verbais.

Kovács *et al.* (2004), com o objectivo de avaliar os efeitos de um programa de TAA na reabilitação/adaptação funcional de doentes com diagnóstico de esquizofrenia, institucionalizados (sete doentes: 4 mulheres e 3 homens, de meia idade), realizaram um estudo piloto com avaliação pré e pós intervenção ao fim de nove meses. Com sessões programadas, semanais com 50 minutos de duração, verificaram resultados favoráveis na mudança de habilidades sociais e no desempenho em actividades diárias domésticas, e concluem pela valorização deste tipo de programas na reabilitação psiquiátrica dos doentes.

Ainda na tentativa de avaliar as TAA na reabilitação psiquiátrica, especificamente proporcionando efeitos na comunicação não verbal, Kovács *et al.* (2006) realizaram um estudo em que participaram 5 doentes (3 mulheres e dois homens, com diagnóstico de esquizofrenia em fase crónica de evolução da doença), em unidade de cuidados parciais. O programa desenvolveu-se ao longo de seis meses, com uma sessão semanal de 50 minutos. Foram programadas diferentes actividades no sentido de aumentar a motivação, proporcionar o bem-estar e melhorar as habilidades relacionais, embora o principal objectivo fosse centrado na mudança dos comportamentos não-verbais dos doentes. Três doentes completaram o programa. Através do uso do instrumento “*Budapest Gesture Rating Scale*” (BGRS), os autores constataram que houve mudanças positivas marcadas numa doente na dinâmica dos gestos e no toque, enquanto que nos outros



dois houve mudanças simplesmente no toque. Resultados que conduzem os autores a reforçarem a importância do uso destes programa em doentes com limitações inerentes ao processo de evolução da sua doença.

Se foi já longo o trajecto, com as diferentes experiências que foram realizadas através da introdução das AAA e TAA em contexto psiquiátrico, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas, sobretudo daquelas que residiam em estruturas comunitárias protegidas, asilares, ainda é pouco clara a eficácia das AAA em contextos psiquiátricos com internamento de curta duração, especificamente no que se refere ao bem-estar sócio-emocional da pessoa adulta hospitalizada naquele contexto, assim como na diminuição dos comportamentos desajustados, especialmente os comportamentos agressivos e violentos.



## **PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS**



## **Estudo 1: COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DOS DOENTES HOSPITALIZADOS EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO**

### **1 – INTRODUÇÃO**

A violência em contexto psiquiátrico, entendida por Cembrowicz *et al.* (2001) como um acidente em que profissionais de saúde são ameaçados e atacados fisicamente no seu ambiente de trabalho, tem sido considerada como um fenómeno prevalente, preocupante e complexo.

Tem sido encarado como um fenómeno prevalente em unidades psiquiátricas, com principal destaque para a sintomatologia psiquiátrica activa apresentada pelos doentes ali hospitalizados (Nijman *et al.*, 2005). Vários estudos estimam uma prevalência de cerca de 10%, neste tipo de unidades, ou seja, o correspondente à percentagem de doentes que desenvolvem comportamentos agressivos (e.g. Bjørkly, 1995; Weiser *et al.*, 1994). Recentemente, vários estudos realizados em diferentes países europeus indicam que, em termos médios, que a frequência dos comportamentos agressivos é de 9.3 por cama por ano são desenvolvidos por doentes adultos hospitalizados (Nijman *et al.*, 2005).

Também tem sido considerado um fenómeno preocupante, associado às dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde, controlar e prevenir os comportamentos agressivos considerando as suas consequências, sobretudo para os profissionais que são o principal alvo (Whittington & Richeter, 2006; Nijman *et al.* 2005).

Por outro lado, a sua complexidade está associada à diversidade de factores causais que, seguindo como referência o modelo explicativo descrito por Nijman *et al.* (1999a), poderão estar relacionados com o doente, com os profissionais e com o serviço.

Em Portugal, não se conhecem estudos que permitam caracterizar o referido fenómeno em contexto psiquiátrico. Apenas tivemos acesso aos resultados de um estudo sobre a violência nos serviços de saúde, de âmbito nacional (Ferrinho *et al.*, 2003), que revelam a extensão do problema, em termos globais. Por exemplo, mostram que em 75% das instituições que prestam cuidados de saúde, públicas e privadas, com internamento, o fenómeno tinha sido percepcionado; para além de outros resultados de interesse, indicam igualmente que os profissionais de saúde são as vítimas mais percepcionadas.

Assim, em termos nacionais, é importante caracterizar globalmente o referido fenómeno, de modo a proporcionar a sua consciencialização e conseqüentemente a definição de estratégias (sociais, políticas e legais) e procedimentos a desenvolver

(normas institucionais e guias de orientação), no sentido de o controlar e prevenir, como é previsto na circular informativa Nº 15/ DSPCS de 07/04/06 da Direcção Geral de Saúde. Esta circular valoriza a formação dos profissionais e os mecanismos para lidar com a violência, destacando ainda a importância de sistemas de apoio à vítima, da investigação do acidente e da responsabilização do agressor, constituindo-se como um estímulo para prosseguir o caminho que permita sistematizar e caracterizar o fenómeno em contexto psiquiátrico.

Neste sentido, dada a importância e actualidade do tema e o interesse em proporcionar contribuições específicas que possibilitem a compreensão da violência em contexto psiquiátrico e a definição de orientações que possibilitem o seu controlo e prevenção, realizou-se um estudo intitulado “Comportamentos agressivos de doentes hospitalizados em contexto psiquiátrico”, norteado pelo propósito de saber qual a prevalência, a natureza dos comportamentos agressivos e ainda caracterizar os seus contextos de imposição, em unidades de curta e de longa duração.

## 2 – METODOLOGIA

Realizámos um estudo exploratório e descritivo<sup>63</sup> com a finalidade de caracterizar o padrão de comportamentos agressivos do contexto psiquiátrico seleccionado. Tal pretensão foi norteadada pela concretização dos seguintes objectivos específicos:

- a) Identificar a prevalência, a natureza, e a gravidade dos comportamentos agressivos ocorridos nas unidades psiquiátricas seleccionadas;
- b) Caracterizar o contexto de implosão dos incidentes agressivos ocorridos.
- c) Identificar características socio-demográficas e clínicas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos.

Assim, tendo em conta a natureza e a acessibilidade da informação necessária à concretização dos objectivos do estudo, efectuámos um estudo observacional (Mausner & Bahn, 1990) para avaliação de prevalência<sup>64</sup> e caracterização dos comportamentos agressivos.

### 2.1 – Campo de investigação

De acordo com as estruturas e a organização das unidades psiquiátricas existentes na realidade nacional portuguesa, seleccionamos unidades que proporcionam o internamento de curta e longa duração, e que presumivelmente reuniam as características consideradas necessárias à concretização dos objectivos do estudo.

As unidades de curta duração são consideradas componentes chave do sistema de saúde mental e destinadas a diagnosticar as perturbações psiquiátricas e a tratar os doentes em fase aguda da doença (Greatley & Peck, 1999). Por outro lado, unidades de longa duração são unidades vocacionadas para assistir os doentes em fase prolongada da doença e os que apresentam problemas de psiquiatria forense, sendo também vocacionadas para a reabilitação dos doentes (Sundeen, 2001).

Atendendo à acessibilidade e considerando que a zona centro do país tem uma vasta gama de serviços especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica, tal como é referido na rede de referenciação (MS), a opção do campo de observação foi

---

<sup>63</sup> Entendido como um estudo que permite “(...) denominar, classificar, descrever ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 1999, p. 138).

<sup>64</sup>“Prevalência é a proporção da população que tem uma doença ou condição clínica em um determinado momento” (Hulley *et al.*, 2003, p. 127); “As taxas de prevalência medem o número de pessoas de certa população que, num determinado momento, têm uma certa doença” (Mausner & Bahn, 1990, p. 70).

direccionada para unidades psiquiátricas de três hospitais do concelho de Coimbra (dois hospitais psiquiátricos: o Hospital Sobral Cid e o Hospital Psiquiátrico do Lorvão, um hospital geral: Hospitais da Universidade de Coimbra) e de um hospital do concelho de Soure (Centro Psiquiátrico de Reabilitação de Arnes).

Deste modo, o estudo foi realizado em doze unidades psiquiátricas (Quadro 3), seis de curta duração (para pessoas em fase aguda da doença: três femininas e três masculinas) e seis de longa duração (para pessoas residentes e inimputáveis em reabilitação psiquiátrica: uma feminina e cinco masculinas). Todas as unidades seguem por norma o regime de porta aberta de acordo com a Lei nº 2118/63, todavia, perante determinados casos submetidos a um regime terapêutico especial podem adoptar um regime de porta fechada ou misto, como no caso dos doentes com problemas forenses (Regulamento legal) e no caso dos doentes sujeitos ao internamento compulsivo (Lei nº 36/98).

Considerando que ao longo do ano são hospitalizados doentes com problemas diversos e em fases diferentes de evolução de doença, podendo ou não expressar comportamentos agressivos e porque pretendíamos avaliar a prevalência dos incidentes agressivos durante um ano, o trabalho de campo decorreu ao longo de 12 meses, de Janeiro a Dezembro de 2003.

### ***Amostra***

A amostra estudada é uma população *acessível*<sup>65</sup>, ou seja, neste estudo é representada por 2230<sup>66</sup> doentes (Quadro 1.1) que estiveram internados nas doze unidades seleccionadas, durante o período definido para desenvolver o trabalho de campo. Dos 2230 doentes, 242 (10.85%) manifestaram comportamentos agressivos observados e registados, constituindo deste modo uma sub-amostra sobre a qual se realizou a análise das características desses comportamentos, dos contextos e dos doentes.

---

<sup>65</sup> População que se encontra limitada a um contexto específico (Fortin, 1999).

<sup>66</sup> Corresponde ao total de doentes internados. Calculado com base no número de doentes existentes mais o número de doentes admitidos durante o ano em estudo, conforme os indicadores de produção clínica apresentados pelas diferentes instituições integradas no estudo.



Quadro 1.1 – Instituições, unidades seleccionadas, lotação e número de doentes hospitalizados durante o ano de 2003

Hospital	Unidades	Lotação	Nº de doentes hospitalizados
Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)	- Clínica masculina (unidade de curta duração)	33	486
	- Clínica feminina (unidade de curta duração)	30	461
Hospital Sobral Cid (HSC)	- Clínica masculina (unidade de curta duração)	30	323
	- Clínica feminina (unidade de curta duração)	29	354
	- Serviço de psiquiatria forense (Unidade de longa duração)	54	84
Hospital Psiquiátrico do Lorvão (HPL)	- Clínica masculina (unidade de curta duração)	18 a)	132
	- Clínica feminina (unidade de curta duração)	18 a)	111
	- Residência masculina (unidade de longa duração)	92	83
	- Residência feminina (unidade de longa duração)	78	44
Centro Psiquiátrico de Reabilitação de Arnes (CPRA)	- Mista: Residência masculina + Serviço de psiquiatria forense (Pav. 1 unidade de longa duração)	35	44
	- Mista: Residência masculina + Serviço de psiquiatria forense (Pav. 2 unidade de longa duração)	36	42
	- Mista: Residência masculina + Serviço de psiquiatria forense (Pav. 4 unidade de longa duração)	36	66
Total			2230

a) Lotação praticada durante o ano de 2003 decorrente das obras de beneficiação no espaço físico de origem do serviço (Indicadores de Produção Clínica do HPL do ano 2003).

## 2.2 – Instrumentos de medida utilizados

Tendo em conta os objectivos do presente estudo e considerando que se pretendia identificar o padrão de comportamentos agressivos nos diferentes tipos de unidades psiquiátricas seleccionadas (unidades de internamento de curta e longa duração), decidimos avaliar as seguintes variáveis: Comportamentos agressivos e suas características: prevalência, natureza e gravidade; Contexto em que os mesmos ocorreram: local e hora; e características socio-demográficas e clínicas dos doentes que os desenvolveram. Neste quadro, porque se pretendia avaliar cada uma dessas variáveis, utilizámos os instrumentos posteriormente descritos.

**– Escala de Observação dos Comportamentos Agressivos (*Staff Observation Aggression Scale – Revised SOAS-R de Nijman et al., 1999c*)**

Os comportamentos agressivos são unidades observáveis que representam significados múltiplos associados aos factores que interferem na percepção social, ou seja, no processo de descodificação e de atribuição de significado ao estímulo percebido (Rodrigues, 1996). Neste sentido, seguindo a aceção do mesmo autor, os comportamentos agressivos manifestados por doentes no contexto psiquiátrico são percebidos por profissionais que sob efeito dos seus processos psicológicos ou cognitivos, por exemplo os seus valores, atitudes, necessidades e interesses, intervêm activamente no juízo perceptivo por eles formulado. Juízos que se presumem ser juízos formais ou clínicos. Na clínica, tradicionalmente, os incidentes agressivos são relatados por profissionais que os testemunham (Palmstierna, 1992). Contudo, acerca das características dos relatos clínicos sobre este tipo de incidentes, o autor considera que, geralmente, são não sistematizados e incertos ou confusos.

Ponderando o exposto, porque pretendíamos uma avaliação mais precisa dos comportamentos agressivos, neste sentido de modo a utilizar o método de avaliação de incidentes agressivos na perspectiva dos observadores, optámos pela denominada *Staff Observation Aggression Scale – Revised* (SOAS-R) de Nijman *et al.* (1999c), especialmente, porque possibilita um registo sistematizado, permitindo, consequentemente, a caracterização do fenómeno e a respectiva quantificação. Este instrumento possibilita a medição de comportamento agressivo seguindo a aceção de Morrison (1990), que considera como todo o comportamento verbal, não verbal ou físico que foi ameaçador (para o próprio, outros ou propriedade). Ou um comportamento físico que, de facto, causou dano (para o próprio, outros ou propriedade).

Por outro lado, tem sido utilizado, com o mesmo objectivo, por diferentes investigadores em diferentes países, sobretudo nos países europeus, o que permite com mais facilidade a comparação dos resultados (Hulley *et al.*, 2003a).

A versão inicial – *Staff Observation Aggression Scale* SOAS – de Palmstierna & Wistedt (1987) era composta por uma estrutura que incluía cinco componentes: precipitantes da agressão; meios usados pelo doente durante o incidente agressivo; o alvo da agressão; as consequências para a vítima e as intervenções utilizadas para controlo da agressão.

Nijman *et al.* (1999b), autor da versão actual SOAS-R, mantendo a estrutura inicial, introduziu novos itens. Por exemplo, na componente alvo da agressão incluiu o item comportamentos auto agressivos, na componente intervenções utilizadas para o controlo da agressão inclui os itens isolamento e a imobilização. Reformulou também a pontuação máxima inicial da escala, traduzindo a medição de gravidade dos

comportamentos, passando de 12 para 22 pontos, sendo esta pontuação distribuída por cada item das diferentes componentes, conforme se pode verificar no quadro que se segue (Quadro 1.2). Em cada componente, apenas se contabiliza o *score* de maior valor que for atribuído.

Optámos por seguir Heinze (2000), que se baseou na pontuação da SOAS-R (Nijman, 1999b) e organizou uma classificação baseada na distribuição dos incidentes em termos de casos “ligeiros” (1-7 pontos), “moderados” (8-15 pontos) e “graves” (16 -22 pontos).

Quadro 1.2 – Componentes da SOAS-R e respectiva pontuação

<b>Componentes</b>	<b>Itens</b>	<b>Scores</b>
1. Precipitante da agressão	- Provocação não identificada	1
	- Provocado por outros doentes	0
	- Ajuda na satisfação das necessidades fundamentais/ actividades de vida Diária	0
	- Negação de algo ao doente pelos profissionais	0
	- Ordem ao doente para tomar a medicação	2
	- Outras (especificar)	0
2. Meio(s) usado(s) pelo utente	- Agressão verbal	0
	- Partes do corpo: Mãos (arranhões, murros, empurrões...); Pés (pontapés); dentes (mordeduras), outras (especifique)	2
	- Objectos comuns: cadeira (s); vidro (s), porcelana (s); outros (especificar)	1
	- Objectos perigosos: Faca (s); outros (especificar)	3
	- Métodos perigosos: Estrangulamento; outros	3
3. Alvo(s) da agressão	- Nada/ninguém	0
	- Objecto	1
	- O próprio doente	3
	- Outro (s) doente (s)	2
	- Profissionais (enfermeiros, médicos, ...) (especificar)	3
	- Outros (especificar)	4
4. Consequência(s) para a vítima(s)	- Nenhuma (s)	0
	- Objectos:	
	Prejuízos não recuperados	3
	Prejuízos recuperados	3
	- Pessoa(s):	
	Sentiu-se ameaçada	6
	Sentiu dor < 10 minutos	9
	Sentiu dor > 10 minutos	9
Apresenta danos visíveis (corporais)	9	
Necessitou de tratamento	9	
Necessitou de tratamento médico	9	
5. Intervenção utilizada para controlo da agressão	- Nenhuma	0
	- Falar com o utente	0
	- Demonstrar calma	0
	- Administrar medicação <i>per-ós</i>	2
	- Administrar medicação injectável	2
	- Segurar com força	4
	- Isolar (porta fechada)	4
	- Imobilizar	4
	- Outras (especificar)	2

### **– Escala Visual Analógica (Visual Analogical Scale – VAS) de Gravidade dos Comportamentos Agressivos**

A Escala Visual Analógica (VAS) é uma escala de atribuição de valor pelos profissionais à gravidade dos comportamentos agressivos. Corresponde a uma régua graduada de 0 a 100 mm, sendo o valor 0 correspondente a ausência de gravidade e o valor 100 correspondente a extrema gravidade. O valor atribuído é a medida da gravidade do incidente percebida por parte do profissional que registou o mesmo.

### **– Questionário de Caracterização**

O questionário de caracterização permitiu caracterizar o perfil dos doentes que desenvolveram os comportamentos agressivos, o contexto em que ocorreu os incidentes e os enfermeiros que preencheram os instrumentos. Inclui questões para caracterização socio-demográfica: idade, sexo, e três para caracterização socio-clínica: via de admissão, tipo de internamento e diagnóstico médico inicial, formulado na admissão. Também para caracterizar o contexto em que ocorreram os incidentes agressivos, foram registados a hora e o local de ocorrência dos incidentes. E ainda, para caracterizar os enfermeiros que registaram os incidentes agressivos, foram registadas as seguintes características socio-demográficas: idade, sexo, tempo de serviço como enfermeiro e em psiquiatria.

Os diferentes instrumentos utilizados, a SOAS-R, a VAS medida de gravidade dos comportamentos agressivos e o Questionário de Caracterização, foram apresentados na mesma base de papel com o nome de “Escala de Observação de Comportamentos Agressivos” incluindo quatro partes, com o seguinte formato: 1ª Parte: a caracterização socio-demográfica dos doentes e a caracterização do contexto; 2ª Parte: a SOAS-R; 3ª Parte: a VAS: gravidade e a 4ª Parte: a caracterização socio-demográfica dos profissionais que preencheram os instrumentos (Anexo 1).

## **2.3 – Procedimentos**

Para que o trabalho de campo decorresse no sentido da concretização dos objectivos, foram desenvolvidos determinados procedimentos inerentes à preparação do campo, dos recursos necessários à observação dos comportamentos agressivos e dos instrumentos, e os inerentes ao tratamento da informação obtida.

### ***Procedimentos inerentes à preparação do campo***

#### *a) Pedidos de autorização para realização do trabalho de campo*

A realização deste estudo não seria possível sem a autorização dada pelos órgãos de gestão dos hospitais seleccionados. Para tal, foram realizados contactos formais com os órgãos directivos das instituições seleccionadas, nomeadamente com os respectivos Presidentes dos Conselhos de Administração, com os Directores de Serviço e Enfermeiros Directores de cada hospital seleccionado, através de entrevistas e pedidos de autorização por escrito (Anexo 2). Foram também realizados, em simultâneo, contactos informais com os enfermeiros chefes e alguns enfermeiros das diferentes unidades seleccionadas, com o objectivo de sensibilizar e motivar as equipas para a colaboração no trabalho de campo.

#### *b) Mobilização dos recursos para observação dos comportamentos agressivos*

Nas várias unidades psiquiátricas seleccionadas, as equipas são pluridisciplinares (enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica, assistentes sociais e psicólogos), constituindo os enfermeiros o grupo mais numeroso.

A participação dos enfermeiros na observação e no registo dos incidentes agressivos foi absolutamente necessária, visto que eles são considerados informadores clínicos por excelência (Lanza, 1995), especialmente no que diz respeito à informação que se pretendia colher para a concretização dos objectivos deste estudo. Isto porque os enfermeiros estão presentes ao longo das 24 horas, nas unidades psiquiátricas; têm formação e experiência clínica na observação e avaliação dos comportamentos; estão presentes no controlo dos comportamentos agressivos e desenvolvem as várias intervenções disponíveis para o efeito. Por outro lado, a facilidade de aceder a estes profissionais e a necessidade de rentabilizar e gerir os recursos disponíveis e necessários ao processo de investigação, também pesou na opção.

A versão original da SOAS-R, para além das questões iniciais de caracterização, inclui também a definição de comportamento agressivo, segundo Morrison (1990). No presente estudo, optou-se por incluir essa definição e outros elementos num dossier, para que os profissionais pudessem ter acesso fácil a determinados esclarecimentos. Assim, foi organizado um dossier que incluiu os seguintes elementos (Anexo 3): uma carta de apresentação e um guia de instruções, uma folha com definição dos termos – regime aberto e regime fechado; segurar com força e imobilizar – e ainda separadores para os instrumentos por preencher e arquivo dos instrumentos preenchidos.

De acordo com as diferentes equipas e respectivos responsáveis, foi escolhido um local acessível a todos para arrumação do referido dossier e ainda com o interesse em o

distinguir escolheu-se um dossier de cor cinzenta, cujas lombada e capa continham uma imagem alusiva ao comportamento agressivo, extraída de uma fotografia retirada a uma estátua em granito, no jardim de Oslo “*The Vigeland Sculpture Park – Groups in granite from the Monolit Plateau*”.

Tendo em conta que os enfermeiros das diferentes equipas iriam colaborar no registo dos comportamentos agressivos, considerou-se imprescindível a sua preparação e motivação no processo de recolha da informação pretendida, respeitando os critérios de rigor e medida previstos na investigação científica. Neste sentido, foi elaborado um programa de formação que incluiu reuniões com as respectivas equipas das unidades psiquiátricas seleccionadas. Conforme a calendarização acordada com os enfermeiros chefes das respectivas unidades, as reuniões foram realizadas ao longo dos meses Novembro e Dezembro do ano de 2002, antes do início do trabalho de campo (Janeiro de 2003). Foi elaborado um guia de orientação para realização das reuniões que incluiu os elementos expostos no quadro que se segue (Quadro 1.3).

O instrumento foi preenchido pelos profissionais que testemunharam os incidentes logo após o respectivo controlo.

Quadro 1.3 – Guia de orientação para a realização de reuniões

Objectivos	Conteúdos	Estratégias	Avaliação
<p>1 - Adquirir informação sobre os instrumentos</p> <p>2 - Preencher os instrumentos de forma esclarecida</p>	<p>Introdução: - Apresentação e justificação do estudo.</p> <p>1.1 - Caracterização dos instrumentos: SOAS-R; VAS e Questionário de Caracterização. 1.2 - Definição de termos. 2.1- Processo de preenchimento. O que preencher e como? Quem preenche os instrumentos? Quando se deve preencher os instrumentos?</p> <p>Conclusão: Síntese da informação transmitida.</p>	<p>- Exposição oral. - Distribuição dos instrumentos a cada enfermeiro presente na reunião.</p> <p>- Apresentação e entrega da pasta dos instrumentos ao enfermeiro chefe ou seu substituto presente na reunião e aos enfermeiros.</p> <p>- Explicação e esclarecimento de dúvidas aos enfermeiros. - Determinação do início do preenchimento dos instrumentos. - Registo dos enfermeiros ausentes.</p> <p>- Apresentação dos agradecimentos e cumprimentos pessoais</p>	<p>Indicadores de avaliação do interesse em colaborar:</p> <p>- presença - atenção - postura - leitura do instrumento</p> <p>- Consideração de dúvidas.</p>

Ao longo da realização de cada reunião, foram observados determinados indicadores previstos que permitissem avaliar a concretização dos objectivos, tais como a

impressão global relativamente ao interesse revelado por parte dos participantes foi favorável. Alguns participantes formularam questões relativas à definição de comportamentos agressivos. Foram registadas as ausências e, com a colaboração de cada enfermeiro chefe, foi possível agendar encontros para esclarecimento dos enfermeiros ausentes.

Por se saber que existem várias razões que levam à não valorização dos incidentes e conseqüentemente à ausência de relatos (Lanza, 1995), tais como as associadas à definição de agressão, à pressão que os profissionais sofrem nos registos de enfermagem e à atitude dos profissionais relativa à percepção de inevitabilidade dos comportamentos agressivos e ainda, atendendo ao facto de que o registo sistematizado dos incidentes não constituía uma rotina daqueles profissionais, tornando-se por isso, numa tarefa acrescida no seu dia-a-dia, apesar da observação e a avaliação dos comportamentos agressivos ser habitual; considerou-se importante a selecção de agentes pivot em cada unidade seleccionada, a fim de contribuírem para a mobilização dos profissionais de modo a colaborarem activamente no processo de colheita de informação. Foram definidos alguns critérios que presidiram a essa selecção. Um dos critérios foi a inclusão de enfermeiros com algumas características profissionais que favorecessem o dinamismo e a aceitação por parte dos outros colegas, recrutando um ou dois agentes de cada unidade seleccionada. Tendo em conta estes critérios, foram seleccionados oito enfermeiros para constituírem a referida equipa de apoio na realização do trabalho de campo. Com estes enfermeiros, ao longo do período de observação e registo dos incidentes, foram desenvolvidas algumas estratégias a fim de se garantir o rigor no preenchimento das escalas. Neste sentido, foram acordados os seguintes pontos:

- Transmitir as informações aos elementos ausentes na primeira reunião;
- Relembrar o preenchimento da escala e ajudar a preenchê-las;
- Ler as escalas que estão preenchidas e verificar se é necessário completar alguma informação e pedir ao colega para a registar;
- Registar as dúvidas e as informações que emergirem do preenchimento das escalas;
- Registar algumas impressões formuladas aquando da ausência de registos de incidentes;
- Observar o andamento do processo de preenchimento das escalas;
- Recolher as escalas preenchidas e repor as por preencher, nas respectivas pastas de arquivo;
- Participar nas reuniões com o respectivo grupo de trabalho.

Ao longo do período de registo dos comportamentos agressivos, a equipa de apoio na realização do trabalho de campo participou em várias reuniões previamente organizadas pela investigadora, a fim de controlar o processo de colheita de informação.

#### ***Procedimentos inerentes à preparação do instrumento de medida***

A SOAS-R requereu alguns procedimentos inerentes à sua adaptação, tendo sido para o efeito submetida à tradução com o apoio de peritos na língua inglesa (Reino Unido) e de peritos na área de Saúde Mental. O seu autor, Henk Nijman, faz parte de um grupo internacional para o estudo da violência em psiquiatria, European Violence in Psychiatry Research Group, de que a investigadora é igualmente membro. Através de diversos encontros de trabalho, prestou a sua colaboração na revisão do instrumento e deu autorização para a sua aplicação.

Por se considerar um instrumento de caracterização e de fácil preenchimento, que permite a descrição dos componentes relativos aos comportamentos agressivos, não se achou necessário a realização de pré-teste. A utilização simultânea da VAS, medida de gravidade dos comportamentos agressivos, permitiu aferir a sua validação concorrente com uma correlação de *Spearman* positiva ( $r_s = .459$ ).

#### ***Procedimentos inerentes ao tratamento da informação obtida***

Foi elaborada uma base de dados no programa SPSS 11.0, onde foram introduzidos e analisados recorrendo a procedimentos estatísticos descritivos (frequências absolutas e relativas).



### 3 – RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue a orientação determinada pelos objectivos deste estudo. Assim, serão descritos os resultados obtidos através do instrumento seleccionado (SOAS-R) nas unidades de internamento de curta e de longa duração, inerentes à taxa de prevalência dos comportamentos agressivos registados por profissionais de enfermagem que os testemunharam, à natureza e gravidade dos mesmos, bem como às características socio-demográficas e clínicas dos doentes que os desenvolveram, assim como o contexto, local e hora, onde os mesmos ocorreram.

#### 3.1 – Prevalência, natureza e gravidade dos comportamentos agressivos

##### *Prevalência dos comportamentos agressivos*

Durante um ano, foram registados 377 comportamentos agressivos, desenvolvidos por 242 doentes hospitalizados nas doze unidades psiquiátricas seleccionadas. Comportamentos que foram testemunhados por profissionais de enfermagem.

A prevalência<sup>67</sup> e a frequência<sup>68</sup> dos comportamentos agressivos foram os dois indicadores seleccionados para possibilitar a expressão do fenómeno em estudo quanto à sua extensão.

Nas doze unidades, observou-se uma prevalência de 16.91% e .95 incidentes por cama por ano.

Nas seis unidades psiquiátricas de internamento de curta duração (Quadro 1.4), foram registados 185 comportamentos agressivos, desenvolvidos por 135 doentes (7.23%), que representaram, em termos médios, 1.2 incidentes por cama por ano e uma prevalência de 9.90%. O número de incidentes por cama por ano variou de .8 a 1.5, tendo-se notado maior valor em duas unidades masculinas.

---

<sup>67</sup> Fórmula de cálculo: Prevalência dos comportamentos agressivos = Total de comportamentos agressivos/Total de doentes hospitalizados\*100.

<sup>68</sup> Número de incidentes por cama por ano.

Quadro 1.4 – Distribuição das unidades de internamento de curta duração segundo o número de incidentes por cama por ano e prevalência dos incidentes agressivos

Internamento de curta duração	Lotação	Nº de doentes hospitalizados	Nº de doentes que desenvolveram incidentes		Nº incidentes	Nº Incidentes por cama por ano b)	Prevalência (%)
			nº	%			
Clínica Psiquiátrica Masculina (HUC)	33	486	21	4.32	28	.8	5.76
Clínica Psiquiátrica Feminina (HUC)	30	461	35	7.59	41	1.4	8.89
Clínica Masculina (Pavilhão 8; HSC)	30	323	31	9.60	44	1.5	13.62
Clínica Feminina (Pavilhão 1; HSC)	29	354	15	4.24	26	.9	7.34
Clínica Masculina (HPL)	18 a)	132	20	15.15	27	1.5	20.45
Clínica Feminina (HPL)	18 a)	111	13	11.71	19	1.1	17.12
<b>Total</b>		1867	135	7.23	185	<b>1.2 c)</b>	<b>9.90</b>

a) Lotação praticada durante o ano de 2003, decorrente das obras de beneficiação no espaço físico de origem do serviço (Indicadores de Produção Clínica do HPL do ano 2003).

b) Número de incidentes por cama por ano = nº de comportamentos agressivos/lotação praticada).

c) Média aritmética.

Nas seis unidades de longa duração (Quadro 1.5), foram testemunhados 192 incidentes agressivos, desenvolvidos por 107 doentes (29.48%), durante o mesmo período de observação, que traduziram, em termos médios, 7 incidentes por cama por ano e uma prevalência de 52.89%. O nº de incidentes por cama por ano variou de .3 a 1.4 e à semelhança do que se observou em unidades de curta duração, notou-se igualmente maior valor numa unidade masculina.

Quadro 1.5 – Distribuição das unidades de internamento de longa duração segundo o número de incidentes por cama por ano e prevalência dos incidentes agressivos

Internamento de longa duração	Lotação	Nº de doentes hospitalizados	Nº de doentes que desenvolveram incidentes		Nº incidentes	Nº Incidentes por cama por ano a)	Prevalência (%)
			nº	%			
Serviço de psiquiatria forense (HSC)	54	84	14	16.67	16	.3	19.05
Residência masculina (HPL)	92	83	28	33.73	37	.4	44.58
Residência feminina (HPL)	78	44	11	25.00	22	.3	50.00
Mista: Pav1 (CPRA)	35	44	16	36.36	34	1.0	77.27
Mista: Pav2 (CPRA)	36	42	20	30.30	34	.9	80.95
Mista: Pav4 (CPRA)	36	66	18	27.27	49	1.4	74.24
<b>Total</b>		363	107	29.48	192	<b>.7 b)</b>	<b>52.89</b>

a) Número de incidentes por cama por ano = nº de comportamentos agressivos/lotação praticada.

b) Média aritmética.

Entre os valores obtidos nos dois tipos de unidades de internamento (de curta e longa duração), quanto ao nº de incidentes por cama por ano e à prevalência, verificámos que no internamento de curta duração se registaram mais incidentes por cama por ano (1.2) e no de longa duração uma prevalência muito superior (52.89%).

### ***Natureza dos comportamentos agressivos***

A natureza dos comportamentos agressivos compreende as componentes do SOAS-R (Nijman, 1999): a) precipitantes da agressão; b) meio(s) utilizado(s) pelo doente para cometer a agressão; c) alvo(s) da agressão; d) consequências da agressão para a vítima e e) intervenções utilizadas no controlo da agressão.

#### ***Precipitantes da agressão***

O precipitante da agressão corresponde à fonte de provocação atribuída no momento da imlosão do incidente, podendo a mesma ser ou não testemunhada. Entre as diferentes possibilidades eram contempladas as seguintes: outros doentes, ajuda na satisfação das necessidades fundamentais/actividades de vida diária, negação de algo ao doente pelos profissionais, ordem ao doente para a toma de medicação e outras provocações.

Dos 377 incidentes agressivos registados (Quadro 1.6), apesar de se ter observado um elevado valor percentual (38.73%), em que os profissionais não tiveram a oportunidade de identificar o precipitante, no momento da imposição dos incidentes observados algumas fontes de provocação foram identificadas; entre elas, a mais registada foi a negação de algo ao doente pelos profissionais (18.30%), seguindo-se outras provocações (13.26%), cuja especificação resultou em: recusa do doente no cumprimento do regulamento interno instituído na unidade, ordem ao doente para cumprimento de prescrições não medicamentosas (e.g. manter-se em pijama, não sair do quarto) e visitas (e.g. amigos e familiares). A que foi menos observada foi ordem ao doente para toma de medicação (7.16%).

Em unidades de internamento de curta duração, o precipitante da agressão mais registado foi a negação de algo ao doente pelos profissionais (23.24%) e os menos identificados foram: outros doentes (5.95%) e ajuda na satisfação das necessidades fundamentais (5.95%); enquanto que em unidades de internamento de longa duração o precipitante da agressão mais identificado foi “outros doentes” (18.80%) e o menos identificado foi ordem ao doente para toma de medicação (4.69%).

Quadro 1.6 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo os precipitantes da agressão

Precipitantes	I. curta duração (n=185)		I. longa duração (n=192)		Total (N=377)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Negação de algo ao doente pelos profissionais	43	<b>23.24</b>	26	13.54	69	<b>18.30</b>
Outros doentes	11	<b>5.95</b>	36	<b>18.75</b>	47	12.47
Ordem ao doente para toma de medicação	18	9.73	9	4.69	27	7.16
Ajuda na satisfação das necessidades fundamentais/AVD	11	<b>5.95</b>	27	14.06	38	10.08
Outras provocações (Especificar)	34	18.38	16	8.33	50	13.26
Não identificado	68	36.76	78	40.63	146	<b>38.73</b>

#### *Meio(s) usado(s) pelo doente para cometer a agressão*

Entre os diferentes meios utilizados pelo doente para cometer a agressão inserem-se: agressão verbal, partes do corpo (mãos, pés, dentes e outras), objectos comuns (cadeiras, vidros, outros), objectos perigosos (facas, outros) e métodos perigosos (estrangulamento, outros).

Relativamente ao total dos incidentes registados (Quadro 1.7), verificou-se que partes do corpo, através dos murros, empurrões, pontapés e dentadas, foram o meio mais utilizado para cometer a agressão, tendo-se observado em 270 incidentes (71.60%); seguindo-se a agressão verbal, utilizada em 252 incidentes (66.90%). Os menos utilizados foram os métodos perigosos, apenas em 4 incidentes (1.10%).

Entre os dois tipos de unidades de internamento de curta e longa duração, os métodos mais utilizados foram a agressão verbal e partes do corpo, com valores percentuais expressivos. Sendo agressão verbal o mais testemunhado no internamento de curta duração (68.65%) e partes do corpo o mais observado no de longa duração (74.48%). Para ambos os tipos de internamento o meio usado pelos doentes menos observado foi métodos perigosos.

Quadro 1.7 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo o(s) meio(s) usado(s) pelo doente para cometer a agressão

Meios	I. curta duração (n=185)		I. longa duração (n=192)		Total (N=377)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Partes do corpo (mãos, pés, dentes, outras)	127	68.65	143	<b>74.48</b>	270	<b>71.62</b>
Agressão verbal	137	<b>74.05</b>	115	59.90	252	66.84
Objectos comuns (cadeiras, vidros, outros)	26	14.05	29	15.10	55	14.59
Objectos perigosos (facas, outros)	4	2.16	7	3.64	11	2.92
Métodos perigosos (estrangulamento, outros)	3	<b>1.62</b>	1	<b>0.52</b>	4	1.06

#### *Alvo(s) da agressão*

Consideraram-se como alvos de agressão os seguintes itens: nada/ninguém, objectos, o próprio doente, outros doentes, enfermeiros, outros.

Nos 377 incidentes registados (Quadro 1.8), verificou-se que os enfermeiros foram o alvo mais atingido, tendo-se observado essa ocorrência em 149 incidentes (39.60%), seguindo-se outros doentes, com uma frequência aproximada (35.50%); o alvo menos alcançado foi “objectos” (3.45%).

Entre as unidades de internamento de curta e longa duração verificaram-se valores percentuais diferentes. No internamento de curta duração, os enfermeiros foram o alvo mais afectado (53.51%) e o próprio doente o menos atingido (2.70%), enquanto que no internamento de longa duração outros doentes foi o alvo mais alcançado (53.65%) e objectos o menos atingido (1.56%). Todavia, os outros doentes e os enfermeiros foram alvos igualmente atingidos com valores elevados, tanto nos internamentos de curta e longa duração (16.76% e 26.04%, respectivamente).

Quadro 1.8 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo o(s) alvo(s) da agressão

Alvos	I. curta duração (n=185)		I. longa duração (n=192)		Total (N=377)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermeiros	99	<b>53.51</b>	50	26.04	149	<b>39.52</b>
Outros doentes	31	16.76	103	<b>53.65</b>	134	35.54
O próprio doente	5	<b>2.70</b>	8	4.17	13	3.45
Objectos	9	4.86	3	<b>1.56</b>	12	<b>3.18</b>
Nada/ninguém	5	2.70	2	1.04	7	1.86
Outros	36	19.46	26	13.54	62	16.45

*Consequência(s) para a(s) vítima(s)*

As consequências para as vítimas podem ser centradas nos objectos (prejuízos recuperados e não recuperados) e centradas nas pessoas (sentiram-se ameaçadas, sentiram dor, apresentaram danos visíveis, necessitaram de tratamento).

Conforme se pode visualizar na Quadro 1.9, na maioria dos incidentes observados, em 238 incidentes (63.13%), verificaram-se consequências centradas nas pessoas. Em 130 incidentes (34,5%) não se verificaram, aparentemente, consequências. As consequências para os objectos (com e sem prejuízos recuperáveis) observaram-se apenas em 53 incidentes (14.40%).

Em ambos os tipos de unidades de internamento de curta e longa duração, verificou-se que as consequências foram mais frequentemente centradas nas pessoas (57.80% e 68.20%, respectivamente).

Quadro 1.9 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo a(s) consequência(s) para a(s) vítima(s)

Consequências	I. curta duração (n=185)		I. longa duração (n=192)		Total (N=377)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhuma	71	38.38	59	30.73	130	34.48
Pessoas	107	<b>57.84</b>	131	<b>68.23</b>	238	<b>63.13</b>
Objectos	20	10.81	33	17.19	53	14.06

*Intervenção utilizada para controlo da agressão*

Diferentes intervenções podem ser utilizadas para ajudar a controlar os incidentes agressivos, entre elas consideram-se as não restritivas – falar com o doente e demonstrar calma –, as restritivas – segurar com força, imobilizar e isolar o doente –, a administração de medicação e a combinação de medidas restritivas com a administração de medicação.

Na totalidade dos incidentes (Quadro 1.10), as medidas não restritivas foram as mais utilizadas, em 118 incidentes (31.30%), seguindo-se as medidas restritivas que foram utilizadas em 102 incidentes (27.06%). As que foram menos utilizadas foi “outras intervenções” (1.86%).

Nos dois tipos de unidades de internamento de curta e longa duração, observaram-se diferenças de frequências relativas; especificando, em unidades de curta duração as intervenções mais utilizadas no controlo dos incidentes foram as medidas não restritivas (28.65%), enquanto que em unidades de longa duração as mais utilizadas foram as medidas restritivas (36.98%). Porém, conforme se pode visualizar no mesmo quadro (Quadro 1.10), em ambos os tipos de unidades, para controlo dos incidentes foram utilizadas intervenções que envolveram a combinação de medidas não restritivas e administração de medicação, em mais de metade dos incidentes.

Quadro 1.10 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo as medidas usadas para o controlo da agressão

Medidas	I. curta duração (n=185)		I. longa duração (n=192)		Total (N=377)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Medidas não restritivas	53	<b>28.65</b>	65	33.85	118	<b>31.30</b>
Medidas restritivas	31	16.76	71	<b>36.98</b>	102	27.06
Administração de medicação	32	17.30	24	12.50	56	14.85
Outras	2	1.08	5	2.60	7	1.86
Administração de medicação + medidas restritivas	40	21.62	17	8.85	57	15.12
Nenhuma	2	1.08	10	5.21	12	3.18

### **Gravidade dos comportamentos agressivos**

A gravidade dos incidentes foi avaliada com base nos scores obtidos considerando os componentes da escala SOAS-R (Nijman, 1999), agrupando-se os resultados de acordo com a classificação proposta por Heinz (2000).

Conforme se pode visualizar no Quadro 1.11, do total dos incidentes agressivos registados, a maior percentagem revelou-se de gravidade moderada (39.26%), seguindo-se a gravidade severa, com 33.42%. Os incidentes com gravidade ligeira foram menos registados (27.32%).

Em ambos os tipos de unidades de internamento (de curta e de longa duração), os incidentes com gravidade moderada foram os mais registados (40.00% e 38.54%, respectivamente), seguindo-se os de gravidade severa (30.27% e 36.46%, respectivamente). A frequência acumulada representa que a maior percentagem de incidentes registados foram de gravidade moderada e severa.

Quadro 1.11 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo a gravidade

Gravidade	I. curta duração (n=185)		I. longa duração (n=192)		Total (N=377)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Ligeira	55	29.73	48	25.00	103	27.32
Moderada	74	<b>40.00</b>	74	<b>38.54</b>	148	<b>39.26</b>
Grave	56	30.27	70	36.46	126	33.42

### 3.2 – Contexto em que ocorreram os comportamentos agressivos

O contexto dos comportamentos agressivos reporta-se ao local e à hora em que ocorreram.

#### **Local de ocorrência**

Entre os vários locais onde ocorreram os 377 incidentes agressivos registados (Quadro 1.12), o refeitório e a enfermaria foram os locais que registaram maior ocorrência de incidentes (29.44% e 28.50%, respectivamente) e o gabinete de consulta foi onde se verificou menor ocorrência de incidentes.

Nos dois tipos de unidades de internamento os locais de maior e menor ocorrência dos incidentes são os mesmos: enfermaria e refeitório e gabinete de consulta. Registaram-se diferenças mínimas nos valores percentuais, no entanto, no internamento de curta duração verificou-se uma maior ocorrência em enfermaria (29.73%), enquanto que no internamento de longa duração se registou uma maior frequência em refeitório (30.73%).

Quadro 1.12 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo o local de ocorrência

Local	I. curta duração (n=185)		I. longa duração (n=192)		Total (N=377)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Refeitório	52	<b>28.11</b>	59	<b>30.73</b>	111	<b>29.44</b>
Enfermaria	55	<b>29.73</b>	53	<b>27.60</b>	108	<b>28.65</b>
Corredor/Hall	45	24.32	44	22.92	89	23.61
Sala de Convívio	24	12.97	28	14.58	52	13.79
Sala de Tratamentos	4	2.16	6	3.13	10	2.65
Sala de Ocupação	4	2.16	2	1.04	6	1.59
Gabinete de Consulta	1	.54	-	-	1	.27



### ***Hora de ocorrência***

Relativamente à distribuição temporal dos incidentes ao longo das 24 horas, conforme se pode visualizar na Quadro 1.13, o valor percentual mais elevado registou-se no período das 9 às 12 horas (26.99%).

Em ambos os tipos de unidades de internamento, verificou-se que foram observados mais incidentes agressivos em períodos diferentes. No internamento de curta duração a maior ocorrência de incidentes observou-se no período entre as 9 e as 12 horas (31.89%) e no internamento de longa duração no período entre as 18 e as 21 horas (24.48%). Estes períodos são coincidentes com as horas das refeições. Nos dois tipos de unidades, a maior parte dos incidentes foi registada ao longo do período das 9 às 21 horas.

Quadro 1.13 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo a hora de ocorrência

Hora	I. curta duração (n=185)		I. longa duração (n=192)		Total (N=377)	
	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 3h	4	2.16	-	-	4	1.06
3 - 6 h	2	1.08	1	.52	3	.80
6 - 9 h	6	3.24	25	13.02	31	8.22
9 - 12 h	59	<b>31.89</b>	39	20.31	98	<b>25.99</b>
12 - 15 h	34	18.38	46	23.96	80	21.22
15 - 18 h	39	21.08	25	13.02	64	16.98
18 - 21 h	30	16.22	47	<b>24.48</b>	77	20.42
21 - 24 h	11	5.95	9	4.69	20	5.31

### **3.3 – Características socio-demográficas e clínicas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos**

#### ***Características Socio-demográficas***

Através da Quadro 1.14, verificamos que os 242 doentes que desenvolveram incidentes agressivos, quanto às características socio-demográficas, caracterizaram-se da seguinte forma: têm uma média de idade, aproximada, de 43 anos e são maioritariamente do sexo masculino (69.42%).

No internamento de curta duração os doentes apresentam uma média de idades inferior (37.19 anos), enquanto que no de longa duração a média de idades é ligeiramente superior (49.08 anos). Em ambos os tipos de internamentos verificou-se que os indivíduos do sexo masculino foram os que desenvolveram mais comportamentos agressivos.

Quadro 1.14 – Características socio-demográficas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos

Características socio-demográficas		I. curta duração (n=135)		I. longa duração (n=107)		Total (N=242)	
Idade	Média (anos)	37.19		49.08		43.14	
		nº	%	nº	%	nº	%
Sexo	Masculino	72	<b>53.33</b>	96	<b>89.72</b>	168	<b>69.42</b>
	Feminino	63	46.67	11	10.28	74	30.58

### **Características Clínicas**

No que diz respeito às características clínicas, conforme se pode observar no Quadro 1.15, foram admitidos por via Urgência 106 doentes (43.80%) através do Internamento Voluntário 147 doentes (60.70%); apresentaram como diagnóstico médico, formulado na admissão, Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas 105 doentes (43.40%).

Comparando as frequências obtidas acerca das características clínicas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos internados em ambos os tipos de unidades, verificou-se que no internamento de curta duração os doentes foram admitidos por via Urgência (66.67%) e foram sujeitos ao internamento voluntário (84.44%), enquanto que nas unidades de longa duração os doentes foram admitidos por via Judicial (35.51%) e foram sujeitos ao internamento compulsivo (69.16%). Quanto ao diagnóstico médico, em ambos os tipos de internamento verificou-se que os doentes que mais desenvolveram comportamentos agressivos apresentaram o Diagnóstico de Esquizofrenia e Outras Perturbações Psiquiátricas (42.22% e 44.86%, respectivamente).

Quadro 1.15 – Características clínicas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos

Características clínicas		I. curta duração (n=135)		I. longa duração (n=107)		Total (N=242)	
		nº	%	nº	%	Nº	%
Admissão	Urgência	90	<b>66.67</b>	16	14.95	106	<b>43.80</b>
	Consulta	29	21.48	20	18.69	49	20.25
	Judicial	11	8.15	38	<b>35.51</b>	49	20.25
	Transferência	5	3.70	25	23.36	30	12.40
	Outra	-	-	8	7.48	8	3.31
Internamento	Voluntário	114	<b>84.44</b>	33	30.84	147	<b>60.74</b>
	Compulsivo	21	15.56	74	<b>69.16</b>	95	39.26
Diagnóstico Médico (primeiro)	Esquizofrenia e Outras Pert. Psicóticas	57	<b>42.22</b>	48	<b>44.86</b>	105	<b>43.39</b>
	Deficiência Mental	8	5.93	44	41.12	52	21.49
	Pert. Do Humor	40	29.63	4	3.74	44	18.18
	Pert. Relacionadas c/ Substancias	6	4.44	3	2.80	9	3.72
	Pert. da Personalidade	6	4.44	2	1.87	8	3.31
	Outros	18	13.33	6	5.61	24	9.92

Sintetizando, conforme os resultados obtidos nas 12 unidades seleccionadas, salientaram-se algumas características dos 377 comportamentos agressivos registados, baseadas nos valores percentuais mais elevados. Desse modo, tornou-se possível a seguinte configuração do padrão de comportamentos agressivos:

- Prevalência de 16.91% e .95 incidentes por cama por ano, avaliados com gravidade moderada;
- Provocação: Negação de algo ao doente pelos profissionais;
- Meios utilizados pelo doente para cometer a agressão: “partes do corpo”;
- Alvo da agressão: Enfermeiros;
- Consequências para as vítimas: centradas nas pessoas;
- Intervenções usadas para controlo dos incidentes: medidas não restritivas;
- Contexto de ocorrência: o refeitório e a enfermaria e o período entre as 9 e as 12 horas.

Também foi possível identificar algumas características socio-demográficas e clínicas que tipificam pela maior frequência os 242 doentes que desenvolveram os comportamentos agressivos registados, por exemplo: sexo masculino, idade média 43 anos, admissão via Urgência, internamento voluntário e diagnóstico médico, à admissão, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Por fim, identificaram-se igualmente algumas características dos comportamentos agressivos que mais se salientaram nos dois tipos de unidades psiquiátricas (internamento de curta e de longa duração).

Nas unidades psiquiátricas de curta duração, os comportamentos agressivos representaram uma prevalência mais baixa e um maior número de incidentes por cama por ano; foram mais precipitados por “Negação de algo aos doentes pelos profissionais”; foram mais cometidos através da “Agressão verbal”, atingiram mais os “Enfermeiros”, foram mais controlados através de “Medidas restritivas” e em termos de distribuição temporal implodiram mais no período entre as 9 e as 12 horas. Foram desenvolvidos por doentes com uma média de idades mais baixa; admitidos em maior proporção por via Urgência e sujeitos ao Internamento Voluntário.

Por seu turno, nas unidades psiquiátricas de longa duração, os comportamentos agressivos representaram uma prevalência mais alta e um menor número de incidentes por cama por ano; foram mais precipitados por “Outros doentes”; foram mais cometidos através de “Partes do corpo”; atingiram mais “Outros doentes”, foram mais controlados através de “Medidas restritivas” e implodiram mais no período entre as 18 e as 21 horas. Foram desenvolvidos por doentes com uma média de idades mais elevada, e admitidos em maior proporção por via judicial com internamento compulsivo.

## 4 – DISCUSSÃO

Neste capítulo, são discutidos os resultados obtidos que se destacaram no quadro da caracterização dos comportamentos agressivos ocorridos nas unidades psiquiátricas seleccionadas, da caracterização do contexto, da sua implosão e, ainda, tipificação das características socio-demográficas e clínicas dos doentes que os desenvolveram.

### 4.1 – Características dos comportamentos agressivos

Das características dos comportamentos agressivos registados nas unidades psiquiátricas de internamento monitorizadas (seis de curta e seis de longa duração), consideraram-se os aspectos relativos à respectiva frequência e prevalência, natureza e gravidade.

#### ***Frequência e prevalência***

Relativamente à frequência e prevalência dos comportamentos agressivos no conjunto dos dois tipos de unidades, verificámos uma frequência média de .95 incidentes por cama por ano e uma prevalência de 16.91%. Nas unidades de curta duração, a frequência observada foi de 1.2 e a prevalência de 9.90%, enquanto nas unidades de longa duração, as observações se invertem no sentido de uma frequência mais baixa (.7) e uma prevalência mais alta (52.89%). A expressão desta diferença entre os dois tipos de unidades estudadas explica-se pelas diferentes características de natureza, estrutura e organização e, naturalmente, da rotação, e tempo médio de internamento que se repercutirá nos valores, de uma forma mais evidente na prevalência dado que esta inclui a repetição dos incidentes registados nos mesmos doentes ao longo do tempo de internamento.

Estes resultados situam-se dentro do intervalo dos valores observados em diferentes países europeus, em que, por exemplo, ao nível da frequência, os valores se registam entre .4 e 59.90 (Nijman *et al.*, 2005) e da prevalência entre 15 e 30%, de acordo com uma estimativa de Bjørkly (1995).

Alguns estudos realizados em **unidades psiquiátricas de curta duração**, em que foi utilizado o mesmo instrumento de medida (SOAS), apresentam frequências médias mais elevadas. Por exemplo, na Noruega, Almvik *et al.* (2000), calcularam uma frequência de 5,4 incidentes por cama por ano; na Suécia, Palmstierna & Wistedt (1995)

observaram uma frequência de 13,4 e, na Itália, Grassi *et al.* (2001) verificaram uma maior frequência, 33 incidentes por cama por ano.

Contudo, deve considerar-se as variações em contextos diferentes. De facto, num estudo realizado por Nijman *et al.* (1997a), na Holanda, numa unidade de 20 camas, com aproximadamente um terço de doentes internados involuntariamente, de regime fechado, regista-se uma frequência de 17.8, enquanto noutros estudos desenvolvidos no mesmo país, e pelo mesmo autor, em unidades semelhantes, foram relatadas frequências entre 4.8 a 22.4 (Nijman, 1999).

Relativamente à prevalência, constata-se que os resultados descritos na literatura são semelhantes aos obtidos neste estudo. Bjørkly (1995) e Tardiff (1992) estimam que cerca de 10% de doentes desenvolvam comportamentos agressivos neste tipo de unidades.

Em **unidades de longa duração**, encontraram-se estudos que apresentam, na sua globalidade, valores mais elevados. No estudo realizado por Nijman *et al.* (1997a), em duas unidades fechadas de longa duração, com doentes crónicos, durante 10 meses e meio, observaram-se frequências médias de 22.4 e 19.9 incidentes.

Quanto à prevalência, alguns estudos revelam valores mais elevadas, enquanto noutros se registou o contrário. Por exemplo, na Austrália, o estudo realizado por Chueng *et al.* (1996), em unidades de reabilitação apresentou uma prevalência mais elevada, de 62.70%, enquanto, Shah *et al.* (2000), em residências psiquiátricas encontraram uma prevalência menor, de 35%.

Entre os diferentes estudos referenciados, percebermos que as realidades estudadas têm características diversas, desde os recursos físicos, à capacidade e funcionamento, regimes legais e institucionais aplicados, entre outras. Em Portugal, desde 1961, por força da Lei 2118, que o regime de internamento é aberto, o que não acontece em alguns países que ainda têm unidades de regime fechado, como é o exemplo da Holanda e da Inglaterra. É excepção, de acordo com a actual Lei de Saúde Mental (36/98), o regime considerado especial de internamento compulsivo e o caso da psiquiatria forense, em que se prevêem regimes especiais.

Assim, pode concluir-se que a dimensão deste fenómeno, nas unidades estudadas, que de algum modo pode representar o que se passa em outras unidades do género do país, se inscreve no quadro dos valores comuns referenciados nos outros estudos.

### **Natureza**

A caracterização dos incidentes quanto à sua natureza inclui as características mais relevantes, dos 377 incidentes registados, de acordo com as componentes: precipitante da agressão, meios utilizados pelo doente para cometer a agressão, alvo da

agressão, consequências da agressão para a vítima e intervenções utilizadas para controlo dos incidentes.

Apesar de se ter observado um elevado valor percentual (38.73%) em que os profissionais não tiveram a oportunidade de identificar o **precipitante**, no momento da imposição dos incidentes observados algumas fontes de provocação foram identificadas e, entre elas, a mais registada foi a “negação de algo ao doente pelos profissionais” (18.30%).

Em unidades de curta duração, o precipitante da agressão mais registado foi o mesmo: a “negação de algo ao doente pelos profissionais” (23.24%). Estes resultados alvitraram que os incidentes são originados em contexto de relação interpessoal, profissionais-doentes.

Diferentes estudos mostram resultados semelhantes (Nijman & Merckelbach, 1997; Palmstierna *et al.*, 1991). Subjacente a este tipo de provocação, poderá estar a dificuldade dos doentes lidarem com a frustração. De facto, neste tipo de contextos psiquiátricos, à luz dos modelos instituídos, algumas decisões dos profissionais são tomadas no sentido de fazer cumprir determinadas normas instituídas. Estas poderão não ser compreendidas e aceites pelos doentes, ainda que lhes sejam explicadas. Por outro lado, algumas destas normas são instituídas no sentido de facilitar o funcionamento das unidades psiquiátricas e de promover melhores condições terapêuticas, embora, em termos práticos, se possam traduzir na fixação de limites, como, por exemplo: tirar coisas ao doente, proibir de fumar, vestir roupa institucional, o que poder aumentar o risco de desenvolvimento de comportamentos agressivos (Hamolia, 2001). Nem sempre os doentes estão em condição clínica para poderem aceitar as determinações, ainda que sejam pensadas com fins terapêuticos. Não obstante, no processo de cuidados de saúde, quando as decisões terapêuticas são centradas no doente favorecendo o seu envolvimento, com base em estratégias verbais afáveis ou outras de persuasão não restritivas, de maneira a possibilitar a negociação para o contracto terapêutico, existirá uma maior probabilidade de se controlar os factores precipitantes.

Por sua vez, em unidades de longa duração, a fonte de provocação dos incidentes agressivos mais observada foi centrada em outros doentes (18.80%). Shepherd & Lavander (1999) encontraram resultados no mesmo sentido, sugerindo que a causa dos incidentes neste tipo de contexto reside mais na relação interpessoal, doente-doente.

Neste estudo, como verificámos, os **meios mais utilizados pelos doentes para cometerem a agressão** foram partes do corpo, através dos murros, empurrões, pontapés e dentadas, tendo-se observado estes em 270 incidentes (71.60%); seguindo-se a agressão verbal, utilizada em 252 incidentes (66.90%). Os resultados obtidos em ambos os tipos de unidades são semelhantes, embora com ligeiras diferenças percentuais, visto

que em unidades de curta duração o mais utilizado foi a agressão verbal (68.65%), enquanto que em unidades de longa duração a agressão física (74.48%). Porém, devemos salientar que a proximidade dos resultados referentes às agressões verbais e físicas poderá indiciar um baixo nível de registo de natureza verbal quando estas são isoladas.

Todavia, estes resultados não divergem do que é apresentado na literatura, especialmente no que diz respeito às agressões verbais a maioria dos estudos mostram essas evidências (Nolan *et al.* 1999; Nijman & Merckelbach, 1997; Lion, 1995; Mackay, 1987).

Num estudo comparativo entre unidades psiquiátricas de três países, Itália, Inglaterra e Grécia, embora tenham encontrado resultados semelhantes ao nível da prevalência dos comportamentos agressivos, os autores verificaram, entre outras discrepâncias, diferenças significativas nas agressões verbais, tendo sido estas menos frequentes em Itália (Douzenis *et al.*, 2003). É possível que estas diferenças estejam relacionadas com as diversidades culturais e que interferem de modo relevante no registo das ocorrências, sendo que se espera em Itália, particularmente, que as pessoas de uma maneira geral tenham uma expressão verbal muito “forte”.

Os comportamentos agressivos dos doentes no contexto psiquiátrico ameaçam a segurança dos doentes e dos profissionais, além disso a agressão verbal constante também pode produzir efeitos psicológicos sobre as vítimas. Alguns estudos, como Wittington & Wykes (1996) corroboram esta ideia, quando verificaram que episódios menores repetidos de violência podem precipitar tanto o absentismo ao trabalho como sentimentos prolongados e disforia.

À semelhança dos resultados obtidos, noutros estudos, especialmente em unidades de curta duração (Nijman & Merckelbach, 1997; Carmel & Hunter, 1990; Mackay, 1987; Lanza, 1985), verificou-se neste trabalho que os enfermeiros, entre os restantes profissionais da equipa e outros doentes, são os que ocupam o principal lugar de **vítima** nos incidentes desta natureza.

Neste estudo, entre as unidades de internamento de curta e longa duração verificaram-se valores diferentes. No internamento de curta duração, os enfermeiros foram o alvo mais atingido (53.51%), enquanto que, no internamento de longa duração, foram outros doentes (53.65%).

Estes resultados sugerem que existe uma correspondência entre o factor precipitante e a vítima, talvez relacionada com a dinâmica dos serviços e suas características. Por exemplo, nas unidades de longa duração a dinâmica envolve muito as questões domésticas, pela presença continuada e duradoura dos doentes.

Quanto às **consequências**, estas centraram-se especialmente nas pessoas, verificando-se em 238 incidentes (63.13%). Em ambos os tipos de unidades de internamento, de curta e longa duração, verificou-se que as **consequências** foram mais frequentemente centradas nas pessoas (57.80% e 68.20%, respectivamente), especialmente nos enfermeiros e nos doentes.

Existe consenso entre os autores sobre as consequências para as vítimas quando a gravidade dos incidentes é ligeira ou moderada, pressupondo-se que uma grande maioria destes incidentes não produz sérios danos ou prejuízos aos profissionais (Nijman & Merckelbach, 1997). O contrário acontece com os incidentes agressivos graves, que poderão produzir consequências físicas e psicologicamente relevantes para as vítimas e até implicações financeiras (Hunter & Carmel, 1992).

Acerca das **medidas utilizadas para controlo da agressão**, em 118 incidentes (31.30%), os profissionais conseguiram controlar os comportamentos agressivos dos doentes através de medidas não restritivas, como por exemplo: falar com o doente e demonstrar calma. Nesses incidentes, certamente que o perigo não era iminente; por isso, eles conseguiram prevenir o agravamento da situação através de técnicas comunicacionais. Outras medidas foram utilizadas, tais como as restritivas (segurar com força, imobilizar e isolar), em 102 incidentes (27.06%).

Nos dois tipos de unidades de internamento, de curta e longa duração, observaram-se diferenças. Em unidades de curta duração as intervenções mais utilizadas no controlo dos incidentes foram as medidas não restritivas (28.65%), enquanto que em unidades de longa duração as mais utilizadas foram as medidas restritivas (36.98%). Porém, em ambos os tipos de unidades, para controlo dos incidentes, foram utilizadas intervenções que envolveram a combinação de medidas não restritivas e administração de medicação, em mais de metade dos incidentes.

As medidas restritivas são habitualmente utilizadas perante a exposição de violência física, casos em que o perigo é iminente (Mason & Chandley;1999). Observação esta que é partilhada por resultados de outros estudos, como é o caso de uma pesquisa de Nijman & Merckelbach (1997), em que se verificou que os profissionais utilizaram medidas restritivas em cerca de metade dos incidentes (49.00% de 164 incidentes monitorizados).

### **Gravidade**

De acordo com as classificações utilizadas (SOAS-R: Nijman, 1999; VAS da gravidade), que permitiram avaliar a gravidade dos 377 incidentes registados no actual estudo, verificou-se que a gravidade destes foi na maioria dos casos moderada (39.26%)



ou grave (37.42%). Tendo em conta o tipo de unidades de internamento, de curta e longa duração, os incidentes com gravidade moderada mantêm-se como mais frequentes (40.00% e 38.54%, respectivamente), mas os incidentes graves também foram comuns (30.27% e 36.46%, respectivamente).

Embora as frequências de incidentes agressivos encontradas no presente estudo sejam mais baixas relativamente à maioria dos estudos, em relação à percentagem do nível dos incidentes com gravidade moderada os resultados são semelhantes (Heinze, 2000; Palmstierna & Wistedt, 1989). No entanto, tendencialmente associado a um registo de frequências e prevalências mais elevadas de incidentes, aparece uma percentagem maior de incidentes ligeiros (Nijman & Merckelbach, 1997; Palmstierna & Wistedt, 1987). Este facto poderá indiciar uma desvalorização e, conseqüente, o não registo dos incidentes ligeiros (em que se incluirão os somente de expressão verbal) nos contextos em que realizamos a investigação de campo.

#### **4.2 – Características dos contextos em que ocorreram os incidentes agressivos**

A enfermaria e o refeitório foram os locais onde se registou maior ocorrência de incidentes (29.44% e 28.50%, respectivamente). Em ambos os tipos de unidades, de curta e longa duração, registaram-se diferenças mínimas nos valores relativos, no entanto, no internamento de curta duração verificou-se uma maior ocorrência em enfermaria (29.73%), enquanto que no internamento de longa duração uma maior frequência em refeitório (30.73%).

Como vimos, a existência de problemas comunicacionais entre os doentes será uma causa destes comportamentos. A enfermaria é o local onde o doente passa a maior parte do tempo de hospitalização, é onde tem a sua cama e as suas coisas. Espaço esse que terá que partilhar, habitualmente, com outros doentes. Por seu turno, o refeitório é um espaço comum e, especialmente na hora das refeições, estão reunidas algumas condições associadas ao aglomerado de doentes que pode contribuir para agitação e a agressão.

Assim, dada a identidade destes factores na maioria das unidades deste tipo, mesmo noutros países, explica-se a consistência dos resultados encontrados com os de outros estudos (Marques & Mendes, 2003; Nijman, 1999b; Tardiff, 1996).

Existem estudos empíricos sobre os efeitos do ambiente nas unidades psiquiátricas nas situações de agressão, nomeadamente sobre o espaço físico das unidades e arquitectura, sobre a concentração de doentes, sobre a atmosfera das unidades. O estudo de Edwards & Reid (1983) salienta o elevado nível de incidentes nas

enfermarias com estruturas reduzidas e, nesse sentido, vários outros autores sugerem que os aglomerados são uma potencial causa de irritabilidade nas unidades (Hunter & Love, 1996; Palmstierna & Wistedt, 1995; Lanza *et al.*, 1994). Por seu turno, Palmstierna & Wistedt (1995) avaliaram o efeito da redução do número de camas da unidade na frequência de incidentes agressivos por doente e verificaram que não houve redução desse valor, contudo, registou-se uma mudança da natureza dos incidentes, ou seja, contrariamente ao que seria de esperar, a diminuição dos comportamentos agressivos contra os profissionais e o aumento dos incidentes contra os doentes.

A **distribuição temporal dos incidentes agressivos** registados não foi uniforme ao longo das 24 horas e em cada tipo de unidade de internamento, verificou-se que os picos de maior frequência são relativamente diferentes.

No internamento de curta duração, a maior ocorrência de incidentes observou-se no período entre as 9 e as 12 horas (31.89%) e, no internamento de longa duração, esta observou-se no período entre as 18 e as 21 horas (24.48%), coincidente com a hora da refeição. Nos dois tipos de unidades, a maior parte dos incidentes foi registada ao longo do período das 9 às 21 horas, correspondendo ao horário de funcionamento mais intensivo. No que respeita às unidades de curta duração, o período das 9 às 12 é especialmente intenso em termos de intervenção nas actividades de diagnóstico e, terapêuticas, bem como nas rotinas do serviço.

O aumento da frequência de incidentes agressivos durante as manhãs, descrito por Dooley (1986) e outros autores, assinalam que, na maioria das unidades psiquiátricas, o pico das actividades de enfermagem, tal como a hora das refeições e a hora da medicação, são os momentos com maior frequência de incidentes (Mason, 1995).

#### **4.3 – Características dos doentes que desenvolveram os comportamentos agressivos**

O perfil dos 242 doentes que desenvolveram os 377 comportamentos agressivos define-se pelas suas características demográficas e clínicas.

Em termos globais, estes doentes apresentam uma média de idade, aproximada, de 43 anos e são maioritariamente do sexo masculino (69.42%). No internamento de curta duração, os doentes apresentam uma média de idades inferior (37.19 anos), enquanto que, no de longa duração, a média de idades é ligeiramente superior (49.08 anos). Em ambos os tipos de internamentos, verificou-se que os indivíduos do sexo masculino foram os que desenvolveram mais comportamentos agressivos.

Comparando as frequências obtidas acerca das características clínicas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos internados em ambos os tipos de unidades, verificou-se que maioritariamente no internamento de curta duração os doentes foram admitidos por via da Urgência (66.67%) e sujeitos ao internamento voluntário (84.44%), enquanto que nas unidades de longa duração os doentes foram admitidos por via Judicial (35.51%) e sujeitos ao internamento compulsivo (69.16%). Quanto ao diagnóstico médico, em ambos os tipos de internamento, os doentes que mais desenvolveram comportamentos agressivos apresentavam o diagnóstico de Esquizofrenia (42.22%) e Outras Perturbações Psiquiátricas (44.86%).

Algumas destas características têm sido relacionadas pelos autores com os comportamentos agressivos, por exemplo, o sexo masculino (Nijman & Merckelbach, 1997; Tardiff, 1992; Palmstierna & Wistedt, 1987) e o diagnóstico de esquizofrenia (Bjørkly, 1995; Tardiff, 1992). Considera-se, no entanto, que a sintomatologia aguda é provavelmente o factor de risco mais importante, desvalorizando-se o tipo diagnóstico em si (Nijman, 1999). Neste sentido, alguns estudos têm relacionado os conteúdos delirantes e alucinatorios, típicos daqueles doentes, à violência (Taylor *et al.*, 1998; Junginger, 1996).

A admissão dos doentes pela urgência constitui um indicador que poderá traduzir a sua afecção no momento por alterações psicopatológicas agudas e, neste sentido justifica-se uma maior frequência de comportamentos agressivos, que se pode prolongar pela primeira semana de hospitalização, enquanto os efeitos terapêuticos da medicação poderão ainda não ser efectivos (Nijman & Merckelbach, 1997).

A admissão voluntária e o regime de hospitalização aberto constituem dois factores que garantem a privacidade e a liberdade do doente, o que não se verifica com o internamento involuntário, podendo este ser considerado um factor de risco (Nijman, 1999a). Na realidade, alguns doentes são confrontados com a admissão involuntária por se apresentarem agudamente afectados, no desenvolvimento da sua doença, considerada grave e por manifestarem comportamentos agressivos, ou por serem considerados perigosos.

A idade não parece ser uma característica determinante. Alguns estudos têm referido elevadas frequências em grupos mais novos (James *et al.*, 1990; Fottrel, 1980), enquanto que outros têm mostrado, pelo contrário mais ocorrências em pessoas mais velhas (Hodgkinson *et al.*, 1985).

Ao explorar as relações entre a gravidade e a natureza dos incidentes agressivos, verificaram-se algumas diferenças entre as unidades masculinas e as unidades femininas. Acerca do padrão dos comportamentos agressivos, os homens desenvolveram

mais comportamentos agressivos do que as mulheres e com gravidade predominantemente moderada. As mulheres, por vez, produziram mais comportamentos de gravidade elevada, contrariando assim a ideia de senso comum (Nijman & Merckelbach, 1997; Palmstierna & Wistedt, 1989). Para além disso, e também inesperadamente, as mulheres utilizaram mais as partes do corpo (mãos, pés, dentes e outras) e os objectos comuns (cadeiras, vidros e outros) para cometer a agressão, enquanto que nos homens se observou uma maior frequência de agressões verbais.

Acerca das diferenças no padrão dos comportamentos agressivos, alguns autores anotam que os homens produzem mais ataques contra os outros e as mulheres desenvolvem mais comportamentos auto-agressivos (Lee *et al.*, 1989), diferenças que não observamos no estudo realizado.

#### **4.4 – Limitações do estudo**

A concretização dos objectivos do presente estudo requereu a observação e registo dos comportamentos agressivos desenvolvidos por doentes hospitalizados em contexto psiquiátrico. Este registo exigiu a observação *in loco* dos incidentes agressivos testemunhados por profissionais que cuidavam directamente dos doentes.

Assim, o modo de observação dos comportamentos agressivos poderá ser uma limitação importante deste estudo, relacionada sobretudo com as diferenças de significados atribuídos a tais comportamentos, por parte dos profissionais. Para minimizar esta diversidade de significados, foram realizados os procedimentos considerados adequados e já descritos no capítulo da Metodologia. Outras condicionantes poderão estar relacionadas com a ideia de que a violência é inevitável e, portanto aceitável e, ainda, pelo facto do registo sistemático solicitado ser uma tarefa acrescida.

Um elemento que nos permite considerar a validade e a fidelidade dos registos tem a ver com a utilização da SOAS-R, um instrumento largamente utilizado e referenciado na literatura tendo, para além disso, utilizado como complemento na avaliação da gravidade dos incidentes uma escala visual analógica (VAS: gravidade).

Quanto aos resultados encontrados no que concerne à gravidade dos comportamentos agressivos, deve ter-se em consideração que a sua avaliação poderá ter sido influenciada por alguns factores, por exemplo, o facto de ser atribuída pela própria vítima, na fase pós incidente, com possível interferência dos seus níveis emocionais.

## Estudo 2: ADAPTAÇÃO PARA PORTUGUÊS DO INVENTÁRIO DA EXPRESSÃO DA IRA ESTADO-TRAÇO (STAXI-2) DE SPIELBERGER (1999)

### 1 – INTRODUÇÃO

Considera-se que os comportamentos agressivos são desenvolvidos por pessoas que se encontram em estado de fúria (Zamble & Quinsey, 1997) ou em que os níveis de ira estão elevados, sem necessariamente atingirem aquele estado (Hunter, 1993). Contudo, não está ainda estabelecida com segurança uma ligação directa entre a ira e o comportamento agressivo. De facto, alguns estudos sugerem que a tendência para manifestar ira não diferencia as características entre os indivíduos que desenvolvem e os que não desenvolvem comportamentos agressivos (Loza & Loza-Fanous, 1999). No entanto, parece claro que a disfunção da experiência e expressão da ira constituirá um factor de risco no desenvolvimento daquele tipo de comportamentos.

No contexto psiquiátrico, a prevalência dos comportamentos agressivos ainda é considerada elevada, especialmente em unidades psiquiátricas de curta duração (Lion *et al.*, 1981; Fottrell, 1980). Os resultados obtidos no Estudo 1, relativamente à frequência de comportamentos agressivos verificada neste tipo de unidades, corroboram aquela informação. E, segundo parece, existe a possibilidade de vir a aumentar (Hamolia, 2001; Nijman, 1999). A sua prevenção passará pela utilização de diferentes métodos que variam de acordo com o controlo dos vários factores: os factores ligados aos profissionais, os ligados aos doentes e os ligados às unidades de cuidados<sup>69</sup>.

O que acontece habitualmente, talvez pela prioridade que se estabelece em termos de intervenção, é o controlo dos factores ligados aos doentes. Com este objectivo, são utilizados diferentes métodos terapêuticos, tais como: farmacoterapia, medidas não restritivas (por exemplo, falar com o doente, demonstrar calma), medidas restritivas (por exemplo, segurar com força, contenção mecânica, isolamento). Porém, sabe-se que a eficácia dos mesmos resulta da sua adequação, e esta, por sua vez, dependerá necessariamente da avaliação prévia de determinados factores, como é o caso da avaliação dos preditores de violência, tanto os dinâmicos<sup>70</sup> como os estáticos<sup>71</sup>.

---

<sup>69</sup> Conforme o modelo apresentado por Nijman (1999a), que procura explicar os comportamentos agressivos neste contexto.

<sup>70</sup> Sinais de agressão iminente, os que Jobe & Winer (1990) designam por actividade motora e indicadores verbais e não verbais.

<sup>71</sup> Os que contemplam os factores históricos e os individuais (eg.: com história de violência precoce, com história criminal, etc.)

Entre os vários instrumentos disponíveis para se poder avaliar alguns dos indicadores clínicos neste domínio, destacam-se aqueles que possibilitam a avaliação da emoção ira dos doentes com perturbações psiquiátricas, particularmente em situação de internamento hospitalar. Isto porque a emoção ira tem sido frequentemente associada ao comportamento agressivo/violento (Blackburn, 1993).

Assim, na clínica, torna-se necessário compreender os padrões de resposta que colocam determinadas pessoas em risco, para que se possam adequar as diversas alternativas terapêuticas, contribuindo de forma decisiva para a prevenção e controlo dos comportamentos agressivos/violentos. Neste sentido, a utilização de instrumentos de medida que permitam avaliar traços de personalidade e estados emocionais referentes à experiência e expressão da ira são fundamentais.

Um dos instrumentos mais utilizados pela comunidade científica internacional para avaliar dimensões referentes à experiência e expressão da ira é o STAXI-2 (*State-Trait Anger Expression Inventory-2*, de Spielberger, 1999). No entanto, para que seja eficazmente utilizado na realidade portuguesa é necessário proceder a estudos de adaptação cultural e psicométrica, tendo em conta as directrizes internacionais para a utilização de testes (International Test Commission, ITC, 2003).

### ***STAXI-2 (State-Trait Anger Expression Inventory-2, de Spielberger, 1999):***

#### *Origem e Evolução*

Na concepção deste instrumento esteve subjacente uma perspectiva pluridimensional da ira, que favoreceu a diferenciação dos componentes estado e traço. A sua construção surge associada ao crescente reconhecimento do papel da ira no desenvolvimento de problemas médicos e à necessidade em distinguir a experiência de ira da expressão de ira.

De acordo com Spielberger (1999), numerosas pesquisas efectuadas ao longo dos últimos 20 anos acerca da avaliação da personalidade constituíram-se alicerces na construção do mesmo, orientadas por duas linhas de investigação independentes, mas relacionadas. A primeira incluindo, por um lado os conceitos de ansiedade, curiosidade e ira, considerados estados emocionais fundamentais e traços de personalidade, assim como o desenvolvimento de instrumentos de medida destes conceitos. E a segunda, por outro lado debruçando-se mais sobre a medida e identificação da ira e conceitos relacionados que influenciassem a etiologia e a progressão de perturbações de natureza médica, nomeadamente HTA, doença coronária e cancro.

A experiência de ira é conceptualizada como tendo dois grandes componentes: ira como estado e ira como traço. A ira como estado é caracterizada como uma condição

emocional psicobiológica marcada por sentimentos subjectivos que variam em intensidade, desde irritação ligeira até à fúria intensa. Geralmente, é acompanhada por tensão muscular e estimulação dos sistemas nervosos e endócrinos autónomos. A intensidade do estado de ira varia ao longo do tempo em função da percepção da injustiça, de ser tratado mal ou injustamente por terceiros ou da frustração resultante de barreiras ao comportamento dirigido. A ira como traço é caracterizada em termos de diferenças individuais; refere-se a uma predisposição para perceber diversos estímulos como perturbadores ou frustrantes e a uma tendência de responder a tais situações com elevações no estado da ira. Os indivíduos com um forte traço de personalidade de ira experimentam o estado de ira mais frequentemente e com uma intensidade superior aos indivíduos com características de personalidade diferentes (*idem*).

Para além destas componentes, os autores consideraram também como relevantes a expressão e o controlo da ira.

A combinação das escalas de avaliação da expressão e do controlo da ira com as de avaliação do estado e traço resultou no STAXI, composto por 44 itens (Spielberger, 1988).

O seu trabalho de revisão e expansão possibilitou a construção da nova versão, que se iniciou em 1993, o STAXI-2. Esta, para além de ter sido orientada pelo interesse em desenvolver sub-escalas para avaliação de três componentes distintas da intensidade da ira relativas ao estado emocional (*Sentimento, Expressão Verbal e Expressão Física*), componentes identificadas desde a sua publicação original em diferentes estudos (Forgays *et al.*, 1997; Fuqua *et al.* 1991), foi também dirigida pelo interesse em rever a escala original de avaliação de Controlo da Ira, para medir o controlo externo da ira e incluir novos itens de avaliação de controlo interno. Para a concretização destes objectivos de revisão, foram construídos 25 novos itens, acrescentados à STAXI original de 44 itens, constituindo um instrumento experimental (Test Form STAXI 69 itens – STAXI-ETF). O processo de análise factorial deste instrumento proporcionou uma solução de oito factores, resultando na versão STAXI-2, com 57 itens.

No que se refere à expressão e controlo da emoção ira, esta versão contempla quatro componentes principais: Ira Manifesta, Ira Contida, Controlo Externo da Ira e Controlo Interno da Ira. A Ira Manifesta é entendida como a exteriorização da ira contra as pessoas e os objectos no ambiente circundante; a Ira Contida consiste na internalização da ira, com a possibilidade de auto-repressão da emoção; o Controlo Externo de Ira baseia-se no controlo dos sentimentos de aborrecimento, evitando a sua manifestação perante os outros ou objectos; o Controlo Interno de Ira consiste na mitigação da ira, suprimindo-a silenciosamente e de modo controlado.

A estrutura da STAXI-2 foi avaliada com base nos resultados obtidos numa amostra de 1644 indivíduos adultos “normais” (977 mulheres e 667 homens). Os procedimentos de análise factorial foram realizados de modo separado considerando os itens das escalas de avaliação de Ira Estado e Ira Traço, bem como o conjunto dos itens incluídos nas escalas de avaliação da Ira Expressão e Controlo da Ira.

O STAXI-2 permite aceder a componentes da ira que possibilitam avaliações detalhadas sobre personalidades sem e com alterações, facilitando a análise da associação daqueles componentes com o desenvolvimento de problemas médicos, nomeadamente: hipertensão, doença cardíaca coronária e cancro (Spielberger, 1999). Na área da saúde mental, tem tido numerosas aplicações, especialmente como instrumento de avaliação e comparação de resultados de programas de tratamento para redução da ira, por exemplo, em indivíduos com perturbações *Stress Pós Traumático* (Gerlock, 1994) e em doentes com risco de violência (Lanza, 1995).



## 2 – METODOLOGIA

### 2.1 – O Instrumento de medida

A versão do *State-Trait Anger Expression Inventory-2* (STAXI-2) (Anexo 4) sobre a qual se trabalhou no processo de que aqui descrevemos foi fornecida pelo autor, em conjunto com o respectivo manual (Spielberger, 1999). Como já foi referido, este inventário é constituído por 57 itens, incluindo 6 escalas (Ira Estado, Ira Traço, Ira Contida, Ira Manifesta, Controlo Interno da Ira e Controlo Externo da Ira), 5 sub-escalas e um Índice de Expressão da Ira (IEI). A escala Ira Estado inclui três sub-escalas, *Sentimento*, *Expressão Verbal* e *Expressão Física*, e a escala Ira Traço inclui duas sub-escalas, *Temperamento* e *Reacção* (Quadro 2.1).

Quadro 2.1 – Descrição de escalas e sub-escalas do STAXI-2 (versão original)

Escalas e sub-escalas	Nº de itens	Pontuação	Descrição
<b>Ira Estado (IE)</b>	15	15-60	Mede a intensidade dos sentimentos de ira e o nível do desejo de exprimir a ira que a pessoa apresenta num determinado momento (Itens de 1 a 15 inclusive).
<i>Sentimento (IE-S)</i>	5	5-20	Mede a intensidade de sentimentos de ira que a pessoa experimenta no momento (Itens 1, 2, 3, 6 e 10).
<i>Expressão verbal (IE-V)</i>	5	5-20	Mede a intensidade de sentimentos experimentados no momento relacionados com a expressão verbal da ira (Itens 4, 9, 12, 13 e 15).
<i>Expressão física (IE-F)</i>	5	5-20	Mede a intensidade de sentimentos experimentados no momento relacionados com a expressão física da ira (Itens 5, 7, 8, 11 e 14).
<b>Ira Traço (IT)</b>	10	10-40	Mede a frequência de sentimentos de ira experimentados ao longo do tempo (Itens de 16 a 25, inclusive).
<i>Temperamento (IT-T)</i>	4	4-16	Mede a tendência para experimentar ira sem provocação específica (Itens 16, 17 18 e 21).
<i>Reacção (IT-R)</i>	4	4-16	Mede a frequência de sentimentos de ira que é experimentada em situações que envolvem frustração e avaliações negativas (Itens 19, 20, 23 e 25).
<b>Ira Manifesta (IM)</b>	8	8-32	Mede a frequência de sentimentos de ira que são expressados por comportamentos agressivos verbais e físicos (Itens 27, 31, 35, 39, 43, 47, 51 e 55).
<b>Ira Contida (IC)</b>	8	8-32	Mede a frequência de sentimentos de ira experimentados mas não expressados (contidos) (Itens 29, 33, 37, 41, 45, 49, 53 e 57).
<b>Controlo-Externo da Ira (CEI)</b>	8	8-32	Mede a frequência no controlo externo da expressão de sentimentos de ira (Itens 26, 30, 34, 38, 42, 46, 50 e 54).
<b>Controlo-Interno da Ira (CII)</b>	8	8-32	Mede a frequência de tentativas que a pessoa faz no controlo da expressão de sentimentos de ira para se acalmar e arrefecer os ânimos (Itens 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52 e 56).
<b>Índice de Expressão da Ira (IEI)</b>	32	0-96	Oferece uma medida de expressão total da ira baseada nas pontuações das escalas IM, IC, CEI e CII.

O Índice de Expressão de Ira é baseado nas respostas aos 32 itens das duas escalas de Ira Expressão (Ira Contida e Ira Manifesta) e das duas escalas que avaliam o Controlo da Ira (Controlo Interno e Controlo Externo). É calculado com a seguinte fórmula:  $IEI = IM + IC - (CEI + CII) + 48$ . A constante 48 foi introduzida pelo autor para eliminar a possibilidade de valores negativos.

Para além das escalas e sub-escalas anteriormente referidas, o instrumento anexa um questionário que permite a caracterização sócio-demográfica, incluindo questões sobre: idade, sexo, estado civil e profissão.

A estrutura do inventário é de tipo Likert. Para os 15 itens da IE (Parte 1), os sujeitos assinalam a intensidade da ira que sentem no momento – “como me sinto agora” – numa escala de quatro pontos de *não* (1) a *muito* (4). Para os dez itens da IT (Parte 2), marcam como é que normalmente se sentem – “como me sinto habitualmente” – numa escala de frequência de 4 pontos de *quase nunca* (1) a *quase sempre* (4). E, por último, para os 32 itens de Ira Expressão e Controlo da Ira (IM, IC, CII e CEI) (Parte 3) marcam como geralmente respondem ou se comportam quando se sentem irados ou furiosos – “quando estou zangado ou furioso, como é que eu habitualmente reajo ou me comporto” – numa escala de frequência de 4 pontos igual à que é usada para a Parte 2 (isto é, de *quase nunca* a *quase sempre*).

Seguindo as orientações do autor, o STAXI-2 adequa-se a avaliar a experiência, a expressão e o controlo da ira em adultos e adolescentes (a partir dos 13 anos) (Spielberger, 1999).

No manual, o autor apresenta os valores norma resultantes dos estudos com diversas amostras, podendo estes servir como referência na interpretação dos *scores* obtidos em outros estudos.

## 2.2 – Participantes

A amostra foi constituída por 323 adultos de ambos os sexos: 179 do sexo masculino (55.40%) e 144 do sexo feminino (44.60%), com idades compreendidas entre os 16 e 85 anos (Média = 40.90; DP = 15.00).

Na sua constituição incluíram-se indivíduos provenientes de três grupos com características distintas: doentes com problemas de saúde mental em contexto de internamento (n = 75), internados em clínicas psiquiátricas, masculinas e femininas, do Hospital Sobral Cid e do Hospital Psiquiátrico do Lorvão; pessoas com problemas criminais a cumprirem pena de prisão (n = 87), no Estabelecimento Prisional de Coimbra, e doentes com problemas de saúde física em contexto de internamento hospitalar ou em

ambulatório (n = 161), assistidos nos serviços de Cirurgia 2, Ortopedia D e Oftalmologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Os indivíduos participaram voluntariamente, sendo a sua selecção baseada nos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 16 anos; saber ler e compreender o conteúdo do instrumento em estudo e demonstrarem capacidade psicológica de auto-resposta.

No Quadro 2.2 apresenta-se a distribuição da amostra segundo as características socio-demográficas.

A idade varia de modo idêntico nos três grupos com uma amplitude que vai dos 16 aos 85 anos. O grupo dos sujeitos com problemas judiciais é o que mais se diferencia, apresentando uma média de idades menor (34.70 anos) e com menor dispersão (DP = 9.50 anos).

Relativamente à distribuição por sexo, os grupos dos doentes do foro mental e do foro físico são semelhantes, correspondendo a cada categoria cerca de metade dos elementos. No grupo dos sujeitos com problemas judiciais, predomina o sexo masculino (73.60%).

Quanto ao estado civil, a condição de casado predomina nos grupos com problemas de saúde, sendo mais de 2/3 no caso dos doentes do foro físico. Em contrapartida, os solteiros são mais frequentes no grupo com problemas criminais (47.10%)

A escolaridade básica é o nível maioritário nos três grupos, destacando-se os 86.20% relativos ao grupo dos indivíduos a cumprir penas de prisão.

Quadro 2.2 – Distribuição da amostra, por grupos, segundo a idade, sexo, estado civil e escolaridade (N = 323)

Características socio-demográficas	Amostra com problemas de saúde mental (n = 75)			Amostra com problemas criminais (n = 87)			Amostra com problemas de saúde física (n = 161)		
	Amp.	Média	DP	Amp.	Média	DP	Amp.	Média	DP
<b>Idade</b>	17-85	40.60	13.70	17-72	34.70	9.50	16-79	44.30	16.90
	nº	%		nº	%		nº	%	
<b>Sexo</b>									
Masculino	40	53.30		64	73.60		75	46.60	
Feminino	35	46.70		23	26.40		86	53.40	
<b>Estado civil</b>									
Casado	31	41.30		25	28.70		113	70.20	
Solteiro	28	37.30		41	47.10		32	19.90	
Viúvo	4	5.30		7	8.00		4	2.50	
Divorciado	12	16.00		14	16.10		12	7.50	
<b>Escolaridade</b>									
Básica	43	57.30		75	86.20		99	61.50	
Secundária	24	32.00		10	11.50		31	19.30	
Superior	8	10.70		2	2.30		31	19.30	

### 2.3 – Procedimentos

O estudo de adaptação do STAXI-2 decorreu no ano de 2004, no distrito de Coimbra. Após a autorização expressa do seu autor – C.D. Spielberger – para a utilização do referido instrumento, procedeu-se à tradução da versão original, em inglês, para a língua portuguesa recorrendo ao apoio de dois especialistas bilingues. De seguida, efectuou-se a comparação das respectivas versões, no sentido de se analisarem as diferenças e se integrarem as necessárias alterações. Terminado o processo de tradução, com o objectivo de identificar eventuais dificuldades na compreensão das instruções ou na leitura e interpretação dos itens do instrumento utilizado, realizou-se um pré-teste em 18 pessoas adultas, 8 das quais estavam hospitalizadas numa unidade psiquiátrica e que não foram posteriormente incluídas na amostra final. Tendo em conta os resultados deste pré-teste, não se considerou necessário proceder a alterações, nem do conteúdo nem da forma.

Após a obtenção das autorizações dos responsáveis das instituições para a aplicação do STAXI-2 (Anexo 5), foram realizados contactos formais com os responsáveis dos serviços para a explicação dos procedimentos a realizar durante o processo de aplicação. Porque as instituições seleccionadas eram de natureza diferente, nomeadamente, instituições de saúde (hospitais psiquiátricos e hospital geral) e instituição prisional, foram utilizados diferentes procedimentos, previamente definidos de acordo com a dinâmica de cada serviço seleccionado e com as realidades em observação.

Seleccionou-se um enfermeiro de cada unidade psiquiátrica de curta duração e dois professores de enfermagem para colaboração no processo, os quais receberam previamente instruções acerca dos procedimentos a desenvolver na administração do STAXI-2.

Verificando-se os critérios de inclusão na amostra definidos, aos respectivos sujeitos foram explicitados os objectivos do estudo e o modo de preenchimento do questionário, bem como, assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados. Caso voluntariamente aceitassem participar, os questionários eram-lhes distribuídos para auto-preenchimento. No momento da recolha, era verificado se todas as questões tinham sido respondidas e, caso se verificasse alguma omissão, era solicitado ao participante que a completasse e esclarecidas as dúvidas. Em alguns casos, foi necessário o hetero-preenchimento, nomeadamente nos casos em que os indivíduos revelaram dificuldades na leitura por ausência de próteses oculares e/ou na resposta por outros impedimentos associados ao posicionamento (de deitado, no caso de doentes acamados) ou debilidade física.

Após administração do instrumento utilizado, procedeu-se à análise dos dados obtidos em cada uma das escalas Ira Estado e Ira Traço e na totalidade dos itens das escalas da Ira Expressão e Controlo da Ira, no sentido de assegurar os critérios de fidelidade e validade respectivos. Neste âmbito, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de consistência interna, à análise factorial exploratória e à comparação entre grupos, seguindo os procedimentos de validação descritos no Manual do STAXI-2 (Spielberger, 1999). Estas operações estatísticas foram realizadas com o apoio do *software* estatístico SPSS 11.5.

### 3 – RESULTADOS

#### 3.1 – Análise prévia de consistência interna

O estudo das qualidades psicométricas do STAXI-2 iniciou-se com a revisão dos 57 itens traduzidos, relativamente às respectivas correlações com os totais (corrigidos) das escalas e sub-escalas de inclusão na versão original. Foram ainda calculados os correspondentes coeficientes *Alpha de Cronbach*.

Conforme se pode observar no Quadro 2.3, a análise de consistência interna das diferentes escalas e sub-escalas revelou valores globais bons ( $\alpha > .70$ ), exceptuando as duas escalas de Ira Expressão: Ira Contida e Ira Manifesta, em que os valores do *Alpha* foram mais baixos (.61 e .42, respectivamente).

Os resultados obtidos por Spielberger (1999) são superiores em todas as escalas e sub-escalas (.73 a .93 em “adultos normais” e .78 e .95 em doentes psiquiátricos), registando também valores mais baixos nas duas escalas acima referidas.

Um estudo com a versão espanhola (Miguel-Tobal *et al.*, 2001) revelou de igual modo valores mais baixos que Spielberger. Nesse estudo, os valores de *Alpha* variaram entre .64 e .89, sendo muito similares aos do presente. De referir que os valores mais baixos obtidos foram igualmente nas escalas Ira Contida ( $\alpha = .67$ ) e Ira Manifesta ( $\alpha = .69$ ).

Na versão portuguesa do STAXI (44 itens) validado por Martins (1995) numa população de estudantes portugueses e, posteriormente, adaptado pela mesma autora (Martins, 1999) a um grupo de estudantes do ensino superior universitário, neste último estudo, as escalas que apresentaram valores de *Alpha* mais baixos coincidem (Ira Contida  $\alpha = .50$  e Ira Manifesta  $\alpha = .65$ ).

No estudo que realizámos, relativamente às correlações entre os itens e a pontuação total (corrigida), registaram-se valores superiores .20, com excepção para três itens da escala Ira Manifesta, especificamente, o item 31 “se alguém me aborrece sou capaz de lhe dizer como me sinto” ( $r = .115$ ), o item 39 “faço comentários irónicos aos outros” ( $r = .103$ ) e o item 51 “bato em tudo o que me enfurece” ( $r = .079$ ).

De referir que o coeficiente de consistência interna daquela escala sem esses itens melhora substancialmente, passando de  $\alpha = .42$  para  $\alpha = .66$ . Deste modo, foram retirados para efeito das análises factoriais a realizar posteriormente.

Quadro 2.3 – Consistência interna das escalas e sub-escalas do STAXI-2  
(N = 323)

STAXI-2 escalas/sub-escalas	Número de itens	Alph de Cronbach
<b>Ira Estado</b>	15	.90
<i>Sentimento</i>	5	.74
<i>Expressão verbal</i>	5	.82
<i>Expressão física</i>	5	.87
<b>Ira Traço</b>	10	.82
<i>Temperamento</i>	4	.78
<i>Reacção</i>	4	.74
<b>Ira contida</b>	8	.61
<b>Ira manifesta</b>	8 (5*)	.42 (.66*)
<b>Controlo-Externo da Ira</b>	8	.85
<b>Controlo-Interno da Ira</b>	8	.85

\* Após retirar os itens 31, 39 e 51.

### 3.2 – Estudo da validade de construto

O estudo da validade de construto envolveu a realização de análises factoriais de componentes principais com rotação ortogonal pelo método *varimax*, de modo a maximizar as cargas factoriais (Kline, 1997), e considerando como critério de retenção dos factores valores próprios (*eigenvalues*) iguais ou superiores a 1.00. Optou-se por soluções em que as cargas factoriais (*loadings*) inferiores a .25 foram excluídas da sua apresentação. A decisão sobre o factor de pertença baseou-se nas maiores cargas factoriais registadas e na discriminação dos itens, no sentido em que se considerou saturarem no factor com maior carga e com uma diferença superior a .20. Nos casos em que essa diferença não se observou, a decisão de pertença fundamentou-se no conteúdo semântico dos itens em causa.

Como já foi referido, realizaram-se análises factoriais em separado para as escalas Ira Estado (15 itens), Ira Traço (10 itens) e Ira Expressão e Controlo da Ira (29 itens), de acordo com a orientação seguida pelo autor da escala original.

#### ***Ira Estado***

Da análise factorial dos itens da escala Ira Estado, de acordo com os critérios estabelecidos, evidenciaram-se dois factores que explicam cumulativamente 55.97% da variância total (Quadro 2.4).

O factor 1 agrupa 9 itens e o factor 2 agrupa 6 itens, com uma distribuição análoga à do estudo de Spielberger (1999), à excepção do item 6 “Estou maluco”, que recaiu no factor 2. De acordo com a descrição deste autor, os itens do factor 1

correspondem às sub-escalas *Sentimento* e *Expressão Verbal*, enquanto o factor 2 inclui em exclusivo os itens da sub-escala *Expressão Física*.

O item 6 satura na sub-escala relativa à *Expressão física*, em vez de na sub-escala que agrega os restantes itens do *Sentimento* a que por atribuição lógica pertenceria. Dos restantes itens, o item 4 “Apetece-me gritar com alguém” pontuou nos dois factores com a mesma carga, optando-se por o manter no factor 1, de acordo com a sua atribuição semântica (*Expressão Verbal*). Os demais itens saturam de modo discriminado nos respectivos factores.

Assim, tendo em conta que itens com saturação discrepante e com a apreciação do seu conteúdo se limita ao item 6, decidiu-se como razoável manter os itens nas sub-escalas de acordo com a acessão conceptual e a subdivisão nas 3 sub-escalas propostas por Sipelberger (1999).

Quadro 2.4 – Matriz de saturação dos itens da escala Ira Estado, com rotação ortogonal *Varimax* e valores próprios  $\geq 1^*$  (N = 323)

STAXI-2 sub-escalas/ itens	Factor 1	Factor 2
<i>Sentimento</i>		
1. furioso	.617	
2. irritado	.730	
3. zangado	.651	
6. maluco		.600
10. aborrecido	.702	
<i>Expressão Verbal</i>		
4. gritar com alguém	(.502)	.502
9. dizer asneiras	.624	
12. amaldiçoar alto	.560	
13. gritar	.687	
15. “berrar” muito alto	.728	
<i>Expressão Física</i>		
5. partir tudo	.402	.636
7. dar um murro na mesa		.625
8. bater em alguém		.860
11. dar pontapés em alguém		.814
14. esmagar alguém		.840
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	6.72	1.68
% Variância explicada (Após rotação)	44.80	11.17
% Variância acumulada	44.80	55.97

\*Kaiser-Meyer-Olkin = .882; \*teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 2592.942$ ; p = .000)



### ***Ira Traço***

Seguindo a mesma metodologia utilizada para análise do construto da escala anteriormente apreciada, na escala Ira Traço a solução encontrada evidenciou dois factores com valores próprios iguais ou superiores a 1.00, explicando 53.59% da variância total.

Pela análise do Quadro 2.5, verifica-se que os itens 22 “com raiva digo coisas insultuosas” e 24 “frustrado apetece-me bater em alguém” saturam no factor 1, onde se agregam os itens conotados com o temperamento, contrariando-se desse modo a alocação teórica.

Esta ocorrência foi de igual modo registada por Spielberger (1999), pelo que, seguindo a opção do autor decidiu-se manter aqueles 2 itens na sub-escala *Reacção*.

Quadro 2.5 – Matriz de saturação dos itens da Escala Ira Traço, com rotação ortogonal *Varimax* e valores próprios  $\geq 1^*$  (N = 323)

<b>STAXI-2 sub-escalas/ itens</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>
<i>Temperamento Irado</i>		
16. colérico	.741	
17. temperamental	.792	
18. pessoa impetuosa	.771	
21. perco as estribeiras	.626	.366
<i>Reacção Irada</i>		
19. zangado com erros dos outros		.608
20. aborrecido quando não reconhecem o meu trabalho		.784
22. com raiva digo coisas insultuosas	.647	
23. furioso quando sou criticado à frente de outras pessoas		.675
24. frustrado apetece-me bater em alguém	.523	
25. furioso injustamente avaliado		.805
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	3.91	1.45
% Variância explicada (Após rotação)	39.12	14.47
% Variância acumulada	39.12	53.59

\**Kaiser-Meyer-Olkin* = .859; teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2 = 914.953$ ;  $p = .000$ )

### ***Expressão e Controlo da Ira***

Tal como foi referido anteriormente, o instrumento original inclui 32 itens agrupados nas quatro escalas que medem a Expressão da Ira (Ira Manifesta e Ira Contida) e o Controlo da Ira (Controlo Interno e Controlo Externo). Destes, apenas 29 foram utilizados na análise factorial, dado que três itens da escala Ira Manifesta (itens 31, 39 e 51) foram retirados em consequência da análise prévia de consistência interna.

Os resultados da análise factorial, com a rotação ortogonal *varimax* dos 29 itens remanescentes, seguindo o procedimento do autor no estudo da versão do STAXI-2, revelaram 2 factores com valores próprios  $\geq 1$ , explicando 36.56% da variância total (Quadro 2.6). Deste modo, a solução encontrada diverge da de Spielberger (1999) e da de Miguel-Tobal *et al.* (2001) na adaptação para Espanhol, nas quais foram retidos 4 factores, correspondendo às quatro escalas atrás enunciadas.

Quadro 2.6 – Matriz de saturação dos itens das escalas Ira Controlo e Ira Expressão com rotação ortogonal *Varimax* com valores próprios  $\geq 1$  (N = 323)

STAXI-2 escalas/ Itens	Factor 1	Factor 2
<i>Ira Controlo</i>		
26. Controlo-me	.647	
29. Guardo as coisas para mim	.370	
34. Controlo o meu impulso para expressar a minha raiva	.518	
36. Tento arrefecer os ânimos	.692	
38. Mantenho o sangue frio	.628	
40. Tento acalmar os meus sentimentos de raiva	.723	
41. Fico a ferver por dentro mas não o demonstro	(.445)	.334
42. Controlo o meu comportamento	.721	
44. Esforço-me por me acalmar	.730	
46. Consigo controlar-me sem perder a cabeça	.712	
48. Reduzo a minha raiva logo que possível	.666	
50. Tento ser tolerante e compreensivo	.677	
52. Faço qualquer coisa relaxante para me acalmar	.474	
54. Controlo os meus sentimentos de raiva	.701	
56. Tento relaxar	.739	
<i>Ira Expressão</i>		
27. Exprimo a minha raiva		.478
33. Amuo ou fico calado		.315
35. Perco a cabeça	-.334	(.483)
37. Afasto-me das pessoas		.315
43. Faço coisas como bater com as portas		.594
45. Tenho tendência a guardar rancor sem dizer nada a ninguém		.441
47. Discuto com os outros		.485
49. No meu íntimo sou bastante crítico com os outros		.480
53. Fico mais zangado do que quero admitir		.615
55. Digo palavrões		.468
57. Fico muito mais irritado do que as pessoas se apercebem		.614
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	7.69	2.92
% Variância explicada (Após rotação)	26.50	10.06
% Variância acumulada	26.50	36.56

\**Kaiser-Meyer-Olkin* = .906; teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2 = 3006.533$ ;  $p = .000$ )

Na solução obtida no presente estudo, os itens conceptualmente integrados nas escalas de Expressão da Ira (factor 2 – 10.06% var. explicada) e nas do Controlo da Ira

(factor 1 – 26.50% da var. explicada) saturam de forma discriminada em cada um dos respectivos factores, salvo o 35 “Perco a cabeça” e o item 41 “Fico a ferver por dentro mas não demonstro” que, atendendo à análise dos respectivos conteúdos, foram considerados como pertencentes às escalas em que apresentam maior carga factorial. É de referir que o item 29 “guardo as coisas para mim” e o item 41, acima indicado, tendo em conta os seus conteúdos, não nos levantam questões quanto à adequação na escala de Controlo da Ira, porém, na validação da versão original, Spielberger (1999) inclui ambos na escala da Ira Contida.

Em síntese, na solução considerada, o factor 1 (Controlo da Ira) passou a agregar 18 itens e o factor 2 (Expressão da Ira) 11 itens, não se diferenciando, as dimensões de Controlo Interno e Controlo Externo da Ira e as dimensões Ira Manifesta e Ira Contida.

### 3.3 – Fidelidade da versão adoptada

Em função das diversas decisões anteriormente explicitadas, a versão adoptada no âmbito deste estudo contempla uma organização do Inventário de Ira Expressão Estado-Traço em 4 escalas e 5 sub-escalas, abrangendo 54 dos itens da versão original do STAXI-2 (Spielberger, 1999) na sua versão traduzida para português.

A análise da consistência interna das escalas e sub-escalas desta versão (Quadro 2.7), revela valores de *Alpha* que se podem considerar indicadores de elevada fidelidade, variando entre .70 e .91 (escala de Ira Expressão e escala de Controlo da Ira, respectivamente).

Quadro 2.7 – Consistência interna das escalas e sub-escalas do Inventário de Ira Expressão Estado-Traço (versão adoptada) (N = 323)

STAXI-2 escalas/sub-escalas	Número de itens	<i>Alph</i> de Cronbach
<b>Ira Estado</b>	15	.90
<i>Sentimento</i>	5	.74
<i>Expressão verbal</i>	5	.82
<i>Expressão física</i>	5	.87
<b>Ira Traço</b>	10	.82
<i>Temperamento</i>	4	.78
<i>Reacção</i>	4	.74
<b>Ira Expressão</b>	11	.70
<b>Controlo da Ira</b>	18	.91

### 3.4 – Scores obtidos nos três grupos populacionais

Do mesmo modo que o autor da versão original do STAXI-2, os scores para cada uma das escalas e sub-escalas correspondem aos somatórios dos respectivos itens, variando entre min. =  $1 \times n^{\circ}$  de itens e max. =  $4 \times n^{\circ}$  de itens. Adicionalmente, foi ainda calculado o Índice de Expressão de Ira (IEI) de acordo com a seguinte fórmula:  $IEI = (EI/11 - CI/18) + 3$ . Este índice baseia-se na média dos itens e não no seu somatório, dado as duas escalas terem composição diferente (IE: 11 itens; CI: 18 itens). Como Spielberger (1999), determinamos um valor constante (neste caso 3) de forma a eliminar os valores negativos, variando as pontuações possíveis do IEI entre 0 e 6.

No Quadro 2.8, apresenta-se os valores das médias aritméticas e dos desvios padrão dos scores obtidos para as diversas escalas e sub-escalas e do Índice, por grupos populacionais. A análise das diferenças entre as sub-amostras revela diferenças estatisticamente significativas ( $p < .01$  ou  $p < .05$ ) relativamente a todos os scores e ao IEI avaliados nos 3 grupos, no sentido do previsto teoricamente, correspondendo de um modo geral os maiores valores de Ira Estado, Ira Traço e Ira Expressão à população de doentes do foro mental, enquanto o Controlo da Ira se evidencia como mais elevado no grupo das pessoas com problemas criminais (a cumprir pena de prisão) (média = 52.32) e nos doentes do foro físico (média = 49.51). Assim, estas diferenças registadas podem ser entendidas como indicadoras de **validade discriminante** da versão do Inventário adoptada.

Quadro 2.8 – Estatísticas de resumo dos scores obtidos, por grupos populacionais estudados, e testes de diferença entre grupos (N = 323)

Inventário de Ira Expressão Estado-Traço		Doentes do Foro Mental (n = 75)	Pessoas com Problemas Criminais (n = 87)	Doentes do Foro Físico (n = 161)	ANOVA	
					F	p
<b>Ira Estado</b>	Média	21.07	21.92	17.47	16.62	.000
	DP	7.46	8.69	3.97		
<i>Sentimento</i>	Média	8.17	8.47	6.61	16.66	.000
	DP	3.00	3.46	1.98		
<i>Expressão verbal</i>	Média	6.54	7.41	5.58	15.79	.000
	DP	2.61	3.56	1.55		
<i>Expressão física</i>	Média	6.35	6.03	5.27	7.22	.001
	DP	2.96	2.86	1.81		
<b>Ira Traço</b>	Média	21.33	18.63	18.53	7.02	.001
	DP	6.22	5.70	5.08		
<i>Temperamento</i>	Média	7.59	6.51	6.59	4.34	.014
	DP	3.08	2.70	2.40		
<i>Reacção</i>	Média	10.41	9.25	9.25	4.34	.014
	DP	3.18	2.95	2.94		
<b>Ira Expressão</b>	Média	22.31	20.31	18.75	13.55	.000
	DP	5.55	5.00	4.57		
<b>Controlo da Ira</b>	Média	44.99	52.32	49.51	8.054	.000
	DP	11.36	11.01	12.15		
<b>Índice de Expressão de Ira</b>	Média	2.36	1.79	1.81	13.94	.000
	DP	.81	.82	.78		

## 4 – DISCUSSÃO

Na versão traduzida e adaptada para português a que se reporta este estudo incluem-se 54 dos 57 itens originais, tendo os 3 itens sido retirados, devido às baixas correlações ( $< .20$ ) com o total da respectiva escala.

Tendo como critério principal os resultados de análises factoriais e considerando ainda o conteúdo dos itens, estes foram organizados numa estrutura com 4 escalas e 5 sub-escalas, permanecendo a estrutura proposta por Spielberger (1999), salvo no respeito às escalas de Ira Expressão e Controlo da Ira, nas quais não se diferenciaram dimensões. Estas diferenças estruturais não comprometem o referencial teórico subjacente à versão original e a eliminação dos 3 itens não nos parece por em causa a validade de conteúdo.

Pode ainda considerar-se como relevante a capacidade de discriminação registada, atendendo aos *scores* e ao Índice de Expressão de Ira relativamente a grupos populacionais diferentes e de forma consonante com o teoricamente esperado.

Podemos assim concluir que os resultados obtidos indicam que o Inventário de Ira Expressão Estado-Traço adaptado para português a partir do STAXI-2 (Spielberger, 1999) constitui um instrumento com qualidades psicométricas indicadoras de elevada fidelidade e de validade, legitimando a sua utilização no estudo que relatamos de seguida.

## **Estudo 3: AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA COM AAA NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DOS ADULTOS HOSPITALIZADOS EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO**

### **1 – INTRODUÇÃO**

Entre as estruturas funcionais existentes que proporcionam internamento em contexto psiquiátrico, as unidades de curta duração constituem uma componente chave do sistema de saúde mental, destinadas a diagnosticar e tratar os doentes em fase aguda da doença. Neste tipo de unidades, a hospitalização pode ter para o doente um significado protector ou ser vivida como uma experiência traumática, dependendo da instituição, da atitude dos familiares e amigos, da resposta da equipa e do tipo de internamento (Stuart, 2001b). A hospitalização de um doente agudamente afectado pode precipitar o agravamento do seu estado emocional, uma vez que este experimenta dificuldades em perceber a realidade. Assim, interpretando-a como ameaçadora, como resposta em defesa da sua integridade, o doente pode mesmo desenvolver comportamentos agressivos contra quem se encontra envolvido no referido processo, por exemplo, os profissionais de saúde.

Como vimos no primeiro estudo deste trabalho, estes comportamentos são prevalentes e de consequências graves, especialmente, em unidades de agudos, pelas características específicas que lhe são inerentes, com principal destaque para a sintomatologia psiquiátrica activa (Nijman, 1999a).

Por estas razões, a violência em contexto psiquiátrico é um fenómeno que tem estimulado o interesse de numerosos investigadores na busca de contribuições para a compreensão da sua problemática e resolução. Entre os vários factores relacionados com o doente que poderão originar a implosão dos incidentes agressivos, têm sido estudadas algumas características clínicas, por exemplo a sintomatologia psiquiátrica, e individuais, nomeadamente as dificuldades na expressão e controlo de ira e o défice de habilidades relacionais.

A resolução deste fenómeno é normalmente baseada em tratamentos psicofarmacológicos. No entanto, também pode passar por intervenções ao nível do ambiente terapêutico, diminuindo o stress ambiental e comunicacional (Nijman, 1999a). Nesta linha de intervenções, poderão incluir-se as Actividades Assistidas por Animais (AAA), por exemplo, no âmbito dos programas de terapia ocupacional (Velde *et al.*, 2005), com a

finalidade de melhorar as habilidades sociais e baixar os níveis de ansiedade dos doentes hospitalizados, diminuindo, deste modo, o risco de violência (Barker & Dawson, 1998).

Como já referimos de forma aprofundada no capítulo da fundamentação teórica, as Actividades Assistidas por Animais (AAA) foram concebidas para melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas, através da interacção homem-animal (Delta Society, 1992), e têm sido implementadas em diferentes contextos, inclusive psiquiátricos, sugerindo o cão como um animal com potencial “terapêutico” especialmente através da sua contribuição como catalizador relacional. Todavia, em contexto psiquiátrico com adultos em fase aguda da doença não se conhecem estudos que afirmem a sua eficácia na prevenção da violência e na promoção do bem-estar emocional.

Aproveitando o conhecimento que se tem das características do cão, como a de proporcionar um efeito de catalizador relacional e de apoio emocional, apresentando-se também como um agente isento da formulação de juízos, e, nesta base, conjecturando que este tipo de ajudas poderão favorecer a adaptação à realidade e promover o ajustamento comportamental, desenvolveu-se um estudo com o propósito de avaliar a eficácia de um programa de Actividades Assistidas por Animais (neste caso, um cão) na prevenção da violência e na promoção de bem-estar sócio-emocional dos doentes internados em unidades psiquiátricas de curta duração, com risco de desenvolverem comportamentos agressivos. Essa eficácia deverá traduzir-se em indicadores de mudança no que respeita:

- Aos comportamentos agressivos (frequência, natureza e gravidade);
- À sintomatologia psiquiátrica;
- À experiência e expressão da emoção ira;
- À expressão de unidades comportamentais que traduzam bem-estar sócio-emocional na relação com o animal e com o outro.

### ***Hipóteses***

Tendo em conta os objectivos enunciados para o Estudo 3 e a sua fundamentação baseada na revisão bibliográfica, foram formuladas as seguintes hipóteses:

(H1) As Actividades Assistidas por Animais influenciam positivamente a frequência, natureza e gravidade dos comportamentos agressivos dos doentes internados em unidades psiquiátricas de curta duração, em fase aguda da doença.

(H2) As Actividades Assistidas por Animais influenciam positivamente a diminuição da expressão de sintomatologia psiquiátrica nos doentes internados em unidades psiquiátricas de curta duração, em fase aguda da doença.



(H3) As Actividades Assistidas por Animais influenciam positivamente a alteração de alguns indicadores de expressão da emoção ira nos doentes internados em unidades psiquiátricas de curta duração, em fase aguda da doença.

(H4) As Actividades Assistidas por Animais influenciam positivamente a expressão de comportamentos que traduzam bem-estar sócio-emocional na relação com o animal e com o seu par dos doentes internados em unidades psiquiátricas de curta duração, em fase aguda da doença.

Inscritas as preocupações que motivaram a busca de verificação de conhecimentos teóricos já estabelecidos, sobretudo os inerentes à problemática da violência em contexto psiquiátrico, e a busca de novos conhecimentos, especialmente os que se referem à conceptualização das AAA e avaliação da sua eficácia no mesmo contexto, pelo investigador, seguiram-se as escolhas metodológicas em conformidade com um desenho *quasi-experimental*.

## 2 – METODOLOGIA

Relembramos a questão de investigação enunciada na introdução deste trabalho, será que o Programa com Actividades Assistidas por Animais (AAA), neste caso por um cão, é eficaz na prevenção da violência em contexto psiquiátrico e na promoção do bem-estar sócio-emocional dos doentes hospitalizados em unidades psiquiátricas com internamento de curta duração? Uma questão de tipo relacional, segundo a classificação de Gauthier (2003), que pressupõe uma ligação entre variáveis, cuja correspondência se denomina *estrutura de prova comparativa*<sup>72</sup>. Esta é caracterizada pela *observação de vários casos*, possibilitando a busca de semelhanças e/ou diferenças. Nesta perspectiva, a busca de respostas à referida questão determinou a escolha de uma abordagem mista que incluiu as abordagens *dedutiva ou verificatória* e *indutiva ou geradora*<sup>73</sup> no sentido de proporcionar a verificação das hipóteses e, simultaneamente, a produção de conhecimentos sobre a natureza e o processo das AAA (cão) nos referidos contextos. Essa abordagem confirmou-se assim numa investigação de tipo *quasi-experimental*, adequada à natureza do ambiente humano em que se realizou a experiência, facilitando, como sugerem Cook & Campbell (1979, citado por Holmes, 1997) condições eticamente aceitáveis e de maior naturalidade, embora, necessariamente, menores condições de controlo do que um estudo verdadeiramente experimental.

A escolha deste desenho foi assim justificada pela natureza do campo de investigação, pelos objectivos e pelo respeito pelas considerações éticas inerentes à manipulação de variáveis de sujeito<sup>74</sup>, e de outras variáveis inevitavelmente não controladas (Christensen, 2004), sem contudo por em causa as condições de rigor nas inferências (Kantowitz *et al.*, 2006).

Neste quadro, reconheceram-se as exigências na utilização de diferentes métodos e estratégias de investigação para colheita de dados/informações, análise e interpretação dos mesmos, cujas descrições e justificações metodológicas serão apresentadas neste capítulo.

---

<sup>72</sup> “ (...) Sugere a existência de uma ligação entre duas variáveis, uma (a variável dita independente) influenciando frequentemente a outra (a variável dita dependente), pelo menos ao nível da hipótese.” (Gauthier, 2003: 152).

<sup>73</sup> A primeira parte dos conhecimentos teóricos já estabelecidos com o objectivo de os validar com dados empíricos, o que pressupõe a busca de dados concretos; e a segunda parte de dados empíricos para se construir categorias conceptuais e relacionais, ou seja, a realidade permite a busca de teoria. (Chevrier, 2003: 69).

<sup>74</sup> Variáveis inerentes de sujeito (idade, sexo, raça, grupo étnico), atributo social (classe social, região de residência) atributo relacionado com a doença ou incapacidade (perda de um membro, doença mental, efeitos de acidente) (Kantowitz *et al.*, 2006).

Assim, no estudo, vista como variável independente<sup>75</sup>, considerou-se o programa de intervenção com AAA (neste caso, por um cão), cujos efeitos se pretendeu examinar especificamente sobre algumas variáveis consideradas dependentes, variáveis critério, que são as seguintes: comportamentos agressivos, sintomatologia psiquiátrica, experiência e expressão da ira e comportamentos sócio-emocionais.

Com o intuito de garantir a base de comparação, no estudo, foram constituídos dois grupos independentes de participantes, um *grupo experimental*, que para além do programa convencional instituído de forma sistemática (psicofarmacológico) foi também submetido ao programa de intervenção com AAA (cão), e um grupo de controlo que foi submetido simplesmente ao referido programa convencional.

Para se assegurar a equivalência dos grupos relativamente às variáveis socio-demográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão) e clínicas [modo de admissão, hospitalização anterior, risco de violência, diagnóstico médico e tratamento psicofarmacológico] com excepção da utilização do programa AAA (cão), os participantes foram recrutados conforme determinados critérios de selecção, constituindo-se uma amostra de conveniência, não probabilística de tipo sequencial com repartição alternada, conforme será pormenorizado (ponto 2.1).

## **2.1 – Programa de intervenção com Actividades Assistidas por Animais (cão)**

O programa de intervenção com AAA, neste estudo, especificamente por uma cadela, foi planeado tendo em conta as contribuições teóricas, baseadas na revisão bibliográfica, nas orientações transmitidas por especialista nacional nesta matéria e nos elementos obtidos na observação prévia de determinadas condições inerentes ao campo de investigação eleito, nomeadamente: indicadores de produção clínica<sup>76</sup>, regulamentos, modelos de intervenção, dinâmicas funcionais, receptividade das equipas e recursos existentes no local para realização do mesmo (estruturais e funcionais).

Enquadra-se como um programa no âmbito das abordagens sócio-ocupacionais<sup>77</sup>, classicamente instituídas como programas de Terapia Ocupacional que se baseiam em actividades ocupacionais<sup>78</sup>, de acordo com a classificação das áreas de desempenho ocupacional<sup>79</sup> proposta pela Associação Americana de Terapia Ocupacional em 1994.

---

<sup>75</sup> Variável manipulada pelo investigador (Christensen, 2004).

<sup>76</sup> Conforme o Relatório Anual dos Hospitais da Universidade de Coimbra do ano de 2003.

<sup>77</sup> Baseadas em áreas de performance ocupacional (Neistadt *et al.* 2002).

<sup>78</sup> "(...) todas actividades que ocupam o tempo das pessoas e dão sentido a suas vidas" (Neistadt *et al.*, 2002: 3).

<sup>79</sup> Definidas como Actividades de Vida Diária, Actividades Profissionais e Produtivas e Actividades de Diversão e Lazer (American Occupational Therapy Association, 1994).

O programa de intervenção com AAA incluiu sessões de actividades de grupo, com dois doentes (um par), baseadas na visita de uma cadela, com a finalidade de proporcionar o contacto com o animal e interacção com o seu par (o outro doente).

Nessas sessões, com os pares de doentes participaram a dupla: o educador/voluntário e o animal e um profissional de enfermagem especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (o investigador). Cada par de doentes recebeu a visita da cadela duas vezes por semana (à segunda e à quarta feira), totalizando seis sessões ao longo de três semanas. O programa incluiu também duas sessões intercaladas sem o animal em que participaram os pares de doentes constituídos e o mesmo profissional de Saúde Mental e Psiquiátrica. Estas sessões foram realizadas nas primeiras duas sextas-feiras após o início do programa.

A duração de cada sessão foi de aproximadamente 15 minutos. Este período foi definido em função da demora média mais baixa<sup>80</sup> registada em 2003, nos campos seleccionados, com a finalidade de garantir, o máximo, de assiduidade no cumprimento do referido programa.

Nas sessões com o animal, foram introduzidos alguns objectos: bolas, bonecos, escova e *clicker*<sup>81</sup>, que serviram de instrumentos auxiliares na dinâmica das mesmas. A dinâmica das sessões foi imprimida de acordo com o interesse dos doentes apercebido, no momento, e apoiadas pela orientação do educador.

Considerando as condições estruturais e funcionais existentes em cada unidade seleccionada e atendendo às recomendações previstas no regulamento internacional, especialmente no que diz respeito à garantia de condições de segurança e conforto dos protagonistas (Delta Society, 1992), foram seleccionados os recursos necessários à sua exequibilidade, com acesso a condições semelhantes para cada uma das unidades: sala, equipamento, iluminação, temperatura, sonorização.

A dupla foi certificada para o desempenho de AAA em contexto de saúde pela Associação Portuguesa para a Intervenção com Animais de Ajuda Social, designada por *Ânimas*, sediada no Porto.

Para além de outras, as características do cão interveniente eram as seguintes: *retriever labrador*, fêmea, quatro anos de idade, amarelo, calmo, tolerante e brincalhão.

---

<sup>80</sup> Clínica feminina (22 dias).

<sup>81</sup> Instrumento utilizado pelo educador para o reforço positivo do comportamento da cadela, durante as sessões.

## 2.2 – Variáveis dependentes

Justifica-se e conceptualiza-se de seguida as variáveis dependentes definidas como critérios de eficácia das AAA (cão) em contexto psiquiátrico.

### ***Comportamentos agressivos***

Para desse modo se possibilitar o enquadramento desta variável em estudo, seguimos a mesma base conceptual que foi utilizada no estudo de caracterização dos comportamentos agressivos (Estudo 1). Não se pretendendo valorizar de um modo especial nenhum dos modelos que tentam explicar os comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico, apesar das suas diferenças traduzidas pela filosofia que lhes é subjacente, por exemplo o Modelo de Agressão Física (Maier *et al.*, 1987), o Modelo Cognitivo (Whittington & Mason, 1995) e o Modelo apresentado por Nijman (1999a), destacamos da sua análise como um dos aspectos a considerar, a relação entre o estado clínico do doente e a sua capacidade de responder aos estímulos. Por dificuldades na interpretação de alguns estímulos externos, dificuldades de adaptação à hospitalização, dificuldades de sujeição aos tratamentos, dificuldades em realizar o teste da realidade e outras, o doente pode sentir-se ameaçado e conseqüentemente manifestar comportamentos agressivos. Tendo em conta que a sintomatologia psicótica (Krakowski & Czobor, 1997) e estados emocionais concomitantes, especialmente ira, ansiedade e tristeza (Cheung *et al.*, 1996) têm diferenciado grupos de doentes com e sem características agressivas. Deste modo julgámo-lo razoável considerar que a variável comportamentos agressivos (frequência, natureza e gravidade) poderá diferenciar os grupos, experimental e de controlo em estudo.

Para medição desta variável utilizou-se a SOAS-R (Nijman, 1999b), instrumento utilizado no Estudo 1.

### ***Sintomatologia psiquiátrica***

Sintomatologia psiquiátrica é uma expressão usada que se sustenta compreensivelmente na semiótica e na fenomenologia. Nesta perspectiva, a abordagem semiótica<sup>82</sup> é entendida pela linguagem que se faz representar por símbolos ou sinais com

---

<sup>82</sup> Consiste no estudo dos princípios gerais que regem o funcionamento dos sistemas de signos. No presente contexto é concebido do mesmo modo que a Psicologia a concebe, correspondendo indiferentemente à função semiótica e à função simbólica (Doron & Parot, 2001).

interpretação de significados à luz da psiquiatria; por seu turno, a fenomenologia<sup>83</sup> corresponde à descrição científica de sintomas baseada na experiência pessoal e no significado atribuído pela própria pessoa (Kaplan *et al.*, 1997). Parte da linguagem técnica utilizada em psiquiatria prevê o reconhecimento e a definição de sinais e sintomas comportamentais e emocionais.

A escolha da variável sintomatologia psiquiátrica baseou-se na revisão teórica acerca dos factores individuais relacionados com os comportamentos agressivos, em que se salientam algumas alterações manifestadas por doentes com perturbações como a esquizofrenia e mania com sintomatologia psicótica (alucinações e delírios) e estados emocionais concomitantes (ansiedade, ira, tristeza). Prevendo-se desse modo sinais e sintomas psiquiátricos típicos de perturbações graves. Assim, recorrendo à definição e descrição de Kaplan *et al.* (1997) dos sinais e sintomas típicos de doenças psiquiátricas, a sintomatologia psiquiátrica inclui informações que permitem avaliar o estado de saúde mental do indivíduo no que se refere às seguintes categorias: consciência, emoção, comportamento motor, pensamento, fala, percepção, memória, inteligência e *insight*. A sua descrição e exemplos de alterações associadas com cada uma das categorias são apresentados de forma sintetizada no quadro que se anexa (Quadro 3.1).

Para a avaliação da sintomatologia psiquiátrica foi utilizada a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS – (*Brief Psychiatric Rating Scale*, de Ventura *et al.*, 1993).

---

<sup>83</sup> Entendido como um estudo descritivo dos fenómenos no espaço e no tempo, sem referência às suas leis ou natureza. Na acepção psicológica tem a ver com um objecto intencional (Kaplan *et al.*, 1997).

Quadro 3.1 – Sintomatologia psiquiátrica

Categories	Definição	Alterações		Definição
Consciência ou estado de lucidez	Percepção modificada de emoções e pensamentos, incorporando o funcionamento dos sentidos. Frequentemente afectada por perturbações orgânicas	Consciência	Desorientação	Tempo, lugar e pessoas.
			Obnibulação	Pensamento pouco claro, com alterações da percepção e atitudes.
			Estupor	Falta de reacção ao ambiente.
			Crepuscular	Consciência perturbada por alucinações.
			Sonolência	Sedação.
		Atenção	Distractibilidade	Incapacidade para concentrar a atenção.
			Desatenção Selectiva	Bloqueio de estímulos geradores de ansiedade.
			Hipervigilância	Atenção excessiva sobre os estímulos, secundária ao pensamento paranoide.
		Sugestibilidade	Hipnose	Modificação da consciência, artificialmente induzida.
		Emoção	Percepção modificada de emoções e pensamentos, incorporando o funcionamento dos sentidos. Frequentemente afectada por perturbações orgânicas	Afecto
Embotado	Severa redução na intensidade do tom de sentimento externalizado.			
Lábil	Mudanças bruscas e rápidas no tom emocional.			
Humor	Disfórico			Estado de ânimo desagradável.
	Expansivo			Expressão dos sentimentos sem restrições.
	Irritável			Facilmente provocado até ao estado irado.
	Lábil			Oscilação entre humor eufórico e deprimido.
	Euforia			Intensa relação com sentimentos de grandeza.
Outras emoções	Deprimido			Sentimento de tristeza.
	Ansiedade			Sentimento de apreensão provocado pela antecipação de um perigo.
	Medo			Ansiedade provocada por um perigo reconhecido.
	Agitação			Ansiedade associada com grave inquietação motora.
	Tensão			Aumento da actividade motora ou psicológica.
	Apatia			Tom emocional sombrio, associado com desapego ou indiferença.
	Ambivalência			Coexistência simultânea de dois impulsos opostos.
Culpa	Emoção secundária a fazer algo que é percebido como errado.			

(...)

(...)

Categorias	Definição	Alterações		Definição
Comportamento motor	Inclui impulsos, motivações, desejos expressados pelo comportamento da pessoa	Ecopraxia		Imitação dos movimentos de outra pessoa.
		Catatonia		Alterações motoras (estupor catatónico, rigidez catatónica...).
		Catalepsia		Perda temporária do tono muscular e fraqueza precipitada por estados emocionais.
		Estereotipia		Padrão repetitivo fixo de acção física ou fala.
		Maneirismos		Movimentos involuntários estereotipados.
		Mutismo		Falta de produção da fala sem anormalidades estruturais.
		Hiperactividade		Agitação motora, hipercinese, tique, acatisia
		Hipoactividade		Actividade diminuída.
		Agressão		Acção intensa dirigida a um objecto, podendo ser verbal ou física.
		<i>Acting out</i>		Expressão directa de um desejo ou impulso inconsciente através da acção.
		Abulia		Impulso reduzido para agir e pensar, associado com indiferença.
Pensamento	Fluxo de ideias, símbolos e associações, dirigido a um objectivo, iniciado por um problema constituído por tarefas e levando a uma conclusão orientada segundo a realidade	Processo	Transtorno mental	Síndrome comportamental ou psicológica clinicamente significativa, associada com angústia ou incapacidade.
			Psicose	Incapacidade para distinguir entre realidade e fantasia; teste de realidade comprometido, com criação de uma nova realidade.
			Teste de realidade	Avaliação e julgamento objectivo do mundo exterior ao <i>self</i> .
			Perturbação formal do pensamento	Pensamento caracterizado por afrouxamento de associações, neologismos e construções ilógicas; processo de pensamento desordenado.
			Pensamento ilógico	Pensamento com contradições internas e conclusões erróneas
			Pensamento autista	Pensamento que gratifica desejos insatisfeitos sem considerar a realidade; preocupação com o mundo interno e privado.
			Pensamento mágico	Pensamento em discordância com a lógica ou experiência.

(...)



(...)

<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>	<b>Alterações</b>		<b>Definição</b>
Pensamento	Fluxo de ideias, símbolos e associações, dirigido a um objectivo, iniciado por um problema constituído por tarefas e levando a uma conclusão orientada segundo a realidade	Forma	Neologismos	Novas palavras criadas pela pessoa.
			Circunstancialidade	Fala indirecta que demora para atingir o ponto desejado.
			Tangencialidade	Incapacidade de fazer associações de pensamento dirigidas ao objectivo.
			Incoerência	Fala geralmente incompreensivelmente; mistura de vários pensamentos ou palavras sem conexão lógica, resultando em desorganização.
			Perseveração	Persistência na resposta a um estímulo anterior após novos estímulos apresentados.
			Ecolália	Repetição de palavras ou frases de uma pessoa por outra.
			Descarrilamento	Desvio súbito ou gradual no curso do pensamento sem bloqueio.
			Fuga de ideias	Verbalizações rápidas e contínuas, ou jogo de palavras que produzem mudanças de ideias.
			Bloqueio	Interrupção abrupta no curso do pensamento.
		Conteúdo	Pobre	Pensamento que oferece poucas informações, com carácter vago, repetições vazias ou frases obscuras.
			Ideia super valorizada	Crença falsa e irracional ainda que sustentada com baixa firmeza.
			Delírio	Falsa crença baseada em inferências incorrectas sobre a realidade externa, inconsistente com a inteligência e antecedentes da pessoa.
			Hipocondria	Preocupação exagerada com a própria saúde, sem base em patologia orgânica.
			Obsessão	Persistência patológica de um pensamento ou sentimento irresistível, associado com ansiedade.
			Compulsão	Necessidade patológica de agir segundo um impulso.
Coprolália	Verbalização compulsiva de palavras obscenas.			
Fobia	Temor persistente e irracional, exagerado e invariavelmente patológico.			

(...)

(...)

<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>	<b>Alterações</b>		<b>Definição</b>
Fala	Ideias, pensamentos e sentimentos expressados através da linguagem; comunicação através do uso de palavras e linguagem	Fala	Pressão da fala	Fala rápida, aumentada em quantidade e dificilmente interrompida.
			Pobreza da fala	Restrição na qualidade da fala; as respostas podem ser monossilábicas.
			Pobreza do conteúdo	Fala adequada em quantidade, mas transmite poucas informações por conteúdo vago ou estereotipado.
			Disartria	Dificuldades na articulação.
		Afasia	Afasia: motora, sensorial, global...	Perturbações na emissão da linguagem.
Percepção	Processo de transferência de estimulação física em informação psicológica; processo pelo qual os estímulos sensoriais são traduzidos à consciência	Alucinações		Percepção sensorial falsa não associada com estímulos reais externos (alucinações auditivas, visuais, olfactivas, cinestésicas...).
		Ilusão		Percepções ou interpretações erróneas de estímulos sensoriais externos reais.
		Associadas com transtorno mental orgânico	Agnosia	Incapacidade para reconhecer e interpretar o significado de impressões sensoriais. Exemplos: Anosognosia, negação da doença; apraxia, incapacidade de realizar tarefas específicas.
		Associadas com fenómenos coercivos e dissociativos		Somatização de materiais reprimidos ou desenvolvimento de sintomas físicos e distorções, envolvendo os músculos voluntários ou órgãos sensoriais especiais. Exemplos: Macropsia - estado no qual os objectos são maiores do que realmente são - despersonalização: um senso subjectivo de ser irreal, estranho ou não familiar consigo mesmo.
Memória	Função pela qual a informação armazenada no cérebro é, mais tarde, trazida de volta à consciência	Memória	Amnésia	Incapacidade total ou parcial para recordar experiências passadas, podendo ter origem orgânica ou emocional. Exemplo: Anterógrada amnésia para eventos ocorridos após determinado ponto no tempo; Retrógrada amnésia anterior a determinado período.
			Paramnésia	Falsificação da memória pela distorção da recordação. Exemplo: Confabulação preenchimento inconsciente de lacunas na memória por experiências imaginadas ou falsas, nas quais a pessoa acredita sem ter qualquer base sólida.

(...)

(...)

<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>	<b>Alterações</b>		<b>Definição</b>
Inteligência	Capacidade para entender, recordar, mobilizar e integrar construtivamente o que foi aprendido ao confrontar-se com novas situações	Inteligência	Atraso Mental	Falta de inteligência a um determinado nível que interfere com o desempenho social e ocupacional.
			Demência	Deterioração global e orgânica do funcionamento intelectual, sem obnibulação da consciência.
<i>Insight</i>	Capacidade da pessoa para compreender a verdadeira causa e significado de uma situação	<i>Insight</i>	Prejudicado	Redução da capacidade para compreender a realidade objectiva de uma situação.

Fonte: Baseado em Kaplan *et al.* (1997: 289-296).

### ***Experiência e Expressão da Ira***

A opção da Experiência e Expressão da Ira como uma variável dependente foi ancorada na revisão teórica sobre as emoções e sua interferência nas respostas humanas em contextos de inter-relação pessoal, podendo mesmo produzir-se um impacto negativo sobre o bem-estar do indivíduo.

Atendendo que a emoção ira tem sido considerada como uma condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento de comportamentos agressivos (Miguel-Tobal *et al.*, 2001) e que em contexto psiquiátrico existem algumas características que propiciam manifestações agressivas, julgámos útil perceber a interferência desta variável nas respostas dos doentes sujeitos ao programa de intervenção AAA (cão), no referido contexto.

Para a medição da Experiência e Expressão da Ira utilizou-se o STAXI-2 previamente adaptado e validado no quadro deste trabalho (Estudo 2). Na sua operacionalização considerou-se as componentes Ira Estado, Ira Traço, Expressão da Ira e Controlo da Ira.

### ***Comportamentos sócio-emocionais dos doentes***

Os comportamentos sócio-emocionais dos doentes consistem em unidades comportamentais que envolveram actividades directamente observáveis dos doentes durante a realização do programa de intervenção AAA (Cão), incluindo na sua estrutura comportamentos que o doente estabeleceu em interacção com o animal, com o seu par e não dirigidos aos protagonistas. Referimo-nos a comportamentos *molares* e circunscritos no seu significado funcional (Doron & Parot, 2001), ou seja, comportamentos que traduzem unidades comunicacionais observadas em contexto de relação específico que envolveu os diferentes protagonistas previstos no desenvolvimento do referido programa.

O interesse em analisar este tipo de comportamentos assenta na verificação da hipótese que foi formulada que determinou a avaliação do referido programa na promoção de comportamentos de bem-estar.

Dada a complexidade dos elementos observáveis de natureza sócio-emocional que traduzem indicadores de bem-estar realizou-se um *etograma* que consiste no inventário das descrições das unidades comportamentais (Quadro 3.2). Esta construção seguiu como referência a classificação de categorias comunicacionais de Bales (Vala & Benedita, 1997).

Quadro 3.2 – Descrição das unidades comportamentais estabelecidas pelos doentes durante a realização do programa de intervenção com AAA (cão) na interação com o animal e com o outro doente e outros comportamentos não dirigidos a nenhum destes protagonistas.

Categorias comunicacionais	Descrição dos itens comportamentais
<p><i>Em interação com o animal</i></p> <p>Fala Ri e Sorri Aproxima-se Brinca com objecto Brinca sem objecto Afasta-se</p>	<p>Chama pelo nome do animal; dá-lhe ordens e elogio-o. Dá gargalhadas; apresenta descontração dos músculos da face, abertura da boca, expressão de satisfação. Olha o animal, incitando-o à aproximação; cheira o animal; muda de posição para se aproximar do animal (inclina-se para a frente; flecte o tronco, abaixa-se ao nível do animal); chama o animal com beijos; reforça o animal (oferece biscoitos e bate palmas); cuida do animal (veste e despe o animal; escova o animal); orienta o animal com o gesto; permite o contacto (recebe beijos do animal). Atira a bola ou boneco para o animal ir buscar; agarra a bola dada pelo animal; tira a bola da boca do animal; agarra no boneco e aperta-o; mostra a bola ou o boneco à cadela; finta o animal com a bola ou o boneco; vai buscar a bola. Persegue o animal; anda à roda com o animal; desafia o animal a chegar ao peito, levanta as patas do animal; dança com o animal. Afasta o rosto e o corpo do animal; desvia o olhar; recusa as lambidelas; mostra nojo da baba com a expressão; limpa as mãos; limpa os pelos das calças; faz movimentos com as mãos para o animal se afastar, faz caretas.</p>
<p><i>Em interação com o outro doente</i></p> <p>Fala Ri e sorri Toca Joga Alheia-se Mostra enfado Chora</p>	<p>Fala com o outro doente estimulando-o a lidar com o animal (ex.: ensina a aprender a tocar no animal; ajuda o outro a aprender a brincar com o animal); estimula o outro à expressão de pensamentos e sentimentos; aconselha; decide as regras; fala sobre diferentes temas (ex.: experiências com os cães; solidão); oferece cigarros. Dá gargalhadas; apresenta descontração dos músculos da face, abertura da boca, expressão de satisfação. Toca na mão, na perna; abraça; encosta-se ao outro; permite o toque. - Com objectos: joga, dá e recebe objectos. - Sem objectos: olha para o outro (nos olhos); inclina-se para a frente; canta à “desgarrada”; brinca com o outro; joga; olha para o outro (nos olhos); inclina-se para a frente; aproxima-se do outro; mantém-se calado enquanto ouve o que o outro está a dizer. Fala sozinho. Focaliza-se no ambiente periférico; faz desenhos no quadro, escreve e apaga; olha para o exterior; olha para os quadros de parede; ouve música; brinca com o telemóvel e outros recursos sozinho; explora a sala. Pergunta quanto tempo falta para terminar a sessão; verbaliza desinteresse em permanecer na sessão ou em terminar a sessão; verbaliza cansaço. Olha para o relógio; tenta ausentar-se da sala; bufa; expira fundo; coça na cabeça (esfrega os olhos); mostra preguiça (estica os dois braços com as mãos cruzadas); mexe nos bolsos; olha para as mãos e mexe nos dedos, tira e põe anéis. Apoia a cabeça sobre as mãos. Chora.</p>
<p><i>Não dirigidos aos protagonistas</i></p> <p>Posturas Fumo</p>	<p>Deitado - deitado no chão. Sentado - sentado na cadeira ou no chão. Abaixado - ajoelhado ou agachado. De pé: de pé sozinho e/ou com o outro, ou parado. Anda: Anda sozinho e/ou com o outro. Fuma cigarros; agarra no maço de cigarros e num cinzeiro; acende o cigarro; apaga o cigarro; procura os cigarros nos bolsos.</p>

### 2.3 – Participantes

Na presente investigação, os participantes foram doentes adultos hospitalizados em duas unidades psiquiátricas de curta duração, uma feminina e outra masculina, dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Estas unidades foram seleccionadas tendo em conta os critérios de acessibilidade de contenção de custos e de prontidão na resposta dos responsáveis da instituição para realização deste tipo de investigação.

A escolha deste tipo de unidades deve-se às evidências que registam maior ocorrência de comportamentos agressivos (Lion, Snyder & Merrill, 1981; Fottrell, 1980), o que se confirmou através dos resultados obtidos no Estudo 1.

Estas unidades proporcionam o internamento de curta duração e são consideradas estruturas funcionais que constituem uma componente chave integrada no sistema de saúde mental, destinadas a diagnosticar e tratar os doentes em fase aguda da doença (Beadsmoore *et al.*, 1998). As mesmas têm sofrido mudanças, principalmente nas últimas duas décadas, norteadas pela perspectiva dos serviços de saúde mental baseados na comunidade (Stuart, 2001b). Nesta linha, o aumento da tendência para a não hospitalização do doente psiquiátrico e a redução do número de camas nos hospitais tem conduzido a uma diminuição do tempo de estadia e a recorrer mais ao internamento de curta duração.

Quando uma pessoa está com problemas graves de saúde mental pode não conseguir o seu controlo na comunidade devido a vários factores de natureza médica, psicológica e social, não obstante, ela, os seus familiares e a sociedade esperam legitimamente cuidados disponíveis e um ambiente terapêutico e humano. Mas, na prática, a admissão nesse tipo de unidades compromete sempre de alguma maneira a privacidade e a liberdade do doente. Alguns, em situações críticas agudas e de exacerbação sintomatológica, são confrontados com a admissão involuntária. Por outro lado, os doentes, por vezes, são hospitalizados por manifestarem especificamente comportamentos agressivos ou por serem considerados perigosos.

Os doentes para constituírem os grupos experimental e de controlo do estudo hospitalizados naquelas unidades eram sobretudo sujeitos aos programas psicofarmacológicos instituídos de forma sistemática. Raramente, alguns deles poderiam ser sujeitos a programas de psicoterapia e electroconvulsivoterapia.

Os doentes foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios: idade de 18 a 65 anos, porque as unidades seleccionadas eram de doentes adultos; risco de violência moderado ou elevado, porque se pretendia avaliar a eficácia do programa na

prevenção dos comportamentos agressivos; previsão de internamento superior a 3 semanas, porque se pretendia assegurar a participação integral no programa; não manifestarem fobia e/ou alergias a cães, pelo e saliva, pois pretendia-se evitar algum desconforto secundário ao doente; não terem sido incluídos em fase anterior, visto que a taxa de recaída de alguns doentes é elevada, possibilitando o retorno em tempo útil de realização do programa; por fim, o critério de disponibilidade voluntária e esclarecida para participar que era assegurado pelo consentimento informado.

Durante um ano foram seleccionados consecutivamente 89 casos, de acordo com os critérios estabelecidos, destes apenas 52 casos constituíram a amostra. Os restantes 37 (42%) foram excluídos por diversos motivos relacionados com: alta clínica, abandono, doença, alteração de prioridades de intervenção terapêutica; e com indisponibilidade casual da dupla.

Dos 52 elementos, 26 integraram o grupo experimental e 26 o grupo de controlo, constituindo em cada grupo 13 pares de doentes.

### ***Identidade entre grupos***

A constituição dos grupos baseou-se na avaliação dos casos, realizada semanalmente (sexta, sábado e domingo), sendo os primeiros dois casos que satisfaziam os critérios destinados ao grupo de controlo e os segundos dois casos destinados ao grupo de controlo.

Os grupos foram caracterizados conforme as variáveis socio-demográficas e clínicas, apresentadas nos quadros seguintes. Na globalidade, os valores encontrados, através do uso de testes estatísticos (*Qui-quadrado* e *Fisher*) revelam que nos dois grupos as proporções de doentes com as diversas características consideradas não são significativamente diferentes.

#### ***Características socio-demográficas (Quadro 3.3)***

Relativamente à idade, embora a média do grupo experimental (M=35.92 anos; DP=13.18 anos) seja superior à do grupo de controlo (M=34.54 anos; DP=9.84 anos), essa diferença não é estatisticamente significativa.

Ambos os grupos são constituídos por indivíduos maioritariamente do sexo feminino, com igual percentagem (14; 53.80%).

No que se refere ao estado civil, os dois grupos incluíram maioritariamente indivíduos solteiros (69.20% no grupo experimental e 57.70% no grupo de controlo). Embora os valores encontrados, através do teste de diferenças de proporções entre os grupos, devem ser utilizados com reserva devido às frequências serem reduzidas, demonstram que os grupos são semelhantes.

Acerca da escolaridade, tanto o grupo experimental como o grupo de controlo incluíram maioritariamente indivíduos com a escolaridade básica (50.00% e 53.80% respectivamente), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre eles.

Por último, no que se refere à profissão, os dois grupos apresentaram maioritariamente indivíduos Ajudantes de obras, desempregados e pensionistas ou reformados (grupo experimental = 53.85%; grupo de controlo = 57.70%), não se verificando igualmente diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 3.3 – Descrição comparativa dos grupos segundo as características socio-demográficas

Características		Grupo experimental (n=26)		Grupo de controlo (n=26)		Testes de diferenças entre os grupos
		Média	DP	Média	DP	
Idade (anos)		35.92	13.18	34.54	9.84	$t_{(50)} = .429$ $p = .670$
		nº	%	nº	%	
Sexo	Masculino	12	46.20	12	46.20	$\chi^2_{(1)} = .000$ $p = 1.000$
	Feminino	14	53.80	14	53.80	
Estado civil	Casado+união de facto	3	11.60	9	34.60	$\chi^2_{(2)} = 4.558$ a) $p = .102$
	Solteiro	18	69.20	15	57.70	
	Viúvo+divorciado + separado de facto	5	19.20	2	7.70	
Escolaridade	Básica	13	50.00	14	53.80	$\chi^2_{(2)} = 1.141$ $p = .565$
	Secundária	6	23.10	8	30.80	
	Superior	7	26.90	4	15.40	
Profissão	Directores, professores, comerciantes, operários especializados, técnicos	5	19.23	5	19.20	$\chi^2_{(2)} = .111$ $p = .946$
	Operários sem especialização, trabalhadores rurais, vendedores	7	26.92	6	23.10	
	Ajudantes de obras, desempregados, pensionistas ou reformados	14	53.85	15	57.70	

a) Algumas frequências esperadas são inferiores a 5.



### *Características clínicas (Quadro 3.4)*

Quanto ao modo de admissão, os grupos têm características idênticas. A grande maioria foi admitida através da urgência, três em cada grupo através de consulta ou transferência e os restantes por via judicial (3 no grupo experimental e 4 no grupo de controlo).

Ambos os grupos apresentaram a mesma percentagem de indivíduos com e sem hospitalizações anteriores (76.92% e 23.08% respectivamente).

Em relação ao risco de violência, ambos os grupos apresentavam uma elevada percentagem de indivíduos com o risco moderado de desenvolverem comportamentos agressivos durante a hospitalização; sendo 88.46% deles pertencentes ao grupo experimental e 100.00% ao grupo de controlo. Contudo, esta diferença de percentagens não revelou ser estatisticamente significativa.

Quanto ao diagnóstico médico, tanto o grupo experimental como o grupo de controlo apresentam maior percentagem de doentes com o diagnóstico de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (53.84% e 46.16%, respectivamente), as perturbações do humor constituía o diagnóstico de 10 (38.46%) dos doentes em cada um dos grupos e nos restantes o primeiro diagnóstico referia-se a outras perturbações psiquiátricas.

Por último, relativamente ao tratamento psicofarmacológico, a maioria dos doentes de ambos os grupos foi sujeita a medicamentos psicolépticos (grupo experimental: 100% e o grupo de controlo: 96.15%); também se verificou uma elevada percentagem de doentes, tanto do grupo experimental como do grupo de controlo, que foi submetida a psicoanalépticos (grupo experimental: 50% e o grupo de controlo: 42.31%); por último, menos de metade dos doentes de ambos os grupos foram submetidos a antiparkinsónicos e a antiadrenérgicos (grupo experimental: 42.31% e o grupo de controlo: 26.92%).

Quadro 3.4 – Descrição comparativa dos grupos segundo as características clínicas

Características		Grupo experimental (n=26)		Grupo de controlo (n=26)		Testes de diferenças entre os grupos
		nº	%	nº	%	
Modo de admissão	Consulta + transferência	3	11.54	3	11.54	$\chi^2_{(2)} = .168$ a) p = .919
	Urgência	20	76.92	19	73.08	
	Judicial	3	11.54	4	15.38	
Hospitalizações anteriores <sup>84</sup>	Sim	20	76.92	20	76.92	$\chi^2_{(2)} = .000$ p = 1.000
	Não	6	23.08	6	23.08	
Risco de violência <sup>85</sup>	Moderado (3- 8pontos)	23	88.46	26	100.00	b) $\chi^2_{(1)} = 3.184$ (p=.074) Fisher p = .235
	Elevado (> 9 pontos)	3	11.54	0	0.00	
Diagnóstico médico <sup>86</sup>	Esq. Outras Pert. Psicóticas	14	53.84	12	46.16	$\chi^2_{(2)} = .821$ a) p = .663
	Pert. Do Humor	10	38.46	10	38.46	
	Outras Perturbações: Pert. Relac. c/ Substâncias + Pert. da Personalidade	2	7.70	4	15.38	
Tratamento psicofarmacológico <sup>87</sup>	Psicolépticos	26	100.00	25	96.15	$\chi^2_{(1)} = 1.020$ (p=.313) a) Fisher p = 1.000 b)
	Psicoanalépticos	13	50.00	11	42.31	
	Antiparkinsonícos + Antiadrenérgicos	11	42.31	7	26.92	$\chi^2_{(1)} = 1.359$ (p = .244)

a) Algumas frequências esperadas são inferiores a 5; b) Utilizado o teste de Fisher por não se verificarem as condições de Cochran para a aplicação do teste de  $\chi^2$ .

<sup>84</sup> História de hospitalizações anteriores do doente em unidades de internamento psiquiátricas: com ou sem hospitalizações anteriores (Anexo 6.1).

<sup>85</sup> Avaliação do risco do doente poder desenvolver comportamentos agressivos durante a sua hospitalização baseada em preditores estáticos (História de violência) e dinâmicos (Hostilidade, impulsividade, agitação, desorientação). A avaliação segue a pontuação prevista na classificação do Instrumento De Avaliação de Agressividade e de Violência (Hamolia, 2001) (Anexo 6.2).

<sup>86</sup> Julgamento clínico realizado pelo médico psiquiatra apoiando-se em critérios de classificação de perturbações mentais inscritos na DSM-IV. Correspondeu ao diagnóstico médico registado no processo clínico do doente no momento da sua admissão ao internamento.

<sup>87</sup> Modalidade de tratamento das doenças psiquiátricas disponível de natureza biológica, baseado na terapia medicamentosa, cuja prescrição deve ser feita por um médico qualificado, normalmente por um psiquiatra (Ruiloba, 2006; Kaplan *et al.*, 1997). Inclui agentes psicofarmacológicos que tratam os sintomas de doença mental cuja acção cerebral oferece um modelo de compreensão dos mecanismos das perturbações mentais (Laraia, 2001). Os numerosos agentes medicamentosos usados na clínica para tratamento dos doentes que fizeram parte da amostra deste estudo foram agrupados em três categorias: Psicolépticos são fármacos que causam depressão ou relaxação da actividade mental, incluem os antipsicóticos, Ansiolíticos e Hipnóticos Sedativos; Psicoanalépticos são fármacos que aumentam e estimulam o funcionamento cerebral e envolvem os antidepressivos, psicoestimulantes e psicolépticos e psicoanalépticos em associação. E por fim, os Antiparkinsonícos e Antiadrenérgicos (Anexo 6.1).

Em termos de síntese, com base nos valores encontrados, podemos considerar que os grupos não diferem significativamente quanto às variáveis de caracterização sócio-demográfica e clínica.

## **2.4 – Instrumentos de medida das variáveis**

### ***Escala de Observação dos Comportamentos Agressivos (Staff Observation Aggression Scale - Revised: SOAS-R. Nijman, 1999)***

Este instrumento de medida SOAS-R é o mesmo instrumento que foi utilizado no primeiro estudo, o que permitiu caracterizar os comportamentos agressivos, avaliar a prevalência dos mesmos e ainda identificar algumas características socio-demográficas e clínicas dos doentes que os desenvolveram nos contextos psiquiátricos seleccionados. Inclui cinco componentes, nomeadamente precipitante da agressão, meio(s) utilizado(s) para cometer a agressão, alvo(s) da agressão, consequência(s) para a(s) vítima(s) e intervenções utilizadas para o controlo da agressão. A pontuação máxima da escala é de 22 pontos, traduzindo a medição de gravidade dos comportamentos, sendo esta pontuação distribuída por cada item das diferentes componentes.

Ainda em relação ao Estudo 1, seguimos o mesmo critério de organização da classificação da gravidade por Heinze (2000), que se baseou na pontuação da SOAS-R (Nijman, 1999) e distribuiu os incidentes em termos de casos “ligeiros” (1-7 pontos), “moderados” (8-15 pontos) e “graves” (16-22 pontos).

A sua utilização prévia, por parte dos profissionais de enfermagem que colaboraram no presente estudo, através do seu preenchimento, permitiu a familiarização com o mesmo e um uso mais apoiado tendo por base a experiência anterior. Por se pretender simplificar o seu preenchimento, visto que se manteve a sua apresentação em base de papel, foram realizadas algumas alterações na primeira parte, foram retiradas as questões de caracterização sócio-demográfica dos doentes, sendo a sua identificação caracterizada através de um código de acesso (Anexo 7.1).

### ***Escala Visual Analógica (Visual Analogical Scale – VAS) de Gravidade dos Comportamentos Agressivos.***

A Escala Visual Analógica (VAS) é uma escala de atribuição de valor pelos profissionais à gravidade dos comportamentos agressivos. Corresponde a uma régua graduada de 0 a 100 mm, sendo o valor 0 correspondente a ausência de gravidade e o valor 100 correspondente a extrema gravidade (Anexo 7.1). O valor atribuído é a medida da gravidade do incidente percebida por parte do profissional que registou o mesmo.

### ***Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica: BPRS (Ventura et al., 1993)***

A Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica: BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) é considerada uma escala simples e sensível às mudanças de gravidade da psicopatologia (Vásquês *et al.*, 2001). Tem sido frequentemente utilizada na clínica com os seguintes objectivos: avaliar os efeitos do tratamento em doentes com perturbações psiquiátricas; descrever e quantificar a sintomatologia psiquiátrica (Devanand *et al.*, 1998; Becker *et al.*, 1970); classificar psicopatologia (Overall *et al.*, 1969); e separar os doentes em grupos clinicamente homogéneos (Dorevitch *et al.*, 1999; Overall *et al.*, 1962).

A versão inicial foi produzida por Overall e Gornham em 1962. A versão utilizada inclui seis escalas novas adicionadas à original BPRS (Overall & Gorham, 1962), o que, segundo o parecer de Lukoff *et al.* (1986), possibilita uma avaliação mais compreensiva de um grupo mais alargado de pessoas com perturbações psiquiátricas graves, especialmente para doentes não hospitalizados. A sua utilização requer treino nos métodos de avaliação psicopatológica.

Inclui 24 itens psicopatológicos (Anexo 7.2)<sup>88</sup> que são avaliados a partir de uma escala com sete níveis de gravidade (ausente, muito ligeiro, ligeiro, moderado, moderadamente grave, grave e muito grave). Há itens avaliados com base no auto relato do doente durante a entrevista e outros avaliados com base no comportamento e no discurso do doente durante a entrevista.

Para além disso, prevê o recurso a outras fontes de informação, tais como: familiares; profissionais de saúde mental; e o processo clínico. Inclui um guião de entrevista com definições operacionais que serve de âncora no sistema de avaliação.

### ***Inventário da Expressão da Ira Estado -Traço: STAXI-2 (Spielberger et al., 1999; adaptado para Português)***

Tendo em conta os resultados obtidos no segundo estudo, anteriormente apresentado, optou-se por se manter a sua apresentação formal e respeitar todos os princípios que orientaram a sua concepção original. Nesse sentido utilizou-se o mesmo formato do instrumento, contendo os 57 itens (Anexo 7.3). Estruturalmente, inclui 6 escalas (Ira Estado, Ira Traço, Ira Contida, Ira Manifesta, Controlo Interno da Ira e Controlo Externo da Ira), 5 sub-escalas e um Índice de Expressão da Ira (IEI). A escala Ira Estado inclui três sub-escalas, *Sentimento*, *Expressão Verbal* e *Expressão Física*, e a escala Ira Traço inclui duas sub-escalas, *Temperamento* e *Reacção*.

---

<sup>88</sup> Conforme o Manual (Ventura *et al.*, 1993).

Para além das escalas e sub-escalas anteriormente referidas, o instrumento anexa um questionário que permite a caracterização socio-demográfica, incluindo questões sobre: idade, sexo, estado civil e profissão.

A estrutura do inventário é de tipo *Likert*. Para os 15 itens da IE (Parte 1), os sujeitos assinalam a intensidade da ira que sentem no momento – “como me sinto agora” – numa escala de quatro pontos de *não* (1) a  *muito* (4). Para os dez itens da IT (Parte 2), marcam como é que normalmente se sentem – “como me sinto habitualmente” – numa escala de frequência de 4 pontos de *quase nunca* (1) a *quase sempre* (4). E, por último, para os 32 itens de Ira Expressão e Controlo da Ira (IM, IC, CII e CEI) (Parte 3) marcam como geralmente respondem ou se comportam quando se sentem irados ou furiosos – “quando estou zangado ou furioso, como é que eu habitualmente reajo ou me comporto” – numa escala de frequência de 4 pontos igual à que é usada para a Parte 2 (isto é, de *quase nunca* a *quase sempre*).

#### ***Observação dos comportamentos dos doentes durante a realização do programa AAA (cão)***

No sentido de se avaliar a eficácia do programa de AAA (cão) na promoção de bem-estar dos doentes em contexto psiquiátrico foi realizada a observação dos registos *filmicos* das oito sessões (seis com e duas sem o animal) com os seguintes objectivos:

- a) Identificar os comportamentos dos doentes estabelecidos no contacto directo com o animal e com o seu par, aquando na realização do programa;
- b) Verificar a existência de diferenças de comportamentos entre as sessões com e sem cão;
- c) Verificar a existência de diferenças de comportamentos no contacto com o seu par e com o cão ao longo das sessões.

Conforme foi referido anteriormente, foi elaborado o *etograma* para que se pudesse analisar a evolução dos comportamentos dos doentes ao longo da realização do programa em avaliação.

A observação dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes durante as sessões foi realizada com o apoio do programa *The Observer* (Versão 4.0; Noldus, 2001) e baseada no *etograma* anteriormente apresentado cuja elaboração foi assente em observações preliminares dos filmes.

## 2.5 – Procedimentos de colheita de dados

O trabalho de campo requereu o desenvolvimento de alguns procedimentos inerentes à implementação do programa de AAA (cão), a preparação do campo, da selecção dos sujeitos e da dupla educador/voluntário e animal; outros inerentes à aplicação dos instrumentos de colheita de informação, ao tratamento e análise de dados e informação obtidos, bem como os procedimentos relativos às regras e considerações práticas, formais e éticas.

### ***Seleção dos sujeitos/constituição dos grupos***

A operação de selecção dos doentes implicou a aplicação dos critérios definidos. Para esse efeito, procedeu-se à recolha de informação através de reuniões formais (à terça-feira de manhã na clínica feminina e à quinta-feira de manhã na clínica masculina) e informais (diariamente) com as equipas de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos) das unidades seleccionadas, a fim de se perceber o estado clínico dos doentes, o objectivo e a previsão do tempo de internamento. Seguiu-se a marcação do primeiro encontro com o doente, no sentido de se aferir os critérios de entrada. Para isso, realizou-se uma entrevista a cada doente com o apoio do Instrumento de Avaliação de Agressividade e de Violência (Hamolia, 2001), de modo a identificar o nível de risco de violência. Nessa entrevista eram ainda colocadas questões adicionais para a exploração de antecedentes de violência contra os cães e de antecedentes de alergias e/ou fobias a cães.

### ***Procedimentos inerentes à implementação do programa de AAA***

Relativamente à preparação do campo, foram desenvolvidos procedimentos no sentido da sensibilização das equipas de saúde multidisciplinar das duas unidades seleccionadas através de acções de informação formais e informais que incluíram a abordagem teórica<sup>89</sup> sobre as Actividades Assistidas por Animais e sua importância em contextos sociais e a informação sobre as linhas de orientação que sustentaram o projecto desta investigação.

Em cada uma das unidades seleccionadas, foi escolhido um espaço para realização da experiência, definido em função dos recursos disponíveis em ambas as unidades. De seguida procedeu-se à preparação dos dois espaços disponibilizados para

---

<sup>89</sup> Orientada pela Professora Doutora Liliana de Sousa (ICBAS, UP).

a experiência, a sala de aulas na clínica feminina e a sala de terapia ocupacional<sup>90</sup> na clínica masculina. Como estas salas tinham uma dimensão diferente, sendo a sala da terapia ocupacional maior, tornou-se necessária a sua adaptação no sentido de se igualarem as condições. Com esta adaptação, conseguimos duas salas que permitiam condições semelhantes: sala com cerca de 30 m<sup>2</sup>, com janela para o exterior e boas condições de iluminação, com temperatura aproximada de 20 graus centígrados, ampla com duas cadeiras e porta sinalizada com o registo de não interrupção.

Estas condições são as consideradas básicas para se proporcionar e se garantir o bem-estar dos protagonistas, respeitando o que é preconizado (Delta Society, 2000), e possibilitar o controlo de interferências externas nos intervenientes. De facto, em contexto psiquiátrico, especialmente em unidades de agudos, pela emergência de determinados comportamentos inerentes às patologias psiquiátricas, é essencial controlar a presença de estímulos e possível interferência dos mesmos, por exemplo, os sonoros e outros que possam distrair os sujeitos.

A disponibilidade das referidas salas condicionou a definição do calendário das sessões, tendo estas sido realizadas às segundas, quartas e sextas-feiras, de manhã na unidade masculina e nos mesmos dias à tarde na unidade feminina.

A duração e a frequência semanal das sessões com o animal foram definidas também de acordo com a disponibilidade da dupla (cão e educador), uma vez que esta era voluntária e estava sedeadada no Distrito do Porto, e com o interesse em validar as sessões com o animal, no sentido de favorecer o seu reconhecimento como um programa de âmbito sócio-ocupacional. Deste modo, cada sessão teve a duração de 15 minutos com frequência bissemanal com o animal (segunda e quarta-feira) e semanal para as sessões sem o animal (sexta-feira).

Previamente, considerando as exigências inerentes ao trabalho de campo envolvido, especialmente a coordenação das várias actividades a desenvolver para a consecução do programa e a selecção e avaliação dos casos; e tendo ainda em conta o respeito pelo animal, cujo desempenho se pretendia dosear, evitando a sua sobrecarga, foi decidido que em cada semana só poderia entrar um par novo (um feminino e um masculino) para cada um dos grupos (experimental e de controlo). Uma vez que o cumprimento do programa envolveu a realização de oito sessões, seis com e duas sem o animal, foram realizadas no máximo, seis sessões por dia com intervenção da cadela.

Antes de iniciar as sessões propriamente ditas, desenvolveu-se uma fase de reconhecimento e adaptação (Anexo 8). Apesar da dupla já ter sido reconhecida e certificada para o seu desempenho em contexto psiquiátrico, ao educador foram

---

<sup>90</sup> Sala pertencente ao Hospital de Dia da Clínica Psiquiátrica dos HUC.

igualmente transmitidas algumas informações específicas no sentido de promover uma atitude de respeito pelas normas e regulamentos internos inerentes a cada unidade seleccionada.

Também foi necessário conseguir a colaboração empenhada dos profissionais de ambas as equipas de saúde, a fim de prestarem a sua colaboração no sentido da disponibilização dos doentes seleccionados na hora prevista de execução do programa e de valorizarem o mesmo. Para o efeito, após a selecção dos doentes participantes era feita a sinalização no respectivo processo clínico e no dos seus pares no placar informativo.

### ***Procedimentos inerentes à aplicação dos instrumentos de colheita de dados***

Conforme referido anteriormente, foi necessária a preparação da aplicação dos instrumentos e a calendarização para a selecção e avaliação dos casos. Relativamente aos instrumentos utilizados, apenas o STAXI-2 foi auto-preenchido, salvo determinadas situações em que se requereu a ajuda no seu preenchimento, por exemplo, dificuldades de visão. Todos os procedimentos previstos para a sua aplicação foram cumpridos, tal como descritos no Estudo 2.

Quanto à SOAS-R foi preenchido por profissionais de enfermagem que testemunharam comportamentos agressivos durante o período de execução do programa de intervenção (3 semanas). A sua aplicação não requereu nesta altura a preparação da equipa uma vez que já tinha sido utilizado anteriormente pelos mesmos (no Estudo 1). O seu registo continuou a ser em base de papel e anexado ao processo clínico do doente.

Relativamente à Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica: BPRS, como instrumento de avaliação clínica requereu o recurso de várias fontes de informação, nomeadamente, o doente e família, a equipa e o processo clínico. No sentido, de melhorar a sua aplicação, as recomendações de Hulley *et al.* (2003b) para se minimizar a *variabilidade do observador*<sup>91</sup> e a *variabilidade do sujeito*<sup>92</sup>, foi utilizado o guião de entrevista para aplicação da BPRS (Ventura *et al.*, 1993) (Anexo 9), traduzido para a língua Portuguesa por um especialista). Apesar da formação e experiência clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do investigador/observador, foi feito o treino de aplicação dos referidos instrumentos na fase precedente à intervenção (Janeiro e Fevereiro de 2004).

---

<sup>91</sup> Variabilidade na medida causada pelo observador, por exemplo, a escolha de palavras numa entrevista e a habilidade no manuseamento de um instrumento mecânico (Hulley *et al.*, 2001).

<sup>92</sup> Variabilidade intrínseca ao sujeito, por exemplo, variações de humor (Idem).



O questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica, cujo preenchimento era baseado em informações clínicas registadas no processo, por exemplo, o diagnóstico médico (inicial) e o programa psicofarmacológico prescrito, envolveu a leitura da mesma fonte calendarizada em dois tempo, ao início e no final das três semanas, tempo definido para a realização do programa, com o propósito de conferir a actualização da tabela terapêutica, uma vez que esta poderia variar conforme os resultados da avaliação médica do estado clínico do doente.

Após a entrevista de verificação dos critérios, era marcado um outro encontro individual com o propósito de aplicar os instrumentos BPRS e STAXI-2.

Para cada par de doentes do grupo experimental com critérios de entrada era marcado um encontro para a explicação do programa de AAA (cão) e uma entrevista final para a aplicação dos instrumentos referidos anteriormente.

Aos pares de doentes do grupo de controlo também com critérios de entrada apenas seria dito que iria ser realizado um próximo encontro após três semanas, a fim de se aplicarem os mesmos instrumentos.

Todos os encontros formais foram calendarizados com os doentes e realizados num gabinete de consulta disponível no momento da avaliação. A sua programação foi facilitada pela acessibilidade e disponibilidade dos doentes hospitalizados.

### ***Observação dos comportamentos durante as sessões***

Para a observação dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes em interacção com o seu par e com o animal (26 doentes do grupo experimental) durante a realização do programa foi feito o registo de 208 sessões (15 minutos cada sessão) em câmara de filmar.

O registo das sessões foi realizado em câmara de vídeo digital de alta definição HVR-V1E da *Sony*, câmara que usa um sensor *tri-CMOS*, com gravação em fita de cassete Hi8 P590 HMP: 90 minutos. O seu conteúdo foi entretanto copiado para cassetes VHS da *Sony* de 120 minutos e posteriormente transferido para o computador através do programa *United Broadway*. Visto que a informação iria sobrecarregar o mesmo, optou-se por passar os filmes para CD-R.

### ***Procedimentos formais e éticos***

A fim de respeitar os princípios éticos descritos por Kantowitz *et al.* (2006) foram desenvolvidos vários procedimentos. Por exemplo, para o cumprimento do princípio Aprovação Institucional, foi realizado um pedido de autorização formal dirigido ao Presidente do Conselho de Administração dos HUC (Anexo 10). Quanto ao princípio do

Consentimento Livre e Esclarecido, a cada doente seleccionado foram transmitidas as informações acerca do programa e solicitado por escrito o seu consentimento informado para gravação das sessões (Anexo 11), particularmente, aos doentes do grupo experimental. De modo a respeitar o princípio da Voluntariedade de participar no estudo, foi dada a garantia aos doentes seleccionados da sua liberdade para desistirem ou de se recusarem a participar sem qualquer prejuízo para os próprios. Para preservar o princípio do Sigilo, o investigador transmitiu aos participantes o cumprimento dos critérios de anonimato dos dados e informações obtidas.

Por fim, para respeitar os princípios preconizados no regulamento internacional (Delta Society, 1992) para protecção e segurança dos intervenientes, tanto dos pares como do animal, foram respeitadas as condições previstas, anteriormente descritas.

## **2.6 – Tratamento e análise de dados**

Tendo em conta os propósitos deste estudo, centrados a) na avaliação da eficácia do programa Actividades Assistidas por Animais na prevenção da violência: Hipóteses 1, 2 e 3 (pp. 175-176) e b) na eficácia desse programa na promoção dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes internados em contexto psiquiátrico: Hipótese 4 (p. 176), organizou-se os resultados em duas partes.

### ***a) Tratamento e análise dos dados relativos à avaliação da eficácia do programa AAA na prevenção da violência***

A avaliação da eficácia do programa de intervenção AAA (cão) na prevenção da violência foi baseada no tratamento e análise de dados obtidos através dos instrumentos de colheita de dados: SOAS-R, BPRS e STAXI-2, no sentido de testar as três primeiras hipóteses formuladas no âmbito deste estudo.

Relativamente ao tratamento e análise dos dados obtidos através da SOAS-R, que possibilitou a avaliação dos comportamentos agressivos registados durante o período de 3 semanas, foram utilizados os seguintes procedimentos: cálculo da média (M) e desvio padrão (DP); testes de diferenças de proporções, no caso o *Qui-quadrado* (ou em alternativa o teste exacto de *Fisher*), usado para a análise de diferenças entre as frequências observadas nos dois grupos quanto à ocorrência e à natureza dos comportamentos agressivos; e o teste *U Mann-Whitney* para a análise comparativa da gravidade dos mesmos comportamentos.

O tratamento e análise dos dados obtidos através da BPRS e da STAXI-2 requereram o uso de testes comuns, tanto para a análise da comparação dos resultados

entre os grupos independentes (grupo experimental e grupo de controlo) baseada nas médias obtidas na avaliações inicial e na avaliação final, com o uso do *t*-teste para amostras independentes (*Independent Sample Test*), como para a análise da evolução dos resultados obtidos no mesmo grupo, assente nas diferenças de médias entre as avaliações inicial e final com o uso do *t*-teste para amostras emparelhadas (*Paired Sample Test*).

Relativamente ao instrumento BPRS, os dados analisados correspondiam, de acordo com a orientação prevista no respectivo manual (Ventura *et al.*, 1993) à pontuação global e ao Índice Psicótico, que consiste na soma da pontuação obtida nos itens 10: “Alucinações”, 11: “Alteração do conteúdo do pensamento” e 15: “Perturbações formais do pensamento”.

No que respeita aos dados obtidos através da aplicação do STAXI-2, foi utilizada a versão adaptada para Português, que é constituída por 54 itens, e foram analisados scores (média dos itens) obtidos nas 4 escalas (Ira Estado, Ira Traço, Ira Expressão e Ira Controlo), conforme se descreve no quadro seguinte.

Quadro 3.5 – Descrição de escalas do STAXI-2 (Spielberger *et al.*, 1999; versão adaptada por Marques *et al.*, 2007)

Escalas e sub-escalas	Nº de itens	Pontuação	Descrição
<b>Ira Estado (IE)</b>	15	15-60	Mede a intensidade dos sentimentos de ira e o nível do desejo de exprimir a ira que a pessoa apresenta num determinado momento (Itens de 1 a 15 inclusive).
<b>Ira Traço (IT)</b>	10	10-40	Mede a frequência de sentimentos de ira experimentados ao longo do tempo (Itens de 16 a 25, inclusive).
<b>Ira Expressão</b>	11	11-44	Mede a frequência de sentimentos de ira que são expressados por comportamentos agressivos verbais e físicos e contidos (Itens 27, 33, 35, 37, 43, 45, 47, 49, 53, 55 e 57).
<b>Ira Controlo</b>	18	18-72	Mede a frequência no controlo externo e interno da expressão de sentimentos de ira (Itens 26, 28, 29, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 41, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54 e 56).

***b) Tratamento e análise dos dados relativos à avaliação da eficácia do programa AAA na promoção de bem-estar sócio-emocional dos doentes***

A observação dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes durante as sessões foi realizada com o apoio do programa *The Observer* (4.1) e baseada no *etograma* atrás apresentado.

O uso do referido programa requereu a elaboração prévia de uma configuração (Anexo 12). Para a sua utilização, o investigador fez uma preparação prévia sob orientação de uma especialista do Departamento de Neuro-Comportamento, no IBMC, da

Universidade do Porto, tornando possível o registo da frequência e da duração dos comportamentos dos doentes definidos de acordo com os itens definidos no *etograma*. Essa informação foi posteriormente lançada em base de dados no programa SPSS 11.5 para análise estatística.

Considerando a informação obtida através da sua exploração descritiva e atendendo aos objectivos de análise da evolução dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes em interacção com o animal e com o seu par e ainda de análise da comparação dos comportamentos dos doentes em interacção com o seu par nas sessões com e sem o animal, foram desenvolvidos os seguintes procedimentos:

- Para observação dos comportamentos sócio-emocionais, aos 15 minutos de cada sessão filmada, foram retirados 3 minutos no início e 3 minutos no final. Assim, optou-se pela observação contínua de cada filme ao longo dos 9 minutos centrais, a fim de se minimizarem algumas interferências, por exemplo, as inerentes aos registos *fílmicos* e à separação do animal.

- Para a análise da evolução dos comportamentos dos doentes em interacção com o animal e/ou com o seu par, consideraram-se as médias da respectiva frequência e duração (em segundos) obtidas na fase inicial do programa (primeiras três sessões com animal) e na última fase do programa (últimas três sessões com o animal). Para analisar a evolução dos comportamentos nas duas sessões sem animal, compararam-se as respectivas médias obtidas em cada uma destas sessões.

Do ponto de vista inferencial, a análise baseou-se no *t-teste* para amostras emparelhadas e no teste *Wilcoxon*, em algumas análises complementares, nas quais se examinou a evolução em grupos específicos (amostras de pequena dimensão) definidos em função das variáveis socio-demográficas, clínicas e relativas à experiência e à expressão da ira.

- Para a análise comparativa dos comportamentos dos doentes em interacção com o seu par nas sessões com e sem o animal, consideraram-se as médias da respectiva frequência e duração (em segundos) obtidas nas seis sessões com animal e nas duas sessões sem o animal.

A análise inferencial das diferenças dos comportamentos nestes dois tipos de sessões baseou-se igualmente no *t-teste* para amostras emparelhadas (diferenças nos mesmos sujeitos), assim como se recorreu também ao teste de *Wilcoxon* para a análise discriminada das diferenças entre os grupos específicos definidos pelas variáveis socio-demográficas, clínicas e experiência e expressão da ira.

### **3 – RESULTADOS**

Na presente investigação, os participantes eram doentes hospitalizados em duas unidades psiquiátricas de curta duração, uma feminina e outra masculina, dum hospital central da zona centro. A amostra foi constituída por 52 elementos, 26 do grupo experimental e 26 do grupo de controlo.

Pretendeu-se avaliar a eficácia de um programa de intervenção baseado em Actividades Assistidas por Animais (AAA), neste caso um cão, na prevenção da violência e na promoção de bem-estar sócio-emocional dos doentes hospitalizados no referido contexto. Deste modo, decidiu-se pela apresentação dos resultados em duas partes distintas:

- Resultados inerentes à avaliação da eficácia do programa de intervenção na prevenção da violência.
- Resultados referentes à avaliação da eficácia do programa de intervenção na promoção do bem-estar sócio-emocional dos doentes.

#### **3.1 – Avaliação da eficácia do programa de AAA na prevenção da violência**

Considerando as variáveis critério estudadas: *Comportamentos agressivos*, *Sintomatologia psiquiátrica* e *Experiência e expressão de ira*, resolveu-se organizar os resultados de modo sucessivo. Para cada uma das variáveis faz-se a alusão ao que se pretendia avaliar e à forma como se procedeu à respectiva avaliação; a descrição dos resultados obtidos através dos respectivos processos e instrumentos de colheita de dados, terminando com uma síntese dos mesmos. É incluído também a referência aos testes estatísticos utilizados nas análises inferenciais realizadas.

##### **3.1.1 – Comportamentos agressivos**

Como foi referido no capítulo da metodologia, considerou-se importante estudar os comportamentos agressivos dos doentes incluídos nos dois grupos (Grupo experimental/grupo de controlo). Esta avaliação incluiu o registo da frequência, da natureza e da gravidade destes comportamentos, a partir da observação, durante o

período que durou programa de intervenção (3 semanas), realizada pelos enfermeiros que cuidavam destes doentes, e utilizando para o efeito a escala SOAS-R.

Os dados obtidos, conforme o Quadro 3.6, mostram que a maioria dos doentes, tanto do grupo experimental como do grupo de controlo (76.90 e 57.70%, respectivamente), não desenvolveu comportamentos agressivos.

Referenciando os doentes que desenvolveram comportamentos agressivos, verifica-se que foram em menor número do grupo experimental (6; 23.10%) do que do grupo de controlo (11; 42.30%); no entanto, os valores obtidos através do teste do *Qui-quadrado* não indicam a existência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Quadro 3.6 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto ao número de indivíduos que desenvolveu comportamentos agressivos

Comportamentos agressivos	Grupo Experimental (n=26)		Grupo de Controlo (n=26)		Teste de diferenças de proporções
	nº	%	nº	%	
Sim	6	23.10	11	42.30	$\chi^2_{(1)} = 2.185$ (p = .139)
Não	20	76.90	15	57.70	

### **Frequência**

Analisando em particular a frequência dos comportamentos agressivos nos doentes que apresentaram tais comportamentos (Quadro 3.7), verificou-se que os do grupo experimental (6; 100.00%) não repetiram comportamentos, o mesmo não se verificando no grupo de controlo, em que a maioria dos casos reincidiu (6; 54.50%). Esta diferença revela-se estatisticamente significativa através do teste *Fisher*<sup>93</sup> (p=.043).

Quadro 3.7 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto frequência (repetição) de comportamentos agressivos

Frequência	Grupo Experimental (n=6)		Grupo de Controlo (n=11)		Teste de diferenças de proporções
	nº	%	nº	%	
1	6	100.00	5	45.50	$\chi^2_{(1)} = 5.058$ (p=.025) <i>Fisher</i> p = .043*
> 1	-	.00	6	54.50	

\* Significativo para  $\alpha < .05$ .

<sup>93</sup> Teste mais adequado quando n < 20.

### Natureza

Relativamente à natureza dos comportamentos agressivos, procedeu-se à caracterização dos comportamentos que foram desenvolvidos pelos 17 sujeitos de ambos os grupos (Quadro 3.8). Essa caracterização baseou-se nas componentes enunciadas por Nijman *et al.* (1999b): precipitante da agressão, meios utilizados pelo doente, alvo da agressão, consequências dos incidentes e medidas utilizadas no controlo da agressão.

#### a) Precipitante da agressão

Relativamente ao precipitante da agressão, a maior parte dos sujeitos de ambos os grupos desenvolveram comportamentos agressivos cujo precipitante foi identificado em 83.30% do grupo experimental e 63.60% do grupo de controlo.

Nos 6 doentes que no grupo experimental manifestaram comportamentos agressivos, *outros doentes, ajuda na satisfação das necessidades fundamentais, negação de algo aos doentes pelos profissionais e ordem ao doente para toma de medicação* foram os precipitantes observados, destes, o mais observado foi a *negação de algo aos doentes pelos profissionais* (33.33%).

Nos 11 doentes que no grupo de controlo manifestaram comportamentos agressivos todos os precipitantes anteriormente descritos foram observados. Daqueles o mais observado foi a *negação de algo aos doentes pelos profissionais* (54.50%) seguindo-se a *ordem ao doente para toma de medicação* (45.50%).

Quadro 3.8 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto aos precipitantes das agressões, com pelo menos uma das agressões

Precipitantes da agressão	Grupo Experimental (n=6)		Grupo de Controlo (n=11)		Teste de diferenças de proporções
	nº	%	nº	%	
Precipitante Identificado	5	83.30	7	63.6	$\chi^2_{(1)} = .726$ (p=.394) Fisher p = .600
	1	16.70	4	36.40	
Tipos de provocação:					
<i>Outros doentes</i>					
Observado	1	16.70	2	18.20	$\chi^2_{(1)} = .006$ (p=.938) Fisher p = 1.000
Não observado	5	83.30	9	81.80	
<i>Ajuda na satisfação das necessidades fundamentais/ AVD</i>					
Observado	1	16.70	1	9.10	$\chi^2_{(1)} = .215$ (p=.643) Fisher p = 1.000
Não observado	5	83.30	10	90.90	
<i>Negação de algo aos doentes pelos profissionais</i>					
Observado	2	33.33	6	54.50	$\chi^2_{(1)} = .701$ (p=.402) Fisher p = .620
Não observado	4	66.67	5	45.50	
<i>Ordem ao doente para toma de medicação</i>					
Observado	1	16.70	5	45.50	$\chi^2_{(1)} = 1.409$ (p=.235) Fisher p = .333
Não observado	5	83.30	6	54.50	

*b) Meios utilizados pelo doente para cometer a agressão*

No que se refere aos meios utilizados pelos doentes (Quadro 3.9), a *agressão verbal* foi utilizado pela maioria dos sujeitos de ambos os grupos (83.30% do grupo experimental e 100.00% do grupo de controlo). As *partes do corpo* ou *objectos* foram utilizados por menos proporção de sujeitos do grupo experimental (33.30%) do que por sujeitos do grupo de controlo (72.70%). Contudo, as diferenças de proporções registadas para ambos os meios utilizados não se evidenciaram como estatisticamente significativas.

Quadro 3.9 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto aos meios utilizados pelo doente para cometer as agressões

Meios utilizados		Grupo Experimental (n=6)		Grupo de Controlo (n=11)		Teste de diferenças de proporções
		nº	%	nº	%	
<i>Verbal</i>	Observado	5	83.30	11	100.00	$\chi^2_{(1)} = 1.948$ (p=.163) <i>Fisher p</i> = .353
	Não observado	1	16.70	-	.00	
<i>Partes do corpo ou objectos</i>	Observado	2	33.30	8	72.70	$\chi^2_{(1)} = 2.487$ (p=.115) <i>Fisher p</i> = .162
	Não observado	4	66.70	3	27.30	

*c) Alvo da agressão*

No que se refere ao alvo da agressão (Quadro 3.10), os “Enfermeiros” foram o alvo atingido por maior proporção de sujeitos de ambos os grupos (83.30% do grupo experimental e 90.90% do grupo de controlo). Outros indivíduos presentes (*doentes+outros profissionais+ familiares e amigos*) foram um alvo atingido por um número relativamente menor de sujeitos do grupo experimental (16.70%), comparando com os do grupo de controlo (63.60%), estando esta diferença no limiar da significância (*Fisher p*= .050).

Quadro 3.10 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto ao alvo das agressões

Alvo da agressão		Grupo Experimental (n=6)		Grupo de Controlo (n=11)		Teste de diferenças de proporções
		nº	%	nº	%	
<i>Enfermeiros</i>	Observado	5	83.30	10	90.90	$\chi^2_{(1)} = .215$ (p=.643) <i>Fisher p</i> = 1.000
	Não observado	1	16.70	1	9.10	
<i>Outros (doentes+outros profissionais+ familiares/amigos e objectos)</i>	Observado	1	16.70	8	72.70	$\chi^2_{(1)} = 4.898$ (p=.027) <i>Fisher p</i> = .050
	Não observado	5	83.30	3	27.30	



*d) Consequências para a vítima*

Em relação às consequências dos incidentes para a vítima (Quadro 3.11), no grupo experimental observou-se menor percentagem de doentes em que as agressões tiveram consequências nas *pessoas* (16.70%) do que no grupo de controlo (72.70%), situando-se esta diferença no limiar da significância estatística (*Fisher*  $p=.050$ ). As consequências para os *objectos* foram observadas numa minoria dos sujeitos do grupo experimental (16.70%) e não se observaram no grupo de controlo.

Quadro 3.11 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto às consequências das agressões para as vítimas

Consequências		Grupo Experimental (n=6)		Grupo de Controlo (n=11)		Teste de diferenças de proporções
		nº	%	nº	%	
<i>Nas Pessoas</i>	Observado	1	16.70	8	72.70	$\chi^2_{(1)} = 4.898$ ( $p=.027$ ) <i>Fisher</i> $p = .050$
	Não observado	5	83.30	3	27.30	
<i>Nos Objectos</i>	Observado	1	16.70	-	.00	$\chi^2_{(1)} = 1.948$ ( $p=.163$ ) <i>Fisher</i> $p = .353$
	Não observado	5	83.30	11	100.00	

*e) Medidas utilizadas no controlo da agressão*

Por fim, no que se refere às medidas utilizadas no controlo da agressão (Quadro 3.12), foram utilizadas pelos profissionais medidas não restritivas, restritivas e farmacológicas. As medidas não restritivas foram mais utilizadas perante os sujeitos do grupo experimental (83.30%), enquanto que as medidas restritivas e as farmacológicas foram mais utilizadas nos sujeitos do grupo controlo (72.70% para ambos os casos). Entre as diferentes medidas utilizadas, verificou-se que as farmacológicas (*administração de medicação*) foram menos utilizadas em sujeitos do grupo de experimental (16.70%) do que em sujeitos do grupo de controlo (72.70%), diferença no limiar da significância estatística (*Fisher*  $p=.050$ ).

Quadro 3.12 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto às medidas utilizadas para controlo de agressão

Medidas utilizadas	Grupo Experimental (n=6)		Grupo de Controlo (n=11)		Teste de diferenças de proporções
	nº	%	nº	%	
<i>Medidas não restritivas</i>					
Observado	5	83.30	6	54.50	$\chi^2_{(1)} = 1.409$ (p=.235) <i>Fisher p = .333</i>
Não observado	1	16.70	5	45.50	
<i>Medidas restritivas</i>					
Observado	2	33.30	8	72.70	$\chi^2_{(1)} = 2.487$ (p=.115) <i>Fisher p = .162</i>
Não observado	4	66.70	3	27.30	
<i>Administração de medicação</i>					
Observado	1	16.70	8	72.70	$\chi^2_{(1)} = 4.898$ (p=.027) <i>Fisher p = .050</i>
Não observado	5	83.30	3	27.30	

### **Gravidade**

No que se refere à gravidade dos comportamentos agressivos (Quadro 3.13), a mesma foi avaliada com base nos scores atribuídos aos vários itens da escala SOAS-R (Nijman, 1999b) e à Escala Visual Analógica da gravidade (VAS). Considerando-se nos doentes com mais do que um comportamento agressivo aquele com pontuações mais elevadas. Deste modo, segundo a classificação de Heinz (2000), os resultados obtidos mostram que dos 6 sujeitos que desenvolveram comportamentos agressivos, do grupo experimental, 4 desenvolveram comportamentos de gravidade ligeira, 2 de gravidade moderada e nenhum de gravidade severa, enquanto que para os 11 doentes do grupo de controlo os resultados são diversos, predominando doentes com comportamentos moderados (6, 54.50%) e severos (4, 36.40%), sendo estas diferenças entre os grupos estatisticamente significativas (*Fisher p*=.028).

Relativamente aos valores mais elevados registados com as SOAS-R e VAS: Gravidade, através da aplicação do teste *Mann-Whitney* evidenciam-se diferenças significativas e no limiar da significância (p=.015 e p=.050, respectivamente) no mesmo sentido de que os doentes do grupo de controlo registaram em maior proporção os comportamentos agressivos mais graves.

Quadro 3.13 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à gravidade dos incidentes agressivos

Gravidade		Grupo Experimental (n=6)		Grupo de Controlo (n=11)		Testes de diferenças entre grupos
		nº	%	nº	%	
Classificação (Heinz, 2000)	Ligeira	4	66.70	1	9.10	$\chi^2_{(1)} = 6.199$ (p=.013) a) Fisher p = .028* a)
	Moderada	2	33.30	6	54.50	
	Severa	-	.00	4	36.40	
		Média	DP	Média	DP	
SOAS-R (Nijman, 1999)		6.33	5.35	14.18	4.95	Mann-Whitney U = 9.000 p = .015*
VAS		39.17	11.14	66.36	7.26	Mann-Whitney U = 14,000 p = .050

a) Calculado com base na fusão dos níveis de gravidade moderada e severa.

\*Significativo para  $\alpha < .05$ .

Em **síntese**, verifica-se algumas diferenças significativas entre os dois grupos ao nível da frequência, natureza e gravidade dos comportamentos agressivos. Por exemplo, houve menos sujeitos no grupo experimental do que no grupo de controlo a desenvolverem comportamentos agressivos, 6 para 11.

Quanto à frequência, no grupo experimental nenhum dos 6 sujeitos teve mais do que um comportamento agressivo, enquanto no grupo de controlo a maioria reincidiu, tendo esta diferença significância estatística.

Quanto à natureza, pode-se dizer que os resultados obtidos foram semelhantes em quase todas as componentes, excepto para a componente inerente às consequências para as vítimas, tendo-se verificado que os comportamentos agressivos que produziram consequências para as pessoas foram relativamente menos frequentes nos doentes do grupo experimental, também com significado estatístico.

Em relação às medidas de controlo foi utilizada a *administração de medicação* numa proporção menor no grupo experimental, com a diferença no limiar da significância.

Quanto à gravidade dos incidentes, os resultados indicam que nos doentes do grupo experimental em que foram observados comportamentos agressivos, estes foram de menor gravidade.

Assim, os resultados, embora não se possam considerar conclusivos, vão no sentido dos estudos efectuados, indicando que as AAA (cão) podem influenciar positivamente, na prevenção dos incidentes agressivos diminuindo a frequência, favorecendo a natureza e diminuindo a gravidade dos comportamentos agressivos dos doentes internados em contexto psiquiátrico.

### 3.1.2 – Sintomatologia psiquiátrica

A avaliação da sintomatologia psiquiátrica dos dois grupos (experimental e de controlo) que participaram no estudo foi baseada na comparação dos resultados obtidos inter e intragrupos, na avaliação inicial e na avaliação final, tendo como referência os valores médios da pontuação global da BPRS e do Índice Psicótico. Tal como foi referido na metodologia, para comparação intergrupos foi utilizado o t-teste para amostras independentes e para a comparação dos resultados intragrupos com vista a avaliação da evolução da sintomatologia foi aplicado o t-teste para amostras emparelhadas.

#### BPRS

No que se refere à comparação intergrupos, isto é, a comparação das médias obtidas entre os grupos a partir da pontuação global da BPRS (Quadro 3.14 e Gráfico) tanto na avaliação inicial como na avaliação final, constata-se que o grupo experimental apresentou médias superiores (M=55.92, DP=12.42; M=39.35, DP=8.29, respectivamente) às do grupo de controlo (M=50.73, DP=11.73; M=37.96, DP=10.71, respectivamente), embora sem estas diferenças chegarem a ser estatisticamente significativas. No que diz respeito à avaliação intragrupos, ou seja, a comparação das médias obtidas em cada grupo, na avaliação inicial e na avaliação final, observa-se que ambos os grupos apresentaram diferenças de médias estatisticamente significativas ( $p=.000$ ), evidenciando uma evolução positiva da situação clínica.

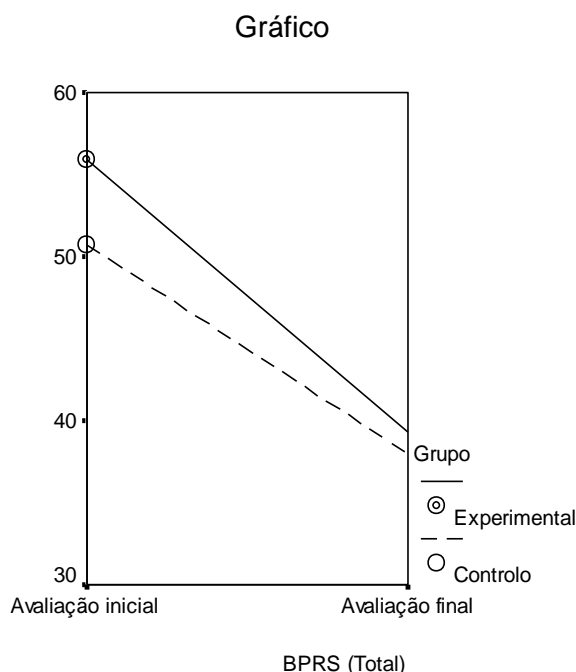
Comparando a evolução nos dois grupos, as diferenças registadas não são significativas.

Quadro 3.14 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Sintomatologia Psiquiátrica

BPRS: Pontuação global	Grupo Experimental (n=26)		Grupo de Controlo (n=26)		Teste de diferenças entre grupos a)
	Média	DP	Média	DP	
Avaliação inicial	55.92	12.42	50.73	11.31	$t_{(50)} = 1.576$ ( $p = .121$ )
Avaliação final	39.35	8.29	37.96	10.71	$t_{(50)} = .521$ ( $p = .605$ )
Teste de diferenças entre avaliações b)	$t_{(25)} = 6.854$ ( $p = .000$ )**		$t_{(25)} = 5.340$ ( $p = .000$ )**		
Evolução * Grupo a)	-16.58	12.33	-12.77	12.19	$t_{(50)} = -1.120$ ( $p = .268$ )

a) *t*-teste para amostras independentes; b) *t*-teste para amostras emparelhadas.

\*\*Significativo para  $\alpha < .01$ .



### **Índice Psíquico**

Relativamente ao Índice psíquico (Quadro 3.15 e Gráfico), seguindo a mesma metodologia, no que se refere à comparação intergrupos, constata-se que ambos os grupos apresentaram valores médios aproximados, tanto na avaliação inicial (grupo experimental:  $M=8.77$ ,  $DP=4.42$ ; grupo de controlo:  $M=8.58$ ,  $DP=4.78$ ) como na avaliação final (grupo experimental:  $M=5.35$ ,  $DP=3.42$ ; grupo de controlo:  $M=5.19$ ,  $DP=3.36$ ), não se verificando diferenças estatisticamente significativas. Quanto à avaliação intra grupo, tendo em conta os scores obtidos na avaliação inicial e na avaliação final, também se observa que ambos os grupos apresentaram diferenças significativas ( $p=.000$ ), no sentido de uma melhoria sintomática.

Porém esta evolução foi muito semelhante entre os dois grupos ( $p=.970$ ).

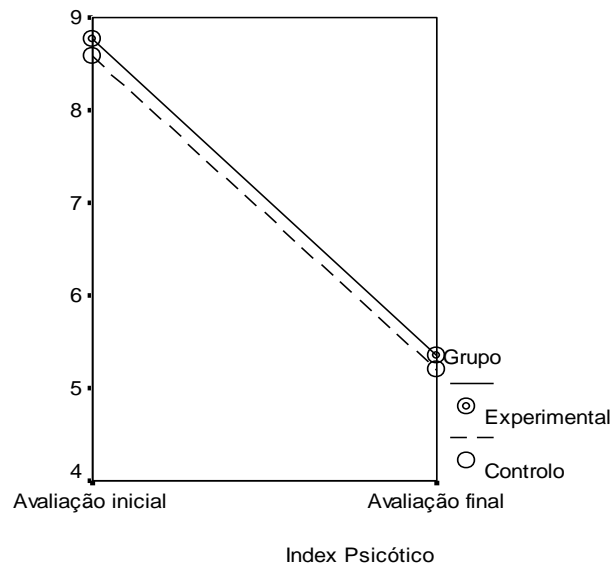
Quadro 3.15 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto ao Índice Psíquico.

BPRS: Índice Psíquico	Grupo Experimental (n=26)		Grupo de Controlo (n=26)		Teste de diferenças entre grupos a)
	Média	DP	Média	DP	
Avaliação inicial	8.77	4.42	8.58	4.78	$t_{(50)} = .151$ ( $p = .881$ )
Avaliação final	5.35	3.42	5.19	3.36	$t_{(50)} = .164$ ( $p = .871$ )
Teste de diferenças entre avaliações b)	$t_{(25)} = 5.288$ ( $p = .000$ )**		$t_{(25)} = 4.325$ ( $p = .000$ )**		
Evolução * Grupo a)	3.42	3.30	3.38	3.99	$t_{(50)} = .038$ ( $p = .970$ )

a) t-teste para amostras independentes; b) t-teste para amostras emparelhadas.

\*\*Significativo para  $\alpha < .01$ .

Gráfico



Em **síntese**, ao nível da sintomatologia psiquiátrica, os resultados indicam que os grupos são equivalentes tanto na avaliação inicial como na avaliação final.

Assim, os resultados não corroboram a hipótese formulada de que as AAA (cão) influenciam positivamente a diminuição da sintomatologia psiquiátrica. A evolução observada dever-se-á aos processos de tratamento normalmente instituídos.

### 3.1.3 – *Experiência e Expressão da Ira*

A avaliação da Experiência e Expressão da Ira dos dois grupos que participaram no estudo foi baseada na comparação inter e intragrupos, consoante os resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final, tendo como referência os valores médios da pontuação obtida em cada uma das escalas que incluem o STAXI-2 (adaptado): Ira Estado, Ira traço, Ira Expressão, Ira Controlo.

#### ***Ira Estado***

No que diz respeito à avaliação da Ira Estado (Quadro 3.16 e Gráfico), quanto à comparação intergrupos, relativamente à pontuação global, na avaliação inicial, o grupo experimental apresentou uma média superior ( $M=23.27$ ,  $DP=10.96$ ) à do grupo de controlo ( $M=21.04$ ,  $DP=5.34$ ); na avaliação final, verifica-se o contrário, o grupo de experimental apresentou uma média ligeiramente inferior ( $M=18.08$ ,  $DP=5.10$ ) em relação à do grupo de controlo ( $M=18.88$ ,  $DP=4.38$ ).

No que se refere à evolução intragrupos, ou seja, comparação das médias das avaliações inicial e final de cada grupo, verifica-se que o grupo experimental apresentou uma diferença de médias superior e estatisticamente significativa ( $p=.010$ ).

Todavia, comparando a evolução nos dois grupos, essa diferença não assume, significado estatístico ( $p=.170$ ).

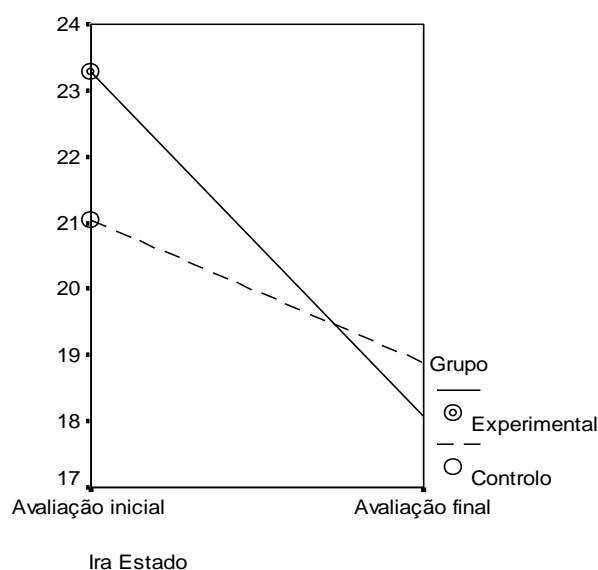
Quadro 3.16 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Ira Estado

STAXI-2: Estado	Grupo Experimental (n=26)		Grupo de Controlo (n=26)		Teste de diferenças entre grupos a)
	Média	DP	Média	DP	
Avaliação inicial	23.27	10.96	21.04	5.34	$t_{(50)} = .933$ ( $p = .355$ )
Avaliação final	18.08	5.10	18.88	4.38	$t_{(50)} = -.612$ ( $p = .543$ )
Teste de diferenças entre avaliações b)	$t_{(25)} = 2.794$ ( $p = .010$ )*		$t_{(25)} = 1.875$ ( $p = .072$ )		
Evolução * Grupo a)	-5.19	9.47	-2.15	5.86	$t_{(50)} = -1.391$ ( $p = .170$ )

a) t-teste para amostras independentes; b) t-teste para amostras emparelhadas.

\*Significativo para  $\alpha < .05$ .

Gráfico



### Ira Traço

Relativamente à avaliação da Ira Traço (Quadro 3.17 e Gráfico), no que se refere à comparação intergrupos, a pontuação global obtida na avaliação inicial revela que o grupo experimental tinha uma média ligeiramente superior ( $M=18.00$ ,  $DP=5.54$ ) à do grupo de controlo ( $M=17.92$ ,  $DP=3.72$ ). Na avaliação final, também se verifica uma média superior no grupo experimental em relação ao grupo de controlo ( $M=17.27$ ,  $DP=4.12$ ;  $M=15.77$ ,  $DP=5.76$ , respectivamente).

Estas diferenças não são, no entanto, em nenhum dos grupos significativas do ponto de vista estatístico.

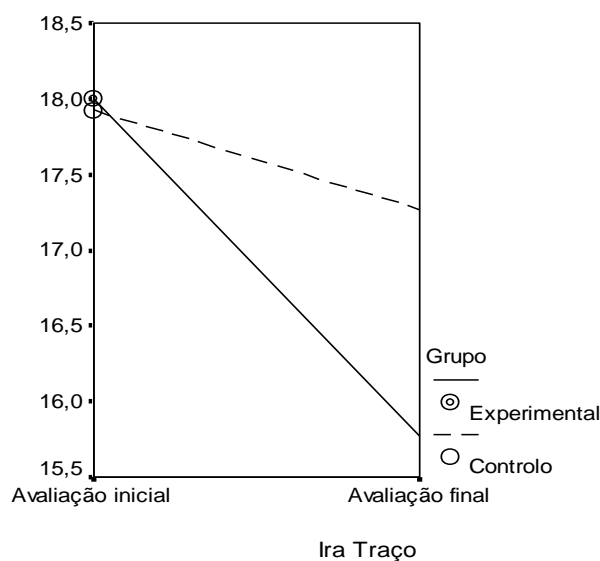
Quanto à avaliação intragrupos, os resultados obtidos sugerem maior decréscimo entre sujeitos do grupo experimental, sem todavia chegar a ter significado estatístico ( $p=.086$ ), para o nível de significância tido como referência ( $\alpha = .05$ ).

Quadro 3.17 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Ira Traço

STAXI-2:Traço	Grupo Experimental (n=26)		Grupo de Controlo (n=26)		Teste de diferenças entre grupos a)
	Média	DP	Média	DP	
Avaliação inicial	18.00	5.54	17.92	3.72	$t_{(50)} = .059$ ( $p = .953$ )
Avaliação final	15.77	5.76	17.27	4.12	$t_{(50)} = -1.079$ ( $p = .286$ )
Teste de diferenças entre avaliações b)	$t_{(25)} = 1.787$ ( $p = .086$ )		$t_{(25)} = .950$ ( $p = .351$ )		
Evolução * Grupo a)	-2.23	6.36	-65	3.51	$t_{(50)} = -1.106$ ( $p = .274$ )

a) t-teste para amostras independentes; b) t-teste para amostras emparelhadas.

Gráfico



### Ira Expressão

Comparando os grupos, quanto à pontuação obtida na escala “Ira Expressão” (Quadro 3.18 e Gráfico), na avaliação inicial, constata-se que o grupo experimental apresentou uma média ligeiramente inferior ao grupo de controlo ( $M=23.27$ ,  $DP=5.48$ ;  $M=24.85$ ,  $DP=7.48$ , respectivamente). Na avaliação final, as diferenças observadas vão no mesmo sentido, sem em nenhuma das avaliações chegarem a ser estatisticamente significativas.



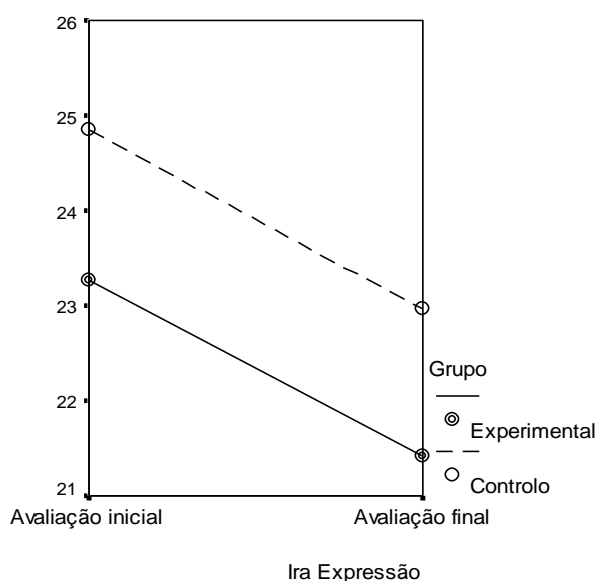
No que diz respeito à avaliação intragrupos, as médias da avaliação inicial de ambos os grupos são superiores às da avaliação final, também sem se verificar diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 3.18 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Ira Expressão

STAXI-2: Ira Expressão	Grupo Experimental (n=26)		Grupo de Controlo (n=26)		Teste de diferenças entre grupos a)
	Média	DP	Média	DP	
Avaliação inicial	23.27	5.48	24.85	7.48	$t_{(50)} = -.867$ ( $p = .390$ )
Avaliação final	21.42	5.74	22.96	5.14	$t_{(50)} = -1.018$ ( $p = .313$ )
Teste de diferenças entre avaliações b)	$t_{(25)} = 1.313$ ( $p = .201$ )		$t_{(25)} = 1.544$ ( $p = .135$ )		
Evolução * Grupo a)	-1.85	7.17	-1.88	6.22	$t_{(50)} = -.021$ ( $p = .984$ )

a) t-teste para amostras independentes; b) t-teste para amostras emparelhadas.

Gráfico



### Ira Controlo

Comparando os grupos, quanto à pontuação obtida na escala “Controlo da Ira” (Quadro 3.19 e Gráfico), na avaliação inicial, o grupo experimental apresentou uma média inferior ( $M=42.69$ ,  $DP=11.95$ ) à média do grupo de controlo ( $M=44.96$ ,  $DP=11.17$ ); e na avaliação final, pelo contrário, o grupo experimental apresentou uma média ligeiramente superior ( $M=43.31$ ,  $DP=10.40$ ) à do grupo de controlo ( $M=43.04$ ,  $DP=7.98$ ).

No que se refere às diferenças das médias entre as avaliações, o grupo experimental apresentou uma diferença inferior ao grupo de controlo, mas positiva ( $M=.62$ ,  $DP=10.73$ ). Contudo, em nenhum dos grupos se verifica a evolução ser

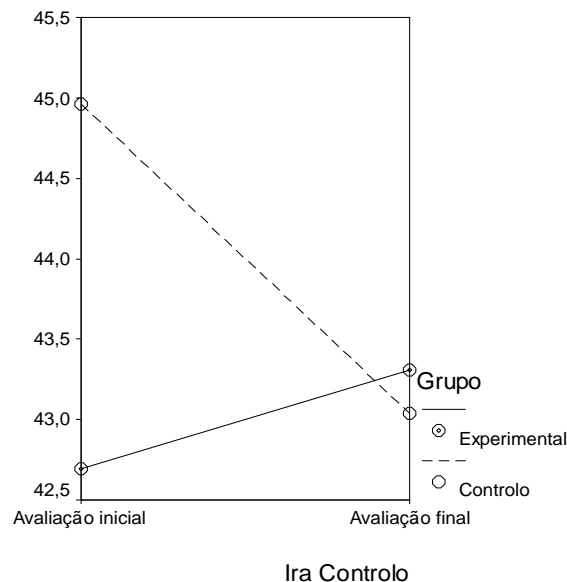
estatisticamente significativa. De igual modo, também a diferença da evolução entre os grupos não se revela significativa.

Quadro 3.19 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Ira Controlo

STAXI-2: Ira Controlo	Grupo Experimental (n=26)		Grupo de Controlo (n=26)		Teste de diferenças entre grupos a)
	Média	DP	Média	DP	
Avaliação inicial	42.69	11.95	44.96	11.17	$t_{(50)} = -.708$ (p = .483)
Avaliação final	43.31	10.40	43.04	7.98	$t_{(50)} = -.105$ (p = .917)
Teste de diferenças entre avaliações b)	$t_{(25)} = -.292$ (p = .772)		$t_{(25)} = .881$ (p = .387)		
Evolução * Grupo a)	.62	10.73	-1.92	11.13	$t_{(50)} = .837$ (p = .406)

a) *t*-teste para amostras independentes; b) *t*-teste para amostras emparelhadas.

Gráfico



Em termos de **síntese**, ao nível das diferentes escalas que compreendem o STAXI-2 (adaptado): Ira Estado, Ira Traço, Ira Expressão e Ira Controlo, os resultados indicam que os grupos não diferem significativamente tanto na avaliação inicial como na avaliação final. No entanto, poder-se-á realçar os resultados obtidos pelo grupo experimental ao nível da “Ira Estado”, no sentido da evolução para um estado menor de ira. Outro aspecto é que o “controlo da ira” aumentou no caso do grupo experimental enquanto no grupo de controlo teve uma evolução inversa.

Assim, embora se observem algumas diferenças relevantes entre os dois grupos, os dados recolhidos não constituem evidência empírica de confirmação da hipótese formulada de que as AAA (cão) influenciam positivamente a expressão da emoção ira. Provavelmente o efeito maior sobre esta variável deve-se ao tratamento médico.

### **3.2 – Avaliação da eficácia do programa de AAA na promoção de bem-estar sócio-emocional dos doentes**

Procede-se de seguida à apreciação dos comportamentos sócio-emocionais observados nos doentes durante a realização do programa com Actividades Assistidas por Animais, neste caso por uma cadela.

Inicia-se pela análise da evolução dos comportamentos dos doentes ao longo do programa, de modo a salientar a influência hipotética deste tipo de programa de intervenção. Para realçar as diferenças comportamentais dos doentes nas sessões com e sem animal, é também efectuada uma análise comparativa dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes nestas duas situações.

Foram considerados os comportamentos previstos no *etograma* anteriormente descrito, tendo em conta a interacção dos doentes com o animal, com o seu par e, ainda, alguns comportamentos não dirigidos a nenhum destes protagonistas e que poderão ser considerados indiciadores de uma disposição de interacção.

A análise geral, quer da evolução dos comportamentos quer da comparação dos comportamentos em sessões com e sem o animal, será complementada com uma apreciação sumária das discrepâncias segundo algumas variáveis socio-demográficas, clínicas e a experiência e expressão da emoção de ira, baseada nos resultados que se apresentam em apêndices.

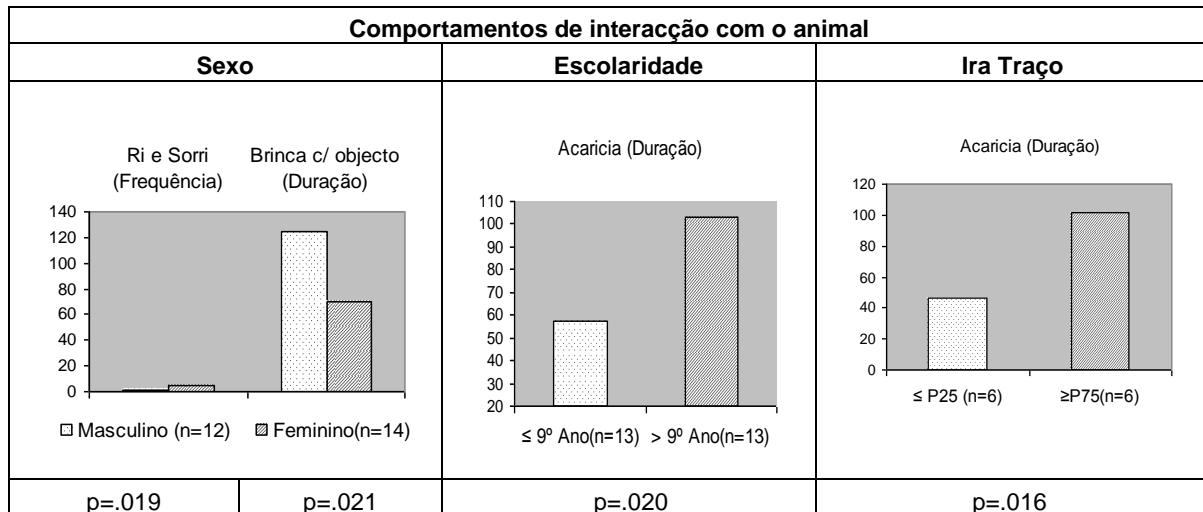
#### ***Atitude geral dos doentes nas sessões com o animal***

Antes de iniciar a apresentação e análise em dos comportamentos observados, é importante referir que os doentes que participaram no programa, de um modo geral, manifestaram uma atitude positiva, de interesse e de agrado, em desenvolver este tipo de experiência.

A análise dos comportamentos foi realizada considerando os doentes separadamente de acordo com as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira. Os resultados gerais são apresentados em Apêndice 1, reservando-se aqui uma apreciação exclusiva dos resultados estatisticamente significativos.

Nessa análise em grupos discriminados, verifica-se que os doentes com características socio-demográficas, clínicas e com modos extremos<sup>94</sup> de Experiência e Expressão de Ira distintos não diferiram significativamente na frequência e duração dos respectivos **comportamentos de interação com o animal**. São excepção (Figura 3.1), algumas diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) observadas, no sentido em que as mulheres riem e sorriem com maior frequência; os homens brincam com o animal mais tempo utilizando objectos e os doentes com mais escolaridade acariciam durante mais tempo os animais, tal como os doentes com o scores de Ira Traço mais elevados.

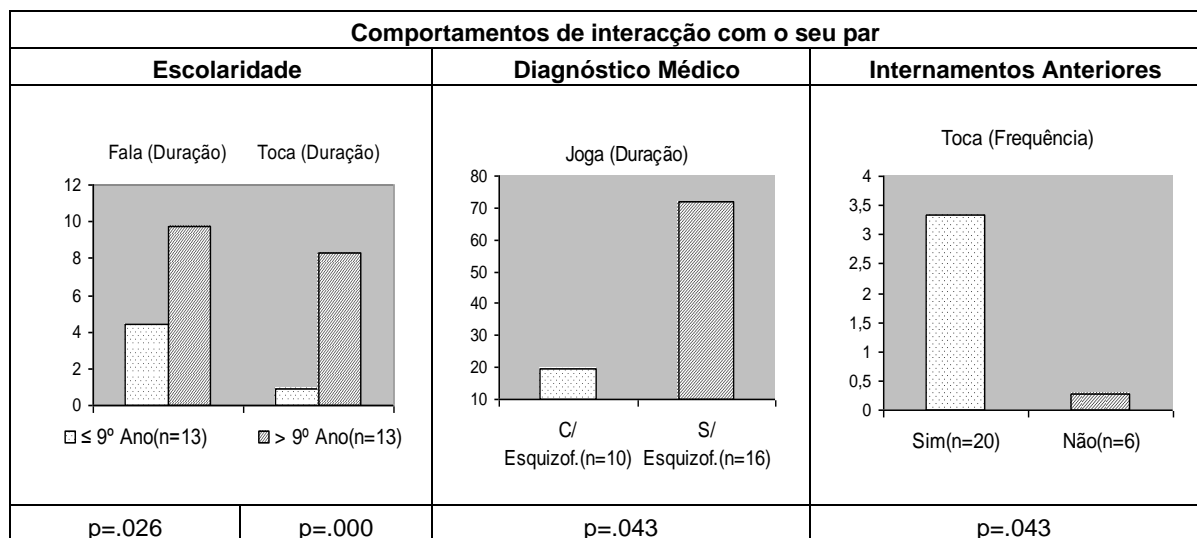
Figura 3.1 – Comportamentos dos doentes de interação com o animal com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste *U* de *Mann-Whitney*) nas categorias das variáveis sócio demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira



Também ao nível dos **comportamentos de interação com o seu par**, as diferenças de comportamentos conforme as variáveis socio-demográficas e clínicas e Experiência e Expressão da Ira são pouco marcadas. No caso das primeiras duas variáveis (Figura 3.2), salienta-se que os doentes com maior escolaridade falam durante mais tempo ( $p < .05$ ) e tocam o par também durante mais tempo; os doentes sem esquizofrenia registam comportamentos de jogo com o outro durante mais tempo e os doentes com internamentos anteriores tocam o par com maior frequência.

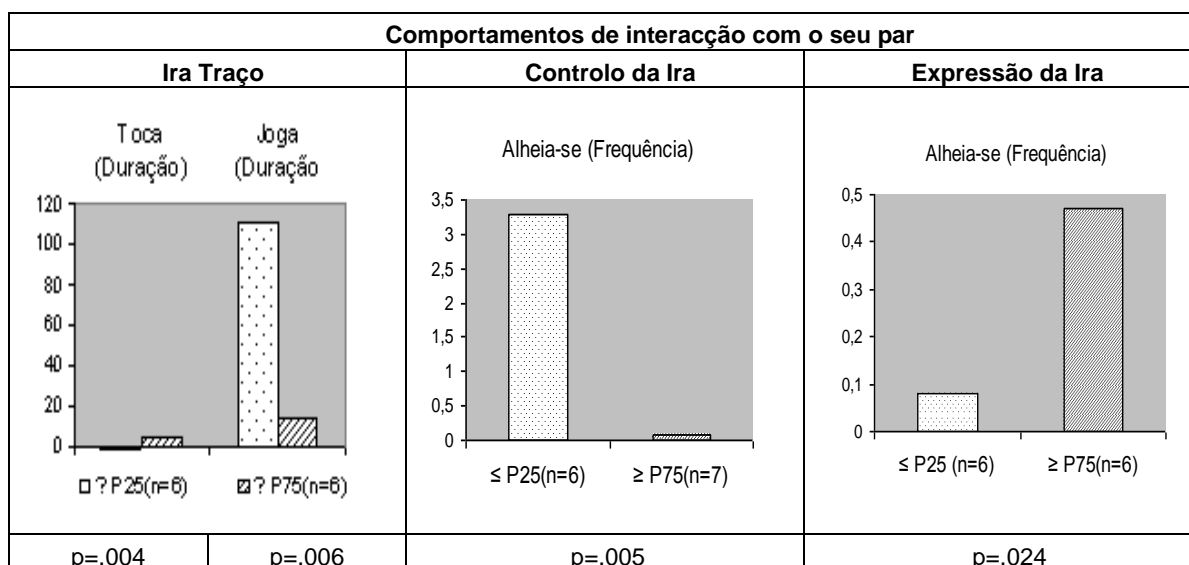
<sup>94</sup> Consideraram-se dois grupos extremos: um que inclui os doentes em que se observaram os 25% dos valores mais baixos ( $\leq$  Percentil 25) e o outro que inclui os doentes em que se observaram os 25% dos valores mais elevados ( $\geq$  Percentil 75).

Figura 3.2 – Comportamentos dos doentes de interação com o seu par com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste *U* de *Mann-Whitney*) nas categorias das variáveis sócio demográficas e clínicas



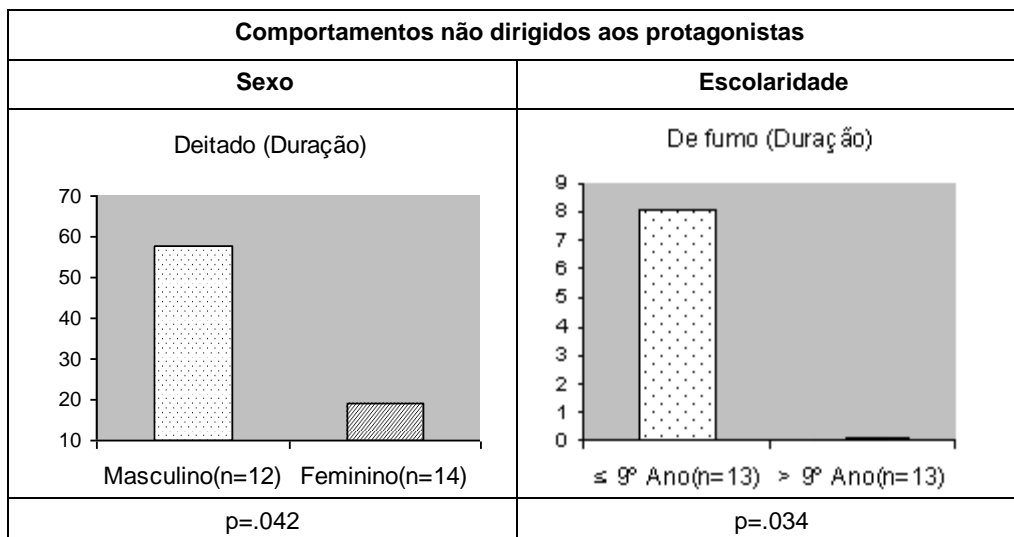
No que se refere às categorias da variável Experiência e Expressão da Ira (Figura 3.3), as diferenças de comportamentos são igualmente pouco marcadas, revelando-se que os doentes com *scores* mais elevados de Ira Traço tocam durante mais tempo mas jogam menos tempo; os doentes com *scores* mais baixos de Controlo da Ira alheiam-se mais vezes, assim como os com *scores* mais elevados de Expressão da Ira.

Figura 3.3 – Comportamentos dos doentes de interação com o seu par com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste *U* de *Mann-Whitney*) nas categorias da variável Experiência e Expressão da Ira



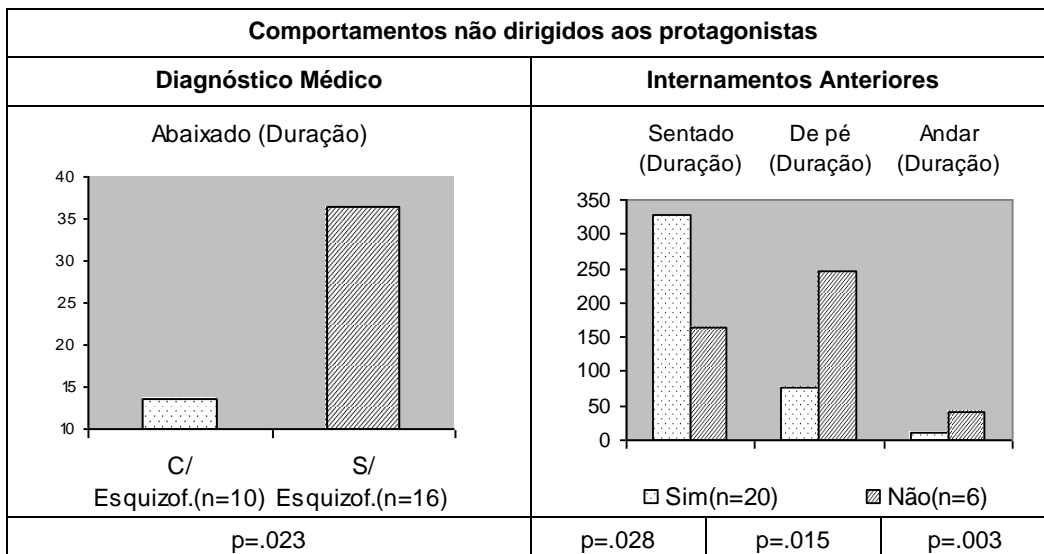
Quanto aos **comportamentos não dirigidos a nenhum dos protagonistas**, que poderão indiciar uma disposição de interação, as diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) situam-se ao nível de diferentes categorias referentes às variáveis sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira. No que se refere às variáveis socio-demográficas (Figura 3.4), as diferenças são no sentido de que os homens passam mais tempo deitados e os doentes com menos escolaridade fumam durante mais tempo.

Figura 3.4 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste *U* de *Mann-Whitney*) nas categorias das variáveis socio-demográficas



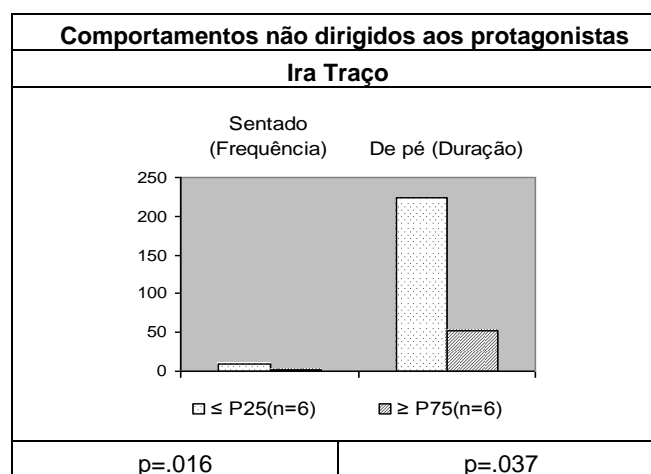
Quanto às características clínicas (Figura 3.5), as diferenças observadas são no sentido de que os doentes com diagnóstico de esquizofrenia adoptam uma posição de abaixado durante menos tempo e os doentes com internamentos anteriores passam mais tempo sentados e menos tempo de pé e a andar.

Figura 3.5 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste *U* de *Mann-Whitney*) nas categorias das variáveis clínicas



Relativamente à variável Experiência e Expressão da Ira (Figura 3.6), unicamente se verifica diferença estatisticamente significativa ( $p < .05$ ) na categoria Ira Traço, no sentido de que os doentes com scores mais baixos de Ira Traço sentam-se mais frequentemente e adoptam uma posição de pé durante mais tempo.

Figura 3.6 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com frequência e/ou duração significativamente diferente (teste *U* de *Mann-Whitney*) nas categorias da variável Experiência e Expressão de Ira



Tendo em conta as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, pese embora as diferenças registadas, não se revela nenhuma categoria de doentes que assuma nas sessões com animal um padrão de comportamentos claramente diferenciado.

### **3.2.1 – *Evolução dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes ao longo do programa***

Para a análise da evolução dos comportamentos durante a realização do programa, compararam-se estes nas primeiras três sessões com o animal com as últimas três sessões com o animal. Do mesmo modo, compararam-se os comportamentos na primeira sessão sem animal com os comportamentos na segunda sessão sem animal. Esta análise baseou-se no estudo das diferenças das respectivas médias no que respeita à frequência e duração (em segundos).

Após a análise realizada com a amostra global, realizou-se uma apreciação da evolução em grupos de doentes discriminados segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, cujos resultados se apresentam em Apêndice 2, cingindo-nos no corpo do relatório aos resultados estatisticamente significativos.

#### ***a) Comportamentos de interacção com o animal***

Analisando a evolução dos comportamentos dos doentes em interacção com o animal (Quadro 3.20), verifica-se que, de um modo geral, a frequência e duração dos comportamentos evoluíram positivamente no sentido de maior interacção. Todavia, esta evolução só se regista como estatisticamente significativa ( $p=.002$ ) no que se refere à duração do comportamento de aproximação.



Quadro 3.20 – Evolução dos comportamentos (média de frequência e de duração em segundos) dos doentes em interacção com o animal (n=26)

Comportamentos de interacção com o animal		Primeira parte		Última parte		t-teste para amostras emparelhadas	
		Média	DP	Média	DP		
<b>Fala</b>	Frequência	13.29	12.09	15.58	13.35	t <sub>(24)</sub> = .984 (p = .335)	
	Duração	29.62	30.61	34.13	43.20	t <sub>(24)</sub> = .543 (p = .592)	
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	2.64	2.59	3.19	4.70	t <sub>(24)</sub> = .916 (p = .369)	
	Duração	6.26	7.35	7.96	13.05	t <sub>(24)</sub> = 1.094 (p = .284)	
<b>Aproxima-se</b>	Frequência	31.01	10.79	31.42	12.41	t <sub>(24)</sub> = .193 (p = .848)	
	Duração	272.45	77.95	327.17	64.04	t <sub>(24)</sub> = 3.504 (p = .002) **	
<b>Acaricia</b>	Frequência	8.15	4.45	7.73	4.87	t <sub>(24)</sub> = -.402 (p = .691)	
	Duração	71.08	44.91	89.62	82.21	t <sub>(24)</sub> = 1.073 (p = .294)	
<b>Brinca</b>	- c/ objecto	Frequência	11.82	4.47	10.76	4.77	t <sub>(24)</sub> = -1.146 (p = .263)
	Duração	102.35	63.85	88.71	75.78	t <sub>(24)</sub> = -1.393 (p = .176)	
- s/ objecto	Frequência	1.43	3.05	2.23	4.81	t <sub>(24)</sub> = -.268 (p = .791)	
	Duração	4.30	9.15	6.69	14.42	t <sub>(24)</sub> = .859 (p = .398)	
<b>Afasta-se</b>	Frequência	.37	.95	.31	.45	t <sub>(24)</sub> = -.342 (p = .736)	
	Duração	.89	2.86	1.38	3.99	t <sub>(24)</sub> = 1.529 (p = .139)	

\*\*Significativo para  $\alpha = .01$ .

Figuras 3.7 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento de aproximação ao animal



**Análise em grupos discriminados segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira**

Tendo em conta as variáveis socio-demográficas e clínicas, assim como modos extremos ( $\leq P25$  e  $\geq P75$ ) Experiência e Expressão da Ira, as discrepâncias encontradas, em termos gerais, situam-se ao nível do pormenor, como a seguir se especifica, indicando os comportamentos com evolução significativa ( $p < .05$ ):

- Relativamente às **variáveis socio-demográficas** (Quadro 3.21), tendo em conta o sexo, os homens evoluem negativamente no tempo de “Fala”, assim como a frequência de “Brincar com objectos”; em contrapartida, as mulheres evoluem positivamente na frequência de “Fala” e no tempo de aproximação. Nos sujeitos mais novos sobressai a evolução no sentido de maior duração do comportamento de aproximação ao animal. Os doentes com mais escolaridade, embora evoluam no sentido de mais tempo de aproximação, também evoluem no sentido do aumento do tempo de afastamento. Todavia, o tempo de aproximação é largamente superior ao do afastamento (Quadro 3.20).

Quadro 3.21 – Comportamentos dos doentes de interação com o animal com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas

Comportamentos de interação com o animal		Sexo		Idade		Escolaridade	
		Masculino (n=12)	Feminino (n=14)	≤ 45 Anos (n=20)	> 45 Anos (n=6)	≤ 9º Ano (n=13)	> 9º Ano (n=13)
<b>Fala</b>	Frequência	...	(+) (p=.026)	...	...	...	...
	Duração	(-) (p=.033)	...	...	...	...	...
<b>Aproxima-se</b>	Duração	...	(+) (p=.011)	(+) (p=.003)	...	...	(+) (p=.013)
<b>Brinca</b> - c/ objecto	Frequência	(+) (p=.014)	...	...	...	...	...
<b>Afasta-se</b>	Duração	...	...	...	...	...	(+) (p=.028)

Sexo: Masculino (n=12)	Sexo: Feminino (n=14)	Escolaridade: > 9º Ano (n=13)
<p>Fala (Duração) Brinca c/ objecto (Frequência)</p> <p>□ Primeira parte    ■ Última parte</p>	<p>Fala (Frequência)</p> <p>□ Primeira parte    ■ Última parte</p>	<p>Afasta-se (Duração)</p> <p>□ Primeira parte    ■ Última parte</p>

A sombreado e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

- Quanto às **variáveis clínicas** (Quadro 3.22), verifica-se que os doentes com o diagnóstico de esquizofrenia evoluem no sentido mais negativo, em que se salienta a diminuição da frequência de “Fala” e da frequência e duração de “Brincar com objecto”;

em sentido contrário, os outros doentes evoluem positivamente na frequência de “Fala” e na duração do comportamento de aproximação. Os doentes com internamentos anteriores adoptam o comportamento de aproximação durante mais tempo, na última parte do programa, enquanto que os doentes que estão internados pela primeira vez, diminuem no tempo de “Fala”.

Quadro 3.22 – Comportamentos dos doentes de interacção com o animal com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias das variáveis clínicas

Comportamentos de interacção com o animal		Diagnóstico Médico		Internamentos Anteriores	
		C/ Esquizof. (n=10)	S/ Esquizof. (n=16)	Sim (n=20)	Não (n=6)
<b>Fala</b>	Frequência	( - ) (p=.025)	( + ) (p=.030)	...	...
	Duração	...	...	...	( - ) (p=.043)
<b>Aproxima-se</b>	Duração	...	( + ) (p=.017)	( + ) (p=.003)	...
<b>Brinca</b> - c/ objecto	Frequência	( - ) (p=.018)	...	...	...
	Duração	( - ) (p=.037)	...	...	...
<b>Diagnóstico Médico: C/ Esquizof. (n=10)</b>		<b>Diagnóstico Médico: S/ Esquizof. (n=16)</b>		<b>Internamentos Anteriores: Sim (n=6)</b>	

A sombreado e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

- Relativamente à **variável Experiência e Expressão da Ira** (Quadro 3.23), observa-se que os doentes com *scores* de Ira Traço mais baixos evoluem negativamente na duração dos comportamentos de rir e sorrir e positivamente no tempo de carícias ao animal. Por seu turno, os doentes com *scores* mais elevados de Controlo de Ira evoluem negativamente na frequência de comportamentos de brincar com o animal sem objecto. Os sujeitos com *scores* de Expressão da Ira mais elevados evoluem aumentando a frequência de “Fala” e diminuindo a frequência de carícias.

Quadro 3.23 – Comportamentos dos doentes de interação com o animal com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias da variável Experiência e Expressão da Ira

Comportamentos de interação com o animal		Ira Traço		Controlo da Ira		Expressão da Ira	
		≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=7)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)
<b>Fala</b>	Duração	...	...	...	...	...	(+) (p=.046)
<b>Ri e sorri</b>	Duração	(-) (p=.043)	...	...	...	...	...
<b>Acarícia</b>	Frequência	...	...	...	...	...	(-) (p=.028)
	Duração	(+) (p=.046)	...	...	...	...	...
<b>Brinca</b> - s/ objecto	Frequência	...	...	...	(-) (p=.042)	...	...

Ira Traço: ≤ P25 (n=6)	Controlo da Ira: ≥ P75 (n=7)	Expressão da Ira: ≥ P75 (n=7)

A sombreado e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

Em **síntese**, o que se salienta como mais relevante é a evolução significativa ( $p < .05$ ) no sentido de maior tempo de aproximação ao animal na última parte do programa, na amostra global; tendo em conta os grupos discriminados, o aumento do tempo de aproximação ao longo do programa observa-se também especificamente nos doentes do sexo feminino, com idade inferior a 45 anos, com mais escolaridade e sem o diagnóstico de esquizofrenia ou com história de internamentos anteriores. Nos doentes com o diagnóstico de esquizofrenia é marcante a evolução negativa da frequência do comportamento de “Fala” e frequência e duração do comportamento de “Brincar com objectos”.

**b) Comportamentos de interação com o seu par**

**Sessões com o animal**

Analisando a evolução dos comportamentos dos doentes em interação com o outro doente, seu par no programa, nas sessões com animal (Quadro 3.24), embora sendo estatisticamente significativas apenas a evolução positiva da frequência de rir e sorrir ( $p=.011$ ) e de duração no jogo ( $p=.049$ ), a tendência geral foi no sentido de um aumento da frequência e duração dos comportamentos positivos de interação e diminuição dos comportamentos negativos (alheamento, enfado e choro).

Quadro 3.24 – Evolução dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes de interação com o seu par, em sessões com animal (n=26)

Comportamentos de interação com o seu par		Primeira parte		Última parte		t-teste para amostras emparelhadas
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	3.12	3.39	3.27	3.45	$t_{(24)} = .232 (p = .818)$
	Duração	6.00	7.83	8.10	10.24	$t_{(24)} = 1.005 (p = .325)$
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	.50	.76	1.21	1.73	$t_{(24)} = 2.757 (p = .011) *$
	Duração	1.20	2.60	5.34	13.65	$t_{(24)} = 1.624 (p = .117)$
<b>Toca</b>	Frequência	2.18	3.66	3.09	4.81	$t_{(24)} = 1.468 (p = .155)$
	Duração	4.95	10.06	4.27	6.16	$t_{(24)} = -.405 (p = .689)$
<b>Joga</b>	Frequência	15.99	14.24	13.90	10.41	$t_{(24)} = -1.171 (p = .252)$
	Duração	43.17	46.94	60.74	77.71	$t_{(24)} = 2.070 (p = .049) *$
<b>Alheia-se</b>	Frequência	1.32	4.76	1.04	1.98	$t_{(24)} = -.434 (p = .668)$
	Duração	4.90	14.41	4.77	11.03	$t_{(24)} = -.046 (p = .963)$
<b>Enfado</b>	Frequência	1.45	1.79	1.37	1.52	$t_{(24)} = -.213 (p = .833)$
	Duração	3.87	8.18	2.49	2.36	$t_{(24)} = -.820 (p = .420)$
<b>Chora</b>	Frequência	.03	.09	.01	.07	$t_{(24)} = .570 (p = .574)$
	Duração	.80	3.90	.23	1.15	$t_{(24)} = -.718 (p = .479)$

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

Figura 3.8 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento “Ri e Sorri” em sessões com o animal



Figura 3.9 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento de “Jogo” em sessões com o animal



***Análise discriminada segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira***

Considerando as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, observam-se algumas discrepâncias que passamos a enunciar, referindo as diferenças que correspondem a uma evolução estatisticamente significativa ( $p < .05$ ):

- Quanto às **variáveis socio-demográficas** (Quadro 3.25), constata-se que nos homens se destaca a evolução no sentido do aumento na frequência e duração do comportamento de tocar; enquanto nas mulheres sobressai como significativo o aumento na frequência e duração de rir e sorrir e na duração do jogo. Nos doentes mais novos sobressai como significativo o aumento da duração de rir e sorrir, assim como o aumento da frequência do toque; enquanto nos doentes com mais idade, para além do aumento da frequência e duração do rir e sorrir, se destaca o aumento da duração do jogo. Nos doentes com maior grau de escolaridade também a frequência e duração do rir e sorrir aumentam, assim como a duração do jogo.

Quadro 3.25 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas

Comportamentos de interacção com o seu par		Sexo		Idade		Escolaridade	
		Masculino (n=12)	Feminino (n=14)	≤ 45 Anos (n=20)	> 45 Anos (n=6)	≤ 9º Ano (n=13)	> 9º Ano (n=13)
<b>Fala</b>	Duração	...	...	...	(+) (p=.043)	...	...
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	...	(+) (p=.006)	(+) (p=.049)	(+) (p=.042)	...	(+) (p=.024)
	Duração	...	(+) (p=.010)	(+) (p=.023)	...	...	(+) (p=.006)
<b>Toca</b>	Frequência	...	...	(+) (p=.027)	...	...	...
	Duração	(+) (p=.011)	...	...	...	...	...
<b>Joga</b>	Duração	...	(+) (p=.048)	...	(+) (p=.028)	...	(+) (p=.007)
<b>Sexo</b>				<b>Idade: ≤ 45 Anos (n=20)</b>			
<p>Toca (Duração) Ri e sorri (Duração) Masculino(n=12) Feminino(n=14)</p> <p>□ Primeira parte ■ Última parte</p>				<p>Ri e sorri (Duração) Toca (Frequência)</p> <p>□ Primeira parte ■ Última parte</p>			
<b>Idade: &gt; 45 Anos (n=6)</b>				<b>Escolaridade: &gt; 9º Ano (n=13)</b>			
<p>Fala (Duração)</p> <p>□ Primeira parte ■ Última parte</p>				<p>Ri e sorri (Duração)</p> <p>□ Primeira parte ■ Última parte</p>			

A sombreado e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

- No que respeita às **variáveis clínicas** (Quadro 3.26), verifica-se que nos doentes com esquizofrenia não sobressai nenhum comportamento com evolução significativa, enquanto que nos restantes o rir e sorrir evoluem, quer na frequência quer na duração, em sentido positivo. Nos doentes com internamentos anteriores, destaca-se, de igual modo, a evolução positiva na frequência e duração de rir e sorrir.

Quadro 3.26 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias das variáveis clínicas

Comportamentos de interacção com o seu par		Diagnóstico Médico		Internamentos Anteriores	
		C/ Esquizof. (n=10)	S/ Esquizof. (n=16)	Sim (n=20)	Não (n=6)
Ri e sorri	Frequência	...	(+) (p=.006)	(+) (p=.007)	...
	Duração	...	(+) (p=.025)	(+) (p=.012)	...
<b>Diagnóstico Médico: S/ Esquizof. (n=16)</b>			<b>Internamentos Anteriores: Sim (n=20)</b>		
<p>Ri e sorri (Duração)</p>			<p>Ri e sorri (Duração)</p>		

A sombreamento e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

- Em relação à **variável Experiência e Expressão da Ira** (Quadro 3.27), observa-se que nos doentes com *scores* de Ira Traço mais elevados, para além do aumento da frequência de rir e sorrir, também se salienta o aumento da frequência de “Fala”. Nos doentes com *scores* mais baixos no Controlo da Ira, observa-se um aumento significativo da duração do jogo, mas igualmente um aumento da duração de comportamentos de enfado; por seu turno, os doentes com *scores* mais elevados apresentam um aumento da duração da “Fala”. Nos doentes com *scores* mais baixos na Expressão da Ira, observou-se evolução significativa positiva na duração da “Fala”, na frequência de rir e sorrir e na duração do jogo.



Quadro 3.27 – Comportamentos dos doentes de interação com o seu par com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias da variável Experiência e Expressão da Ira

Comportamentos de interação com o seu par		Ira Traço		Controlo da Ira		Expressão da Ira	
		≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=7)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)
<b>Fala</b>	Frequência	...	(+) (p=.039)	...	...	...	...
	Duração	...	...	...	(+) (p=.043)	(+) (p=.028)	...
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	...	(+) (p=.043)	...	...	(+) (p=.046)	...
<b>Joga</b>	Duração	...	...	(+) (p=.046)	...	(+) (p=.028)	...
<b>Enfado</b>	Duração	...	...	(+) (p=.046)	...	...	...

Ira Traço: ≥ P75 (n=6)	Controlo da Ira	Expressão da Ira : ≤ P25 (n=6)																					
<p>Fala (Frequência)</p> <table border="1"> <tr><th>Parte</th><th>Primeira parte</th><th>Última parte</th></tr> <tr><td>Primeira parte</td><td>1.4</td><td>2.1</td></tr> </table>	Parte	Primeira parte	Última parte	Primeira parte	1.4	2.1	<p>Enfado (Duração) Fala (Duração)</p> <table border="1"> <tr><th>Parte</th><th>Enfado (Duração) ≤ P25(n=6)</th><th>Fala (Duração) ≥ P75(n=7)</th></tr> <tr><td>Primeira parte</td><td>2.5</td><td>6.5</td></tr> <tr><td>Última parte</td><td>4.5</td><td>16.5</td></tr> </table>	Parte	Enfado (Duração) ≤ P25(n=6)	Fala (Duração) ≥ P75(n=7)	Primeira parte	2.5	6.5	Última parte	4.5	16.5	<p>Fala (Duração)</p> <table border="1"> <tr><th>Parte</th><th>Primeira parte</th><th>Última parte</th></tr> <tr><td>Primeira parte</td><td>0.8</td><td>12.0</td></tr> </table>	Parte	Primeira parte	Última parte	Primeira parte	0.8	12.0
Parte	Primeira parte	Última parte																					
Primeira parte	1.4	2.1																					
Parte	Enfado (Duração) ≤ P25(n=6)	Fala (Duração) ≥ P75(n=7)																					
Primeira parte	2.5	6.5																					
Última parte	4.5	16.5																					
Parte	Primeira parte	Última parte																					
Primeira parte	0.8	12.0																					

A sombreado e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

**Síntese:**

A evolução positiva dos comportamentos de rir e sorrir registada na amostra global replica-se em exclusivo nos doentes do sexo feminino, mais novos, com mais escolaridade, sem diagnóstico de esquizofrenia e com história de internamentos anteriores, com *scores* de Ira Traço mais elevados ou de Expressão da Ira mais baixos. O mesmo tipo de evolução, no que se refere aos comportamentos de jogo, também só se replica em alguns grupos discriminados de doentes, especificamente, no sexo feminino, com mais escolaridade ou mais idade, assim como nos doentes com *scores* mais baixos quer no Controlo quer na Expressão da Ira.

Sobressai ainda que os homens registam uma evolução positiva no que respeita à duração dos comportamentos de toque e os doentes mais novos na frequência deste tipo de comportamentos.

### Sessões sem o animal

Contrariamente ao que se observou nas sessões com o animal, na evolução dos comportamentos dos doentes nas duas sessões sem o animal (Quadro 3.28), a tendência foi no sentido de menor envolvimento interactivo com o seu par e de maior alheamento, registando-se, neste sentido, somente a diferença significativa na frequência do comportamento “Alheia-se” ( $p=.023$ ).

Quadro 3.28 – Evolução dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes com o seu par, em sessões sem animal ( $n=26$ )

Comportamentos de interação com o seu par		Primeira parte		Última parte		t-teste para amostras emparelhadas
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	37.08	16.14	34.88	28.01	$t_{(24)} = -.430$ ( $p = .671$ )
	Duração	181.89	138.75	159.45	138.16	$t_{(24)} = -1.077$ ( $p = .292$ )
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	2.23	4.24	1.77	2.71	$t_{(24)} = -.577$ ( $p = .569$ )
	Duração	7.90	15.16	9.12	19.79	$t_{(24)} = .273$ ( $p = .787$ )
<b>Toca</b>	Frequência	1.46	2.89	.88	1.31	$t_{(24)} = -.908$ ( $p = .272$ )
	Duração	2.79	5.77	2.73	8.22	$t_{(24)} = -.029$ ( $p = .977$ )
<b>Joga</b>	Frequência	28.85	14.14	25.92	20.64	$t_{(24)} = -1.055$ ( $p = .302$ )
	Duração	249.00	137.59	201.65	144.97	$t_{(24)} = -1.699$ ( $p = .102$ )
<b>Alheia-se</b>	Frequência	.96	1.91	2.65	3.95	$t_{(24)} = 2.421$ ( $p = .023$ )*
	Duração	12.18	38.46	25.35	37.78	$t_{(24)} = 1.542$ ( $p = .136$ )
<b>Enfado</b>	Frequência	3.15	3.56	4.12	5.70	$t_{(24)} = 1.178$ ( $p = .250$ )
	Duração	26.89	64.60	22.52	37.21	$t_{(24)} = -.298$ ( $p = .768$ )
<b>Chora</b>	Frequência	.12	.59	.00	.00	$t_{(24)} = -1.000$ ( $p = .327$ )
	Duração	.33	1.70	2.99	15.23	$t_{(24)} = .879$ ( $p = .388$ )

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

Figuras 3.10 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento de “Alheia-se” em sessões sem o animal



**c) Comportamentos não dirigidos aos protagonistas**

**Sessões com o animal**

Analisando a evolução dos comportamentos dos doentes que não tinham como alvo nenhum dos protagonistas (o animal ou o seu par) (Quadro 3.29), verifica-se que esta é significativa no que respeita a um aumento da frequência ( $p=.002$ ) e duração ( $p=.002$ ) da posição de “Deitado” uma diminuição da duração ( $p=.009$ ) da posição “De pé”. De um modo geral, as diferenças entre a primeira e a última parte do programa vão no sentido do aumento de posturas que indiciam maior relaxamento e disposição para interagir com o animal (deitado, sentado e abaixado).

Quadro 3.29 – Evolução dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes não dirigidos aos protagonistas, em sessões com animal ( $n=26$ )

Comportamentos não dirigidos aos protagonistas	Primeira parte		Última parte		t-teste para amostras emparelhadas	
	Média	DP	Média	DP		
<b>Deitado</b>	Frequência	.17	.44	.40	.55	$t_{(24)} = 3.493$ ( $p = .002$ ) **
	Duração	5.94	18.24	67.94	99.33	$t_{(24)} = 3.468$ ( $p = .002$ ) **
<b>Sentado</b>	Frequência	5.40	5.74	4.50	3.97	$t_{(24)} = -.825$ ( $p = .417$ )
	Duração	280.96	168.09	297.89	172.23	$t_{(24)} = .732$ ( $p = .471$ )
<b>Abaixado</b>	Frequência	1.24	1.91	1.19	1.19	$t_{(24)} = -.166$ ( $p = .869$ )
	Duração	24.32	34.61	30.89	34.91	$t_{(24)} = 1.058$ ( $p = .300$ )
<b>De pé</b>	Frequência	9.23	8.86	6.73	7.55	$t_{(24)} = -1.897$ ( $p = .069$ )
	Duração	163.45	132.15	95.98	121.54	$t_{(24)} = -2.846$ ( $p = .009$ ) **
<b>Andar</b>	Frequência	3.51	4.41	2.97	3.66	$t_{(24)} = -1.004$ ( $p = .325$ )
	Duração	15.70	21.42	16.93	22.88	$t_{(24)} = .313$ ( $p = .757$ )
<b>De fumo</b>	Frequência	.26	.93	.06	.27	$t_{(24)} = -1.426$ ( $p = .166$ )
	Duração	4.63	17.96	3.46	17.29	$t_{(24)} = -.994$ ( $p = .330$ )

\*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Figura 3.11 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento de “Deitado” em sessões com o animal



Figura 3.12 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento “De pé” em sessões com o animal



***Análise em grupos discriminados segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira***

Atendendo às variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, registam-se discrepâncias nos comportamentos que evoluíram significativamente ( $p < .05$ ), de tal modo que alguns grupos de doentes se revelam distintos, conforme se aponta de seguida.

- Relativamente às **variáveis socio-demográficas** (Quadro 3.30), observa-se que, nas mulheres, nenhuma das diferenças verificadas são significativas, enquanto nos homens, no sentido da evolução dos doentes em geral, se constata um aumento significativo da frequência e duração da posição de “Deitado” e, em contrapartida, uma diminuição da frequência e duração da posição “De pé”. Nos mesmos comportamentos e no mesmo sentido, também, só se verificam evoluções significativas no grupo de doentes mais novos ( $\leq 45$  Anos). Segundo a escolaridade, verifica-se no geral um aumento significativo da duração da posição de “Deitado”, todavia, o aumento da frequência da posição de “Deitado” e a diminuição da duração da posição “De pé” só se regista nos indivíduos com menor escolaridade.

Quadro 3.30 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas

Comportamentos não dirigidos aos protagonistas		Sexo		Idade		Escolaridade	
		Masculino (n=12)	Feminino (n=14)	≤ 45 Anos (n=20)	> 45 Anos (n=6)	≤ 9º Ano (n=13)	> 9º Ano (n=13)
<b>Deitado</b>	Frequência	(+) (p=.021)	...	(+) (p=.005)	...	(+) (p=.017)	...
	Duração	(+) (p=.008)	...	(+) (p=.005)	...	(+) (p=.028)	(+) (p=.018)
<b>De pé</b>	Frequência	(-) (p=.033)	...	(-) (p=.026)	...	(-) (p=.028)	...
	Duração	(-) (p=.008)	...	(-) (p=.011)	...		...

Sexo: Masculino (n=12)	Idade: ≤ 45 Anos (n=20)	Escolaridade: ≤ 9º Ano (n=13)
<p>De pé (Frequência)</p>	<p>De pé (Frequência)</p>	<p>De pé (Frequência)</p>

A sombreado e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

- No que concerne às **variáveis clínicas** (Quadro 3.31), regista-se que, nos doentes com diagnóstico de esquizofrenia, a evolução corresponde ao padrão geral, com o aumento da frequência e duração da posição de “Deitado” e a diminuição da frequência e duração da posição “De pé”, enquanto que nos restantes a evolução registada só é significativa ao nível da posição de “Deitado”. Nos doentes com experiência de internamentos anteriores, é observado o padrão geral de evolução, sendo que nos sem internamento anterior a única evolução significativa se demarca ao nível da diminuição da duração da posição “De pé”.

Quadro 3.31 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias das variáveis clínicas

Comportamentos não dirigidos aos protagonistas		Diagnóstico Médico		Internamentos Anteriores	
		C/ Esquizof. (n=10)	S/ Esquizof. (n=16)	Sim (n=20)	Não (n=6)
<b>Deitado</b>	Frequência	(+) (p=.024)	(+) (p=.047)	(+) (p=.011)	...
	Duração	(+) (p=.043)	(+) (p=.012)	(+) (p=.008)	...
<b>De pé</b>	Frequência	(-) (p=.028)	...	(-) (p=.004)	...
	Duração	(-) (p=.025)	...	...	(-) (p=.028)
<b>Diagnóstico Médico: C/ Esquizof. (n=10)</b>			<b>Internamentos Anteriores: Sim (n=20)</b>		

A sombreado e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

- Quanto à **variável Experiência e Expressão da Ira** (Quadro 3.32), considerando os doentes em grupos extremos conforme os scores de Ira Traço, as diferenças significativas só se verificam nos doentes com valores mais elevados, ao nível da diminuição da frequência da posição “De pé” e da frequência do comportamento de “Andar”. Por sua vez, nos doentes com scores mais elevados no Controlo da Ira, para além da diminuição da duração da posição “De pé”, regista-se também, no sentido contrário, um aumento da duração da posição de “Sentado”. Discriminando os doentes em função dos scores da Expressão da Ira, só se verifica diferença significativa naqueles com valores mais elevados, em que observa um aumento da duração da posição de “Deitado”.

Quadro 3.32 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com evolução significativa (teste de *Wilcoxon*), nas diferentes categorias da variável Experiência e Expressão da Ira

Comportamentos não dirigidos aos protagonistas		Ira Traço		Controlo da Ira		Expressão da Ira	
		≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=7)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)
<b>Deitado</b>	Duração	...	...	...	...	...	<b>( + )</b> (p=.043)
	<b>Sentado</b>	Duração	...	...	<b>( + )</b> (p=.028)	...	...
<b>De pé</b>	Frequência	...	<b>( - )</b> (p=.043)	...	...	...	...
	Duração	...	...	...	<b>( - )</b> (p=.043)	...	...
<b>Andar</b>	Frequência	...	<b>( - )</b> (p=.043)	...	...	...	...
<b>Ira Traço: ≥ P75 (n=6)</b>				<b>Ira Traço: ≥ P75 (n=6)</b>			
<p style="text-align: center;"><b>De pé (Frequência)</b></p>				<p style="text-align: center;"><b>Andar (Frequência)</b></p>			

A sombreado e em gráfico, os casos com evolução significativa ( $p < .05$ ) não verificada na amostra global.

**Em síntese:**

A evolução positiva relativamente à frequência e duração da posição de “Deitado” e negativa em relação à posição “De pé”, que pode representar uma evolução no sentido de comportamentos de maior à vontade e relaxamento, replica-se especialmente nos doentes nos doentes do sexo masculino, mais novos, com menos escolaridade e também nos doentes com o diagnóstico de esquizofrenia ou com história de internamentos anteriores.

Nas restantes categorias de doentes e comportamentos, as evoluções significativas registadas não pronunciam um qualquer padrão que se evidencie como relevante.

### **Sessões sem o animal**

Na análise da evolução dos comportamentos dos doentes nas duas sessões sem o animal (Quadro 3.33), não se verifica nenhuma diferença estatisticamente significativa. Todavia, contrariamente ao que se registou nas sessões com o animal, ressalva-se que os comportamentos “De fumo”, “De andar” e a frequência da posição “De pé” aumentaram, podendo esta evolução traduzir uma maior dispersão dos doentes.

Quadro 3.33 – Evolução dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes não dirigidos aos protagonistas, em sessões sem animal (n=26)

Comportamentos não dirigidos aos protagonistas		Primeira parte		Última parte		t-teste para amostras emparelhadas
		Média	DP	Média	DP	
<b>Deitado</b>	Frequência	.15	.79	.04	.20	t <sub>(24)</sub> = -1.000 (p = .327)
	Duração	3.58	18.28	4.31	21.98	t <sub>(24)</sub> = 1.000 (p = .327)
<b>Sentado</b>	Frequência	2.00	1.72	2.46	2.79	t <sub>(24)</sub> = 1.539 (p = .136)
	Duração	462.25	130.80	476.20	100.75	t <sub>(24)</sub> = .496 (p = .624)
<b>Abaixado</b>	Frequência	.23	1.18	.04	.20	t <sub>(24)</sub> = -1.000 (p = .327)
	Duração	8.19	41.78	.52	2.67	t <sub>(24)</sub> = -1.000 (p = .327)
<b>De pé</b>	Frequência	1.96	3.50	2.46	2.59	t <sub>(24)</sub> = .670 (p = .509)
	Duração	46.71	110.94	40.67	78.56	t <sub>(24)</sub> = -.218 (p = .829)
<b>Andar</b>	Frequência	2.29	3.90	2.38	4.41	t <sub>(24)</sub> = .310 (p = .759)
	Duração	11.31	24.02	21.56	45.26	t <sub>(24)</sub> = 1.677 (p = .106)
<b>De fumo</b>	Frequência	1.04	2.03	1.38	2.82	t <sub>(24)</sub> = -.669 (p = .509)
	Duração	71.00	147.79	106.14	171.16	t <sub>(24)</sub> = 1.645 (p = .112)

### **3.2.2 – Comparação dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes nas sessões com e sem animal**

No sentido de comparar os comportamentos dos doentes observados nas sessões com e sem o animal, foram consideradas as respectivas médias de frequência e duração nos seis momentos com a intervenção do animal e nos dois momentos de observação dos doentes sem a presença do animal.

Inicia-se a análise pela comparação dos comportamentos na amostra global, passando-se de seguida à análise em grupos discriminados segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira (Apêndice 3). Desta análise em grupos discriminados, referimos especificamente os resultados com significado estatístico.



**a) Comportamentos dos doentes de interação com o seu par**

No que diz respeito aos comportamentos sócio-emocionais dos doentes em interação com o seu par (Quadro 3.34), verifica-se que, de um modo geral, este tipo de comportamentos em análise, quer os positivos quer os negativos, foram mais frequentes e com maior duração nas sessões sem o animal, salvo o comportamento de tocar.

A maioria das diferenças registadas são estatisticamente significativas ( $p < .05$  ou  $p < .01$ ), com excepção dos comportamentos de tocar e de chorar, assim como da frequência de “Alheia-se”.

Deste modo, os resultados sugerem que os doentes nas sessões com o animal interagem menos com o seu par (falam, riem e sorriem e jogam em menor frequência e duração); contudo, em contrapartida, em sessões sem o animal manifestam mais enfado e alheamento.

Quadro 3.34 – Comparação dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes de interação com o seu par, em sessões com e sem o animal (n=26)

Comportamentos de interação com o seu par		Sessões com animal		Sessões sem animal		t-teste para amostras emparelhadas
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	3.19	2.97	35.98	18.81	$t_{(24)} = 9.440$ ( $p = .000$ ) **
	Duração	7.05	7.40	170.67	127.87	$t_{(24)} = 6.776$ ( $p = .000$ ) **
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	.85	1.17	2.00	2.92	$t_{(24)} = 2.294$ ( $p = .030$ ) *
	Duração	3.27	7.37	8.51	13.45	$t_{(24)} = 2.082$ ( $p = .048$ ) *
<b>Toca</b>	Frequência	2.63	3.97	1.17	1.55	$t_{(24)} = -1.876$ ( $p = .072$ )
	Duração	4.61	7.19	2.76	4.83	$t_{(24)} = -1.063$ ( $p = .298$ )
<b>Joga</b>	Frequência	14.94	11.62	27.38	16.22	$t_{(24)} = 3.853$ ( $p = .001$ ) **
	Duração	51.95	60.44	225.32	122.16	$t_{(24)} = 6.816$ ( $p = .000$ ) **
<b>Alheia-se</b>	Frequência	1.18	3.25	1.81	2.54	$t_{(24)} = 1.000$ ( $p = .327$ )
	Duração	4.83	10.65	18.76	31.28	$t_{(24)} = 2.925$ ( $p = .007$ ) **
<b>Enfado</b>	Frequência	1.41	1.38	3.63	4.27	$t_{(24)} = 2.894$ ( $p = .008$ ) **
	Duração	3.18	4.22	24.71	37.08	$t_{(24)} = 2.910$ ( $p = .007$ ) **
<b>Chora</b>	Frequência	.02	.05	.06	.29	$t_{(24)} = .732$ ( $p = .471$ )
	Duração	.51	2.01	1.66	7.63	$t_{(24)} = .731$ ( $p = .472$ )

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

**Análise em grupos discriminados segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira**

Analisando a diferença de comportamentos dos doentes nas diversas categorias das variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, as discrepâncias em relação ao quadro global (quadro anterior) são pouco numerosas e poder-se-ão justificar pela diminuição do poder dos testes face à repartição da amostra.

Por este motivo, na análise seguinte daremos especial ênfase às disparidades observadas em cada grupo relativamente ao quadro global.

***Variáveis socio-demográficas*** (Quadro 3.35)

Nos homens, a divergência mais saliente, relativamente à amostra global, corresponde em não se registar diferenças significativas na frequência de jogo e na duração do comportamento de “Alheia-se”; em contrapartida, relativamente ao quadro geral, nas mulheres, ao nível do comportamento “Ri e sorri” não se observaram diferenças significativas na frequência e duração.

Nos doentes mais novos, as discrepâncias em relação ao quadro global, observam-se ao nível da duração do comportamento de rir e sorrir e da duração do alheamento, em que as diferenças relativamente às sessões com e sem animal não chegam a ser significativas; nos doentes mais velhos, também em discrepância com a amostra total, as diferenças nos comportamentos de “Ri e sorri” não foram significativas, assim como deixam de ser significativas as diferenças na duração do “Alheamento” e do “Enfado”, enquanto que a duração do comportamento de toque é neste caso significativamente superior ( $p=.028$ ) nas sessões com o animal.

Relativamente à escolaridade, nos indivíduos com menores habilitações, a frequência de alheamento nas sessões com o animal é significativamente inferior ( $p=.025$ ) e, por outro lado, não se registam diferenças significativas ao nível do rir e sorrir e da duração do jogo; nos doentes com mais escolaridade, também não se evidenciam diferenças significativas a nível do comportamento “Ri e sorri”.

Quadro 3.35 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com diferença significativa (teste de *Wilcoxon*) entre as sessões com e sem animal<sup>^</sup>, nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas

Comportamentos de interacção com o seu par		Sexo		Idade		Escolaridade	
		Masculino (n=12)	Feminino (n=14)	≤ 45 Anos (n=20)	> 45 Anos (n=6)	≤ 9º Ano (n=13)	> 9º Ano (n=13)
<b>Fala</b>	Frequência	(-) (p=.002)	(-) (p=.001)	(-) (p=.000)	(-) (p=.028)	(-) (p=.001)	(-) (p=.001)
	Duração	(-) (p=.002)	(-) (p=.001)	(-) (p=.000)	(-) (p=.028)	(-) (p=.001)	(-) (p=.001)
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	(-) (p=.024)	...	(-) (p=.040)	...	...	...
	Duração	(-) (p=.021)	...	(-) (p=.002)	...	...	...
<b>Toca</b>	Duração	...	...	...	(+) (p=.028)	...	...
<b>Joga</b>	Frequência	...	(-) (p=.002)	(-) (p=.004)	(-) (p=.046)	(-) (p=.007)	(-) (p=.028)
	Duração	(-) (p=.010)	(-) (p=.001)	(-) (p=.000)	(-) (p=.028)	(-) (p=.009)	(-) (p=.001)
<b>Alheia-se</b>	Frequência	...	...	...	...	(-) (p=.025)	...
	Duração	...	(-) (p=.047)	...	...	...	(-) (p=.022)
<b>Enfado</b>	Frequência	(-) (p=.014)	(-) (p=.012)	(-) (p=.001)	...	(-) (p=.011)	(-) (p=.015)
	Duração	(-) (p=.003)	(-) (p=.019)	(-) (p=.001)	...	(-) (p=.019)	(-) (p=.002)
<b>Idade: &gt; 45 Anos (n=6)</b>				<b>Escolaridade: ≤ 9º Ano (n=13)</b>			

<sup>^</sup> São indicadas as diferenças tendo como referência as sessões com o animal.

A sombreado e em gráfico, os casos com diferença significativa (p<.05) não verificada na amostra global.

**Variáveis clínicas** (Quadro 3.36)

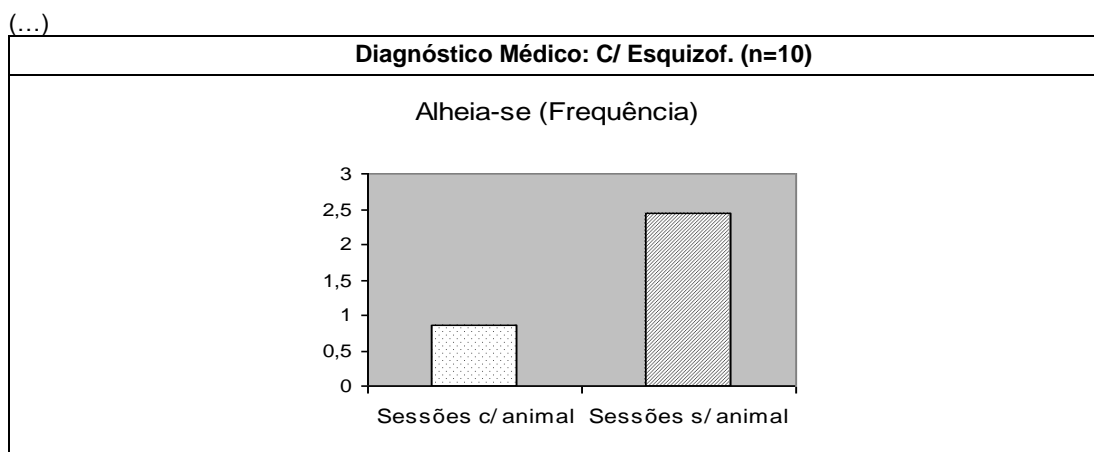
No que respeita às variáveis clínicas, nos doentes com o diagnóstico de esquizofrenia revela-se diferença significativa ( $p=.044$ ), no sentido de menor frequência de alheamento nas sessões com o animal, pelo contrário, ao nível da duração dos comportamentos de rir e sorrir, de alheamento e de enfado as diferenças deixam de ser significativas; relativamente aos doentes sem esquizofrenia, as divergências com a amostra global notam-se ao nível da frequência e duração dos comportamentos de rir e sorrir e da duração do alheamento, que, neste caso, não são significativos.

Nos doentes com experiência de internamento anterior, a duração do comportamento de rir e sorrir não se replica como significativa; por seu turno, os doentes no primeiro internamento não se manifestam diferenças significativas nos comportamentos de rir e sorrir, de jogar e na duração do alheamento.

Quadro 3.36 – Comportamentos dos doentes de interação com o seu par com diferença significativa (teste de *Wilcoxon*) entre as sessões com e sem animal<sup>^</sup>, nas diferentes categorias das variáveis clínicas

Comportamentos de interação com o seu par		Diagnóstico Médico		Internamentos Anteriores	
		C/ Esquizof. (n=10)	S/ Esquizof. (m=16)	Sim (n=20)	Não (n=6)
<b>Fala</b>	Frequência	( - ) (p=.005)	( - ) (p=.000)	( - ) (p=.000)	( - ) (p=.028)
	Duração	( - ) (p=.005)	( - ) (p=.000)	( - ) (p=.000)	( - ) (p=.028)
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	( - ) (p=.036)	...	( - ) (p=.044)	...
<b>Joga</b>	Frequência	( - ) (p=.047)	( - ) (p=.005)	( - ) (p=.001)	...
	Duração	( - ) (p=.005)	( - ) (p=.002)	( - ) (p=.000)	...
<b>Alheia-se</b>	Frequência	( - ) (p=.044)	...	...	...
	Duração	...	...	( - ) (p=.041)	...
<b>Enfado</b>	Frequência	( - ) (p=.017)	( - ) (p=.013)	( - ) (p=.007)	( - ) (p=.043)
	Duração	...	( - ) (p=.001)	( - ) (p=.004)	( - ) (p=.028)

<sup>^</sup> São indicadas as diferenças tendo como referência as sessões com o animal. A sombreado e em gráfico, os casos com diferença significativa ( $p<.05$ ) não verificada na amostra global. (...)



### ***Variável Experiência e Expressão da Ira*** (Quadro 3.37)

Considerando os grupos extremos, no que se refere aos *scores* de Ira Traço, nos doentes com *scores* mais baixos, as únicas diferenças significativas que se confirmam referem-se aos comportamentos de “Fala” e à duração do “Enfado”; também no grupo com *scores* mais elevados, mantêm-se apenas as diferenças significativas nos comportamentos de “Fala” e na duração do jogo.

Quanto aos doentes agrupados de acordo com os *scores* de Controlo da Ira, os indivíduos com valores mais baixos replicam as diferenças significativas em exclusivo em relação aos comportamentos de “Fala” e à duração do “Enfado”; enquanto que os doentes com *scores* mais elevados, para além das diferenças significativas nos comportamentos de “Fala”, também replicam as diferenças significativas ao nível da duração de jogo e da frequência de “Enfado” e, divergem da amostra global, revelando diferença significativa ( $p=.039$ ) no sentido de se alhearem com menor frequência nas sessões com animal.

Tendo em conta os *scores* de Expressão da Ira, no grupo com *scores* mais baixos salienta-se a diferença significativa ( $p=.043$ ) no sentido de com animal tocarem durante mais tempo o seu par e, para além disso, replicam as diferenças significativas nos comportamentos de “Fala”, de jogo e na frequência dos comportamentos de rir e sorrir; por sua vez, os doentes do grupo com *scores* mais elevados, contrariamente à amostra global, não manifestam diferenças significativas no rir e sorrir, na duração do alheamento e na frequência do “Enfado”.

Quadro 3.37 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com diferença significativa (teste de Wilcoxon) entre as sessões com e sem animal<sup>^</sup>, nas diferentes categorias das da variável Experiência e Expressão da Ira

Comportamentos de interacção com o seu par		Ira Traço		Controlo da Ira		Expressão da Ira	
		≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=7)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)
<b>Fala</b>	Frequência	(-) (p=.028)	(-) (p=.028)	(-) (p=.028)	(-) (p=.018)	(-) (p=.028)	(-) (p=.028)
	Duração	(-) (p=.028)	(-) (p=.028)	(-) (p=.028)	(-) (p=.018)	(-) (p=.028)	(-) (p=.028)
<b>Ri e sorri</b>	Frequência	...	...	...	...	(-) (p=.046)	...
<b>Toca</b>	Duração	...	...	...	...	(+) (p=.043)	...
<b>Joga</b>	Frequência	...	...	...	...	(-) (p=.046)	(-) (p=.046)
	Duração	...	(-) (p=.028)	...	(-) (p=.018)	(-) (p=.028)	(-) (p=.046)
<b>Alheia-se</b>	Frequência	...	...	...	(-) (p=.039)	...	...
<b>Enfado</b>	Frequência	...	...	...	(-) (p=.018)	...	...
	Duração	(-) (p=.028)	...	(-) (p=.028)	...	...	(-) (p=.043)

Controlo da Ira: ≥ P75 (n=7)	Expressão da Ira: ≤ P25 (n=6)												
<p>Alheia-se (Frequência)</p> <table border="1"> <caption>Data for Alheia-se (Frequência)</caption> <thead> <tr> <th>Sessão</th> <th>Frequência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sessões c/ animal</td> <td>~0.7</td> </tr> <tr> <td>Sessões s/ animal</td> <td>~1.8</td> </tr> </tbody> </table>	Sessão	Frequência	Sessões c/ animal	~0.7	Sessões s/ animal	~1.8	<p>Toca (Duração)</p> <table border="1"> <caption>Data for Toca (Duração)</caption> <thead> <tr> <th>Sessão</th> <th>Duração</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sessões c/ animal</td> <td>~3.3</td> </tr> <tr> <td>Sessões s/ animal</td> <td>~1.1</td> </tr> </tbody> </table>	Sessão	Duração	Sessões c/ animal	~3.3	Sessões s/ animal	~1.1
Sessão	Frequência												
Sessões c/ animal	~0.7												
Sessões s/ animal	~1.8												
Sessão	Duração												
Sessões c/ animal	~3.3												
Sessões s/ animal	~1.1												

<sup>^</sup> São indicadas as diferenças tendo como referência as sessões com o animal.

A sombreado e em gráfico, os casos com diferença significativa (p<.05) não verificada na amostra global.

**Síntese:**

Desta análise em separado, o que se releva é sobretudo o item que se refere à duração dos comportamentos de tocar, significativamente superior nas sessões com o animal nos grupos de doentes com mais idade e com scores mais baixos na Expressão da Ira. A influência positiva da presença do animal pode ainda ser sublinhada pela menor frequência de comportamentos de alheamento, especificamente nos doentes com menos escolaridade, com o diagnóstico de esquizofrenia ou com scores de Controlo da Ira mais elevados.

**b) Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas** (Quadro 3.38)

Da leitura dos registos referentes aos comportamentos dos doentes não dirigidos a nenhum dos protagonistas, sobressai que nas sessões com o animal os doentes adoptaram mais posturas de maior relaxamento – maior frequência (p=.021) e duração (p=.001) da posição de deitado – e de disposição para interagir com o animal – maior frequência (p=.000) e duração (p=.000) da posição de abaixado e a maior frequência (p=.005) da posição de sentado. Simultaneamente, revelaram mais actividade, colocando-se de pé com maior frequência e durante mais tempo. Nas sessões sem o animal, salienta-se a maior duração do tempo sentado (p=.000) e a frequência (p=.014) e duração (p=.005) do comportamento “De fumo”.

Quadro 3.38 – Comparação dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes não dirigidos aos protagonista, em sessões com e sem animal (n=26)

Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas	Sessões com animal		Sessões sem animal		t-teste para amostras emparelhadas	
	Média	DP	Média	DP		
<b>Deitado</b>	Frequência	.28	.47	.10	.49	t <sub>(24)</sub> = -2.469 (p = .021) *
	Duração	36.94	48.49	3.95	20.13	t <sub>(24)</sub> = -3.601 (p = .001) **
<b>Sentado</b>	Frequência	4.95	4.08	2.23	2.19	t <sub>(24)</sub> = -3.071 (p = .005) **
	Duração	289.42	159.65	469.23	92.11	t <sub>(24)</sub> = 6.650 (p = .000) **
<b>Abaixado</b>	Frequência	1.22	1.38	.13	.69	t <sub>(24)</sub> = -4.366 (p = .000) **
	Duração	27.60	30.94	4.36	22.22	t <sub>(24)</sub> = -4.043 (p = .000) **
<b>De pé</b>	Frequência	7.98	47.52	2.21	3.61	t <sub>(24)</sub> = -4.425 (p = .000) **
	Duração	116.21	121.67	43.69	65.10	t <sub>(24)</sub> = -3.013 (p = .006) **
<b>Andar</b>	Frequência	3.24	3.82	2.29	3.85	t <sub>(24)</sub> = -.922 (p = .366)
	Duração	16.31	19.74	16.43	32.72	t <sub>(24)</sub> = -.016 (p = .987)
<b>De fumo</b>	Frequência	.16	.59	1.21	2.07	t <sub>(24)</sub> = 2.648 (p = .014) *
	Duração	4.05	17.37	88.47	150.34	t <sub>(24)</sub> = 3.070 (p = .005) **

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

***Análise em grupos discriminados segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira***

Comparando a frequência e a duração dos comportamentos dos doentes nas sessões com e sem o animal em cada uma das categorias das variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, as diferenças em relação ao quadro global são, também neste caso, mais no sentido de não se replicar a significância estatística, facto que poderá, como em relação aos comportamentos de interacção com o seu par, justificar-se pela diminuição do poder dos testes face à repartição da amostra. Por esta razão, na análise que fazemos a seguir, salientam-se sobretudo as diferenças que não sendo significativas na amostra global, se revelam como tal nas amostras específicas.

***Variáveis socio-demográficas*** (Quadro 3.39)

Nos homens, as duas discrepâncias relativas à amostra geral vão no sentido de que neles a frequência da posição de “Deitado” e de “Sentado” não se evidenciam como significativamente diferentes; por seu turno, nas mulheres verifica-se que, nas sessões com animal, adoptaram com significativa maior frequência ( $p=.028$ ) o comportamento de “Andar” e, pelo contrário, não se replicam as diferenças significativas na posição de “Deitado”, na duração do comportamento “De pé” e na frequência do comportamento “De fumo”.

Os doentes com menor idade replicam, de um modo geral, as diferenças observadas na amostra comum, salvo que andaram durante significativamente mais tempo ( $p=.049$ ), nas sessões com o animal; pelo contrário, nos de mais idade, só a duração da posição de “Sentado” e a frequência da posição “De pé” chegam a ser significativamente diferentes, mantendo o sentido registado na amostra global.

Quanto à escolaridade, nos doentes com menores habilitações, o tempo a “Andar” é significativamente maior ( $p=.001$ ) nas sessões com o animal, e na duração da posição “De pé” a diferença não chega a ser significativa; nos doentes com mais escolaridade também se observa discrepâncias no comportamento de “Andar”, neste caso, a frequência é significativamente superior ( $p=.041$ ), e, por outro lado, não se registam diferenças significativas no comportamento “De fumo” e na frequência dos comportamentos de “Deitado” e “Sentado”.



Quadro 3.39 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonista com diferença significativa (teste de *Wilcoxon*) entre as sessões com e sem animal<sup>†</sup>, nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas

Comportamentos de interacção com o seu par		Sexo		Idade		Escolaridade	
		Masculino (n=12)	Feminino (n=14)	≤ 45 Anos (n=20)	> 45 Anos (n=6)	≤ 9º Ano (n=13)	> 9º Ano (n=13)
<b>Deitado</b>	Frequência	...	...	(+) (p=.017)	...	(+) (p=.017)	...
	Duração	(+) (p=.008)	...	(+) (p=.005)	...	(+) (p=.028)	(+) (p=.018)
<b>Sentado</b>	Frequência	...	(-) (p=.005)	(+) (p=.026)	...	(+) (p=.028)	...
	Duração	(-) (p=.002)	(-) (p=.001)	(-) (p=.000)	(-) (p=.028)	(-) (p=.001)	(-) (p=.001)
<b>Abaixado</b>	Frequência	(+) (p=.005)	(+) (p=.003)	(+) (p=.000)	...	(+) (p=.005)	(+) (p=.003)
	Duração	(+) (p=.022)	(+) (p=.003)	(+) (p=.001)	...	(+) (p=.003)	(+) (p=.017)
<b>De pé</b>	Frequência	(+) (p=.010)	(+) (p=.003)	(+) (p=.001)	(+) (p=.043)	(+) (p=.001)	(+) (p=.017)
	Duração	(+) (p=.008)	...	(+) (p=.001)	...	...	(+) (p=.005)
<b>Andar</b>	Frequência	...	(+) (p=.028)	...	...	...	(+) (p=.041)
	Duração	...	...	(+) (p=.049)	...	(+) (p=.001)	...
<b>De fumo</b>	Duração	(-) (p=.046)	...	(-) (p=.011)	...	(-) (p=.028)	...
		(-) (p=.028)	(-) (p=.043)	(-) (p=.004)	...	(-) (p=.017)	...

Sexo: Feminino (n=14)	Idade: ≤ 45 Anos (n=20)	Escolaridade
<p>Andar (Frequência)</p>	<p>Andar (Duração)</p>	<p>Andar (Duração) Andar (Frequência)</p> <p>≤ 9ºAno(n=13) &gt; 9ºAno(n=13)</p>

<sup>†</sup> São indicadas as diferenças tendo como referência as sessões com o animal.

A sombreado e em gráfico, os casos com diferença significativa (p<.05) não verificada na amostra global.

**Variáveis clínicas** (Quadro 3.40)

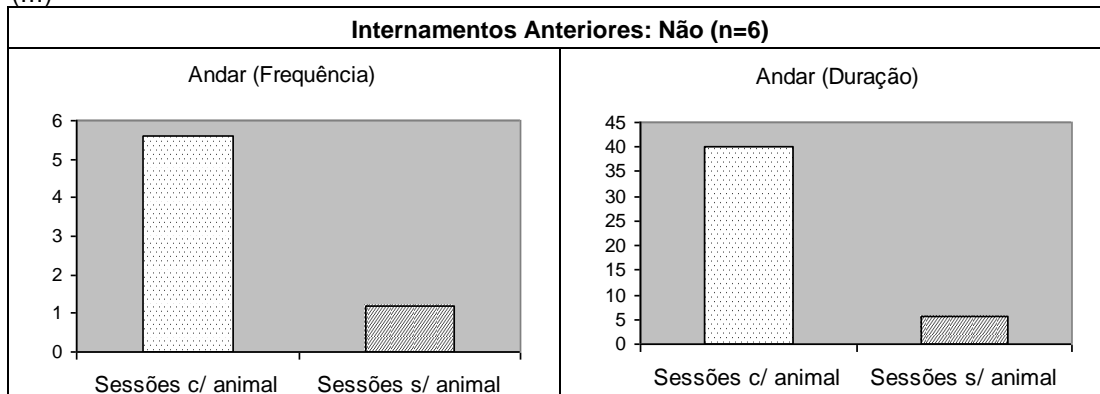
Nos grupos discriminados de acordo com as categorias das variáveis clínicas, verifica-se que nos doentes com o diagnóstico de esquizofrenia não se replicam as diferenças significativas observadas na amostra global no que se refere à frequência da posição de “Sentado” e nos comportamentos “De fumo”; nos doentes sem aquele diagnóstico replicam-se de um modo geral as diferenças significativas observadas no grupo comum, salvo no que se refere à frequência da posição de “Deitado”.

Quadro 3.40 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com diferença significativa (teste de *Wilcoxon*) entre as sessões com e sem animal<sup>†</sup>, nas diferentes categorias das variáveis clínicas

Comportamentos de interação com o seu par		Diagnóstico Médico		Internamentos Anteriores	
		C/ Esquizof. (n=10)	S/ Esquizof. (m=16)	Sim (n=20)	Não (n=6)
<b>Deitado</b>	Frequência	(+) (p=.024)	...	(+) (p=.028)	...
	Duração	(+) (p=.043)	(+) (p=.012)	(+) (p=.008)	...
<b>Sentado</b>	Frequência	...	(+) (p=.028)	(+) (p=.016)	...
	Duração	(-) (p=.005)	(-) (p=.000)	(-) (p=.000)	(-) (p=.028)
<b>Abaixado</b>	Frequência	(+) (p=.011)	(+) (p=.001)	(+) (p=.000)	(+) (p=.043)
	Duração	(+) (p=.043)	(+) (p=.012)	(+) (p=.001)	...
<b>De pé</b>	Frequência	(+) (p=.028)	(+) (p=.001)	(+) (p=.001)	(+) (p=.027)
	Duração	(+) (p=.012)	(+) (p=.041)	(+) (p=.025)	(+) (p=.028)
<b>Andar</b>	Frequência	...	...	...	(+) (p=.027)
	Duração	...	...	...	(+) (p=.028)
<b>De fumo</b>	Frequência	...	(-) (p=.028)		
	Duração	...	(-) (p=.011)	(-) (p=.017)	

<sup>†</sup> São indicadas as diferenças tendo como referência as sessões com o animal. A sombreado e em gráfico, os casos com diferença significativa (p<.05) não verificada na amostra global. (...)

(...)



Nos doentes com experiência de internamento anterior, a única divergência é a de que não se verifica diferença significativa na frequência do comportamento “De fumo”; em contrapartida, no grupo de doentes sem internamentos anteriores, sobressaem as diferenças positivas e significativas, agora observadas, na frequência ( $p=.027$ ) e duração ( $p=.028$ ) do comportamento de “Andar”, no entanto, relativamente à posição de “Deitado”, à frequência da posição de “Sentado” e à duração da posição de “Abaixado”, nestes casos, as diferenças não se evidenciam como significativas.

#### **Variável Experiência e Expressão da Ira** (Quadro 3.41)

No grupo extremo de Ira Traço com *scores* mais baixos ( $\leq P25$ ), salienta-se a significativa maior duração do comportamento de “Andar” ( $p=.028$ ) e as discrepâncias no que respeita à frequência e duração da posição de “Deitado”, à duração da posição “De pé” e à frequência e duração dos comportamentos “De fumo”, que neste grupo não denotam diferenças significativas, contrariamente ao que se observa na amostra global; na fracção de sujeitos com *scores* mais elevados, registam-se duas grandes dissemelhanças em relação à amostra global, uma delas é que a frequência do “Andar”, neste grupo, é significativamente maior nas sessões com o animal ( $p=.043$ ), a outra é que, relativamente aos restantes comportamentos, só se mantém o registo das diferenças significativas na duração da posição de “Sentado” e na frequência da posição “De pé”.

Considerando os grupos extremos quanto ao Controlo da Ira, no grupo com *scores* mais baixos, sobressai a diferença significativa no sentido de nas sessões com o animal estes doentes adoptarem o comportamento de “Andar” com maior frequência ( $p=.043$ ), porém, pelo contrário, as diferenças observadas relativas à posição de “Deitado”, à frequência da posição de “Sentado” e aos comportamentos “De fumo”, não são significativas; por seu turno, nos doentes com *scores* mais elevados, o que se

ressalva é que só são significativas as diferenças registadas no que respeita à frequência da posição de “Abaixado” e da posição “De pé” e à duração do comportamento de “Andar”, neste caso significativamente superior ( $p=.043$ ) nas sessões com o animal.

Analisando as diferenças observadas nos grupos extremos quanto à Expressão da Ira, nos doentes com scores mais baixos, verifica-se uma única diferença significativa no sentido de nas sessões com o animal estes assumirem menos tempo a posição de “Sentado”; no grupo com scores mais elevados, constata-se que, de modo discrepante em relação à amostra global, os doentes adoptam com significativa maior frequência ( $p=.027$ ) e duração ( $p=.028$ ) o comportamento de “Andar” e, para além disso, as restantes diferenças só são significativas no que se refere a mais tempo na posição de “Deitado”, menos tempo na posição de “Sentado”, bem como, menos frequência na posição de “Abaixado” e “De pé”.

Quadro 3.41 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonista com diferença significativa (teste de *Wilcoxon*) entre as sessões com e sem animal<sup>^</sup>, nas diferentes categorias das da variável Experiência e Expressão da Ira

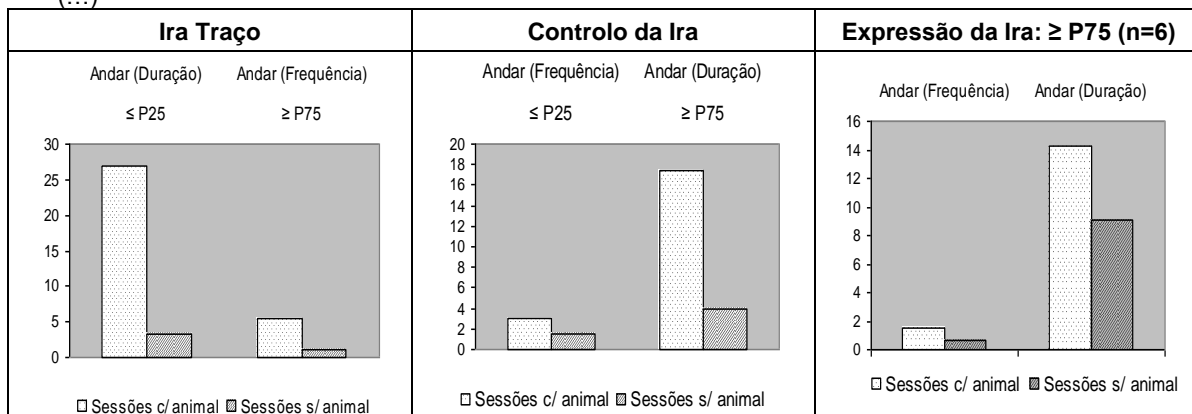
Comportamentos de interacção com o seu par		Ira Traço		Controlo da Ira		Expressão da Ira	
		≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=7)	≤ P25 (n=6)	≥ P75 (n=6)
<b>Deitado</b>	Frequência	...	...	...	...	...	...
	Duração	...	...	...	...	...	(+) ( $p=.043$ )
<b>Sentado</b>	Frequência	(+) ( $p=.028$ )	...	...	...	...	...
	Duração	(-) ( $p=.028$ )	(-) ( $p=.028$ )	(-) ( $p=.028$ )	(-) ( $p=.018$ )	(-) ( $p=.028$ )	(-) ( $p=.028$ )
<b>Abaixado</b>	Frequência	(+) ( $p=.042$ )	...	(+) ( $p=.043$ )	(+) ( $p=.028$ )	...	(+) ( $p=.043$ )
	Duração	(+) ( $p=.028$ )	...	(+) ( $p=.028$ )	...	...	...
<b>De pé</b>	Frequência	(+) ( $p=.028$ )	(+) ( $p=.043$ )	(+) ( $p=.028$ )	(+) ( $p=.028$ )	...	(+) ( $p=.043$ )
	Duração	...	...	(+) ( $p=.028$ )	...	...	...
<b>Andar</b>	Frequência	...	(+) ( $p=.043$ )	(+) ( $p=.043$ )	...	...	(+) ( $p=.027$ )
	Duração	(+) ( $p=.028$ )	...	...	(+) ( $p=.043$ )	...	(+) ( $p=.028$ )

<sup>^</sup> São indicadas as diferenças tendo como referência as sessões com o animal.

A sombreado e em gráfico, os casos com diferença significativa ( $p<.05$ ) não verificada na amostra global.

(...)

(...)



Em termos de **síntese**, o que se retira de mais relevo da análise em separado é que em parte das categorias se verifica uma maior diferença significativa no sentido de maior frequência e/ou duração dos comportamentos de “Andar”, que se não evidencia na amostra global nas sessões com o animal, e que poderemos interpretar como indicador de que o animal é em determinados grupos de doentes um estímulo ao movimento.

De um modo geral, os doentes na presença do animal manifestaram-se fisicamente mais activos e envolvidos, porém a relação com os pares terá sido condicionada, centrando-se a atenção mais no animal.

## 4 – DISCUSSÃO

Passamos agora a discutir os resultados obtidos que se salientam no quadro da avaliação da eficácia do programa de intervenção de AAA (cão) desenvolvido neste estudo na prevenção da violência em contexto psiquiátrico e na promoção do bem-estar sócio-emocional dos doentes hospitalizados no mesmo contexto.

### 4.1 – AAA na prevenção da violência em contexto psiquiátrico

A fim de avaliar a influência do programa de intervenção Actividades Assistidas por Animais na prevenção da violência em contexto psiquiátrico realizaram-se diferentes procedimentos para se testarem as hipóteses formuladas, presumindo-se como efeito do programa influência positiva na expressão de comportamentos agressivos, na expressão de sintomatologia psiquiátrica e na experiência e expressão da ira dos doentes internados em unidades psiquiátricas de curta duração, em fase aguda da doença.

No que concerne aos resultados referentes à **expressão dos comportamentos agressivos**, as diferenças observadas entre o grupo experimental e o grupo de controlo não são tanto relativas à proporção de doentes que desenvolveram tal tipo de comportamentos, mas, sobretudo e com expressão significativa, na frequência, na natureza e na gravidade.

Efectivamente, dos 6 doentes sujeitos ao programa que desenvolveram comportamentos agressivos em nenhum se registou reincidência. Em contrapartida, 6 dos 11 doentes do grupo de controlo (54.50%) em que se observaram estes comportamentos repetiram-nos ao longo do período de desenvolvimento do programa. Esta diferença, estatisticamente significativa, poderá interpretar-se como um dos indicadores de eficácia do programa de AAA (cão) e reforça as conclusões de alguns estudos realizados neste domínio que sugerem este tipo de influência na prevenção de incidentes de violência, sobretudo em contexto psiquiátrico (Walsh *et al.*, 1995). Vai também no mesmo sentido do observado por Lee, 1981 (citado Bustad *et al.*, 1988), em contexto prisional, em que programas com características idênticas resultaram de modo semelhante numa diminuição de incidência de comportamentos violentos.

As diferenças significativas observadas entre os grupos vão para além da frequência dos comportamentos agressivos e notam-se particularmente no que se refere

à menor gravidade dos incidentes registada no grupo experimental, segundo qualquer das classificações utilizadas (SOAS-R de Nijman, 1999b e VAS de gravidade).

Esta diferença, naturalmente, estará relacionada com a menor proporção de doentes do grupo experimental a necessitar de controlo medicamentoso e igualmente de uma menor proporção de casos no grupo experimental em que o comportamento teve consequências nas pessoas envolvidas.

Desta forma, os resultados reforçam a utilidade das AAA que primitivamente foram concebidas, no mesmo contexto, com o interesse em ocupar e ajudar a desenvolver o autocontrolo da pessoa (McCulloch, 1983).

Na perspectiva tradicional, a prevenção de comportamentos agressivos nos doentes com doenças psiquiátricas, para além das medidas restritivas (contenção física e isolamento), centra-se na medicação (Hamilton, 1992) e em estratégias comunicacionais (Nijman *et al.*, 1997b), baseadas em formação profissional específica (Needham, 2004). Todavia, face aos resultados obtidos neste estudo, as AAA podem apresentar-se como uma estratégia inovadora.

Os resultados poderão justificar-se pelo efeito da presença e interação com o animal na diminuição de ansiedade, do stress e do medo, características da condição de doente em fase aguda da doença psiquiátrica hospitalizado. A importância desta interferência é suportada pelos modelos explicativos dos comportamentos agressivos descritos na literatura, de que são exemplos “O ciclo da Agressão Física” e o “Modelo Cognitivo” (Mason & Chandley, 1999), que alicerçam estes comportamentos nas emoções que emergem em situações de ameaça e de medo. Ao nível dos principais factores que têm sido considerados como precipitantes, relevam-se as alterações psicopatológicas (e.g. delírios e alucinações) (Nijman *et al.*, 1999a), que fazem com que o doente, não tendo a noção da realidade se possa sentir ameaçado e, num estado de elevada ansiedade, possa responder de modo a “defender-se” através deste modo comportamental. Outro factor na origem da implosão destes incidentes pode relacionar-se com o stress vivido pelos doentes face às variáveis contextuais, ora, as evidências dos resultados de várias pesquisas têm mostrado que as AAA, no mesmo sentido das observações deste estudo, são eficazes na promoção de condições fisiológicas que favorecem a diminuição da ansiedade e do stress (Wilson, 1991; Barker & Dawson, 1998), efeitos que poderão justificar os resultados obtidos.

No que se refere aos resultados inerentes à **expressão da sintomatologia psiquiátrica**, verificou-se que os grupos se revelaram equivalentes tanto na primeira como na segunda avaliação (após a intervenção), quer na avaliação global da *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS: Ventura *et al.*, 1993) quer no respectivo índice psicótico.

A evolução positiva observada em ambos os grupos de doentes dever-se-á aos processos de tratamento psicofarmacológico normalmente instituídos. Ambos os grupos foram sujeitos ao tratamento psicofarmacológico, sobretudo com psicolépticos, que actuam como bloqueadores da actividade dopaminérgica, normalmente indicados para combater os sintomas psicóticos positivos.

Naturalmente, atendendo aos princípios éticos a que se devem subordinar este tipo de estudos, não interferimos com os protocolos terapêuticos e baseámos a hipótese de influência positiva das AAA (cão) na diminuição da sintomatologia psiquiátrica no pressuposto de um efeito subsidiário deste tipo de programa. De facto, programas desta natureza têm sido implementados, nomeadamente com doentes com perturbações psiquiátricas graves, quer em fase aguda quer em outras fases de desenvolvimento da doença, e considerados importantes tanto para a recuperação do equilíbrio mental destas pessoas, como na promoção da sua estabilização clínica e na prevenção de recaídas através do reforço de recursos pessoais de auto-eficácia e autonomia e da melhoria de competências sociais (Berget *et al.*, 2008; Friedmann *et al.*, 2007; Kovács *et al.*, 2006 e 2004).

Contudo, na investigação que realizámos, particularmente ao nível da sintomatologia psiquiátrica, não se confirmou o efeito esperado.

Relativamente aos resultados inerentes à **experiência e expressão da ira**, ao nível das diferentes escalas que compreendem o *State-Trait Anger Expression Inventory-2* (STAXI-2: Spielberger, 1999) (adaptado conforme Estudo 2): Ira Estado, Ira Traço, Ira Expressão e Ira Controlo, estes não indicam diferenças significativas entre os grupos, quer nas avaliações parcelares quer na evolução. No entanto, consideramos ser de realçar os resultados obtidos ao nível da “Ira Estado”, em que, observando-se um decréscimo da Ira em ambos os grupos, este é mais pronunciado no grupo experimental (estatisticamente significativo). Para além disso, destaca-se a evolução do controlo da ira, que no grupo experimental se registou no sentido do seu incremento, enquanto no grupo de controlo essa evolução foi inversa.

Deste modo, embora os resultados não corroborem na íntegra a hipótese formulada de que as AAA (cão) influenciam positivamente a experiência e expressão da ira, resulta alguma evidência da sua possível influência na prevenção dos comportamentos agressivos, já que as diferenças verificadas se situam ao nível do estado e controlo da ira, factores claramente associados ao despoletar destes comportamentos (Oatley & Jenkins, 2002; Doron & Parot, 2001; Zamble & Qinsy, 1997).



#### 4.2 – AAA na promoção do bem-estar sócio-emocional dos doentes hospitalizados

Centramo-nos agora na avaliação do programa de intervenção AAA (cão) como estratégia de promoção do bem-estar sócio-emocional dos doentes hospitalizados, em contexto psiquiátrico. Dos resultados obtidos no estudo, destacamos como referência para discussão os que se salientam como significativos, na atitude geral dos doentes nas sessões com o animal, na evolução dos comportamentos dos doentes em sessões com o animal e, ainda, na comparação dos comportamentos dos doentes em sessões com e sem o animal.

Considerando a **atitude dos doentes nas sessões com o animal**, evidenciou-se que em geral os doentes manifestaram interesse, envolvimento e agrado em participar nas diversas sessões, facto este observado na maior parte dos estudos referidos na literatura (e.g. Gorczyca *et al.* 2000; Fine, 2000). Nesta atitude globalmente positiva, ressaltam algumas diferenças. Ao nível das que julgamos mais significativas entre os homens e as mulheres, as últimas mostram mais sinais de agrado e alegria (comportamentos sócio-afectivos), enquanto aqueles se ocupam mais com actividades de brincadeira com o animal (comportamentos de interacção psicomotora) (Prato-Previd *et al.*, 2006). Também na interacção com os respectivos pares se notam poucas diferenças tendo em conta as características dos doentes, sendo que a escolaridade e o diagnóstico médico (com e sem esquizofrenia) se revelam como as mais discriminantes: Os indivíduos com maior escolaridade falam e tocam durante mais tempo e os que não têm diagnóstico de esquizofrenia são os que mantêm comportamentos de jogo mais duradouro. Relativamente aos comportamentos não dirigidos aos protagonistas (cão ou seu par), distingue-se como mais saliente o facto de se ter observado que os homens passaram mais tempo deitados e os doentes com o diagnóstico de esquizofrenia adoptaram menos as posições de abaixado. Esta característica no comportamento dos homens poderá estar associada sobretudo a questões de carácter cultural, enquanto que no caso dos doentes com esquizofrenia se pode justificar pela habitual rigidez comportamental e dificuldade em adoptar uma postura que, de algum modo, pode representar uma perda de segurança.

Quanto à **evolução dos comportamentos dos doentes** ao longo do programa, assinalam-se diferenças significativas quer no comportamento de interacção com o animal, quer no comportamento com o seu par, quer ainda nos comportamentos não dirigidos aos protagonistas.

Na **interacção com o animal**, de um modo geral, o que se destaca é que na última parte os participantes passaram a manifestar comportamentos de aproximação

durante mais tempo. A evolução deste comportamento foi mais marcada em doentes do sexo feminino, com menos idade, sem o diagnóstico de esquizofrenia ou com história de internamentos anteriores. Esta evolução poderá resultar de estes grupos de doentes nos primeiros contactos sentirem mais dificuldades, evoluindo mais após a familiarização com o processo.

Nos doentes com diagnóstico de esquizofrenia é marcante a evolução negativa da frequência do comportamento de “Fala” e da frequência e duração do comportamento de “Brincar com objectos”. Estes resultados não traduzirão descentração da actividade, uma vez que os doentes com este diagnóstico desenvolveram outros comportamentos de aproximação ao animal, mas talvez se compreenda por aqueles comportamentos implicarem mais energia e ritmo para o seu desenvolvimento, que a medicação antipsicótica a que estão sujeitos dificulta.

Tendo em conta os comportamentos de **interacção com os seus pares**, nas sessões com o animal, em termos gerais sobressai um aumento da frequência e duração dos comportamentos positivos de interacção e diminuição dos comportamentos negativos (alheamento e enfado). Todavia, só se observa como significativa a frequência do rir e sorrir e a duração no jogo.

Considerando as diversas características dos doentes, o rir e sorrir é o comportamento com maior discriminação segundo os grupos: mais entre as mulheres, em doentes com mais escolaridade, sem diagnóstico de esquizofrenia ou com história de internamentos anteriores. Este comportamento evolui também mais nos sujeitos com *scores* de Ira traço mais elevados ou de expressão da ira mais baixos. A evolução do comportamento de jogo é discriminada de uma forma muito semelhante pelos grupos não aparecendo aqui as variáveis clínicas como relevantes. Por outro lado, a duração do toque evoluiu mais nos homens e a respectiva frequência mais nos doentes com menos idade. Os critérios explicativos destas diferenças poder-se-ão encontrar nas distintas competências sócio-emocionais e nos condicionantes culturais destes grupos.

Maior frequência de comportamentos de sorrir e rir (enquanto manifestação de prazer) nas mulheres foi também observado por Marr *et al.* (2000), num estudo com o propósito de avaliar a influência das Terapias Assistidas por Animais (TAA).

Atendendo aos **comportamentos não dirigidos aos protagonistas**, na amostra global realça-se uma evolução no sentido do aumento da frequência e da duração de posturas que indicam maior relaxamento e disposição para interagir com o animal. Particularmente, é significativo o aumento da frequência e da duração da posição de deitado e, em contrapartida, a diminuição da posição de pé.

Considerando os doentes do grupo experimental de acordo com as suas características, verifica-se que a evolução atrás descrita é especialmente evidente no

sexo masculino e nos doentes com menor idade, sendo ainda significativa nos doentes com menos escolaridade, com diagnóstico de esquizofrenia ou com história de internamentos anteriores.

Embora se perceba pela análise da evolução dos comportamentos ao longo das sessões que o programa de intervenção com o animal reverte num efeito de bem-estar sócio-emocional dos doentes, a sua função torna-se mais clara quando procedemos à **comparação dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes nas sessões com e sem animal.**

Desta comparação o que sobressai é que o animal torna-se o centro de grande parte da atenção dos doentes, verificando-se que na sua presença os **comportamentos de interacção com o seu par** são menos frequentes e de menor duração, mas também que as manifestações de enfado e alheamento são menores. Por outro lado, quando se analisam os **comportamentos não dirigidos aos protagonistas**, releva-se que nas sessões com o animal os doentes adoptam mais posturas de relaxamento, facilitam a interacção com o animal e, simultaneamente, se mostram mais activos.

Deste modo, os resultados não são totalmente concordantes com outras perspectivas e pesquisas que salientavam como efeito principal das AAA (cão) a melhoria das relações interpessoais, particularmente o destaque na atribuição de funções do animal como lubrificante social e catalizador das interacções, por exemplo, registado por Boris Levison, o pioneiro destes programas em contexto psiquiátrico (Corson & Corson, 1978), e reforçado, posteriormente, por Barack *et al.* (2001), Bernstein *et al.* (2000), Hall & Malpus (2000) e McNicholas & Collins (2000).

Em contrapartida, pode interpretar-se que a função peculiar do animal neste contexto se situa sobretudo ao nível da concentração, estimulação e motivação para a acção e favorecendo o envolvimento nas actividades que se desenrolam.

Estes efeitos de motivação e focalização da atenção dos doentes foram realçados por Friedman (2000); Straaman *et al.* (1997) e Kongable *et al.* (1989) e de redução da apatia (alheamento) de modo significativo por Motomura *et al.*, 2004. Esta atenção poderá resultar numa diminuição de ansiedade e do stress e, nesse sentido, ser benéfico na regulação das emoções (Fine, 2000) e conter a curto prazo os estímulos interpretados como ameaçadores pela pessoa (Harris, 1993; Wilson, 1987; Baun *et al.*, 1984; Katcher, 1981).

O efeito de estímulo à actividade física é também descrito por numerosos autores, como resultados de estudos em que se utiliza um animal deste tipo, em contextos diversos.

Assim, os resultados permitem admitir que em termos gerais se confirma a hipótese de que “As Actividades Assistidas por Animais influenciam positivamente a expressão de comportamentos que traduzam bem-estar sócio-emocional na relação com o animal e com o seu par dos doentes internados em unidades psiquiátricas de curta duração, em fase aguda da doença”, todavia essa expressão de bem-estar não se traduz tanto na melhoria da relação interpessoal, mas sobretudo na descentração dos factores ansiogénicos e na distração e envolvimento que na presença do animal promove e origina emoções e sentimentos positivos de alegria e prazer.

### 4.3 – Limitações do estudo

Os vários estudos realizados com o objectivo de avaliar a eficácia das AAA em contextos psiquiátricos (e.g. Barker *et al.*, 2003; Beck, 2002; Banks & Banks, 2002; Rowan & Lori, 2000) orientaram-se por objectivos distintos e adoptaram programas de intervenção diferentes. Por esta razão, dispúnhamos de escassas referências na literatura com as quais pudéssemos confrontar os resultados deste estudo.

Por outro lado, a complexidade das opções metodológicas relacionadas com a natureza do campo de investigação, com os critérios de selecção da amostra, com a concepção inovadora do programa de intervenção e com os instrumentos de medida utilizados, assim como as exigências de tratamento e análise dos dados têm que ser tidas em conta na leitura dos resultados.

Antes de se iniciar o trabalho de campo, tal como foi descrito no capítulo da Metodologia, foi realizada uma experiência piloto para se poder testar as condições de realização da intervenção de AAA e aferir da exequibilidade dos processos de observação e medição das variáveis previstas, no sentido de se controlarem algumas dificuldades e aumentar o rigor dos dados.

No entanto, apesar dos esforços encetados, houve alguns aspectos relacionados com a concepção do programa, que simultaneamente se interligavam com outros aspectos, nomeadamente a constituição e a permanência dos pares de doentes. A impossibilidade de um dos elementos continuar, o que aconteceu por vários motivos (alta precoce, agravamento da situação clínica, etc.), resultou numa redução da amostra, que naturalmente teve implicações negativas no poder dos testes das hipóteses.

Os instrumentos de medida de algumas variáveis implicaram diferentes colaboradores, por exemplo os profissionais de enfermagem que realizaram a observação e registo dos comportamentos agressivos. Apesar desta ser uma tarefa acrescida para eles, por não ser considerado um registo instituído de forma sistemática,

resultou de um acordo prévio com a investigadora e foi precedida de treino, especificamente com a sua participação no Estudo 1, em que foram utilizados os mesmos instrumentos.

Devido à escassez de recursos (humanos e financeiros) para o envolvimento de colaboradores “independentes” na realização de entrevistas clínicas, observação e registo da sintomatologia psiquiátrica, tornou-se necessária a participação da investigadora neste processo, o que poderá levantar algumas questões de fidelidade. O mais problemático foi a sua participação na avaliação clínica, através do uso da BPRS, de Ventura *et al.* (1992), que exigia uma avaliação cega. Contudo, a experiência clínica e formação na área de prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e o estrito respeito pelos princípios de neutralidade, sob orientação de um guião de entrevista clínica, terão minimizado os vieses.

A adaptação do instrumento seleccionado (STAXI-2; Spielberger, 1999), realizada no Estudo 2, constitui um critério de validade/fidelidade, na medição da variável Experiência e Expressão da Ira.

O registo das sessões em vídeo envolvia o risco de interferir na espontaneidade dos comportamentos dos doentes durante a realização das sessões com e sem animal. Esta é uma limitação incontornável, embora tivessem sido tomadas decisões posteriores para aliviar esse efeito, especificamente a anulação dos primeiros três minutos do registo, tempo que consideramos razoável para a adaptação dos pares às sessões e se abstraírem do registo em vídeo.

A observação dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes requereu a elaboração prévia de um *etograma* baseado em observações preliminares dos filmes com a colaboração de três peritos nesta área. Também foi necessária a colaboração de uma especialista na configuração dos critérios de observação necessários à utilização do programa *The Observer* (versão 4.1) e a preparação e treino da investigadora para que pudesse utilizar o referido programa.

A fidelidade dos resultados medida pelos testes estatísticos que permitiram comparar os grupos no sentido de avaliar a eficácia do programa pode ser reforçada pela equivalência dos grupos experimental e de controlo quanto à sua caracterização socio-demográfica e clínica.

Por fim, realçamos o esforço que a dupla (animal/educador) desenvolveu para tornar possível a consecução dos objectivos do estudo, sendo necessário a sua preparação prévia e antes de cada sessão um cuidado especial do animal por parte do educador para garantir o seu bem-estar e continuar com a mesma satisfação naquela tarefa.



## CONCLUSÃO

Numerosos estudos têm sido realizados sobre a violência em contexto psiquiátrico, com os mais diversos propósitos, facultando uma compreensão mais ampla do fenómeno e proporcionando conhecimentos no sentido de melhorar os procedimentos clínicos para a sua prevenção e controlo.

No entanto, este fenómeno ainda se regista como de elevada prevalência e/ou frequência em determinadas unidades de internamento psiquiátrico e associa-se a implicações negativas, particularmente para os doentes e os profissionais.

Referimo-nos a um contexto peculiar em que, por vezes, perante situações de violência física iminente, sobretudo por parte de doentes com preditores de violência, se torna inevitável implementar medidas restritivas físicas, de isolamento e/ou medicamentosas. Estas situações envolvem naturalmente momentos emocionais intensos (medo e ira) e, por inerência do cargo, são geralmente os profissionais de enfermagem os primeiros alvos daqueles comportamentos e a quem compete as medidas imediatas de controlo. Por essa razão, devem ser consideradas estratégias eficazes e condições de protecção e de regulação na actuação, promovendo um ambiente terapêutico e, simultaneamente, seguro.

Os doentes com doenças psiquiátricas graves experimentam o impacto dos respectivos sintomas e estão sujeitos aos processos de tratamento médico, que envolvem por vezes internamentos involuntários e administração de medicamentos de difícil adesão por dificuldades de reconhecimento da doença ou de aceitação dos seus efeitos secundários, entre outros condicionantes. Naturalmente, os doentes sentem-se comprometidos em termos funcionais no seu bem-estar e no sentido de qualidade de vida, gerando elevados níveis de ansiedade e stress.

Apesar de ser clara a eficácia de alguns programas terapêuticos instituídos, especialmente os psicofarmacológicos, reconhece-se que outras intervenções poderão também ser eficazes na prevenção do fenómeno, incluindo as estratégias verbais/comunicacionais e as de carácter lúdico e ocupacional. A literatura recomenda a existência de protocolos de intervenção deste género, centrados em processos sistemáticos e que envolvam de forma activa os doentes.

As evidências científicas sobre os efeitos de alguns animais de estimação na promoção do bem-estar sócio-emocional e na regulação das emoções das pessoas com ou sem problemas de saúde, e particularmente deste tipo de efeitos resultantes de programas baseados em Actividades Assistidas por Animais (AAA) no quadro de diversos

contextos de saúde, reforça o interesse e a conjectura de que um programa desta natureza poderá contribuir, ainda que de um modo complementar, para minimizar o fenómeno da violência em contextos psiquiátricos de risco.

Neste sentido, o trabalho de investigação desenvolvido e descrito nesta dissertação orientou-se pelo propósito fundamental de avaliar os efeitos benéficos de um programa de intervenção de AAA (cão) nos doentes hospitalizados em contexto psiquiátrico, constituindo um factor de prevenção e controlo das emoções e sentimentos de risco.

A organização do trabalho passou pela realização de três estudos com objectivos diferenciados, sendo os dois primeiros preparatórios, norteados para uma melhor compreensão do fenómeno em unidades de internamento psiquiátrico e para apoiar decisões metodológicas a considerar no estudo final. Especificamente, realizámos o Estudo 1, que possibilitou a caracterização do fenómeno nestes contextos, as opções pelos campos de investigação (unidades de internamento de curta duração) e a aferição de estratégias para a operacionalização da variável “comportamentos agressivos”. E o Estudo 2 foi realizado com o objectivo de adaptar o *Inventário da Expressão da Ira Estado-Traço (STAXI-2)* de Spielberg (1999), essencial para medir a variável Experiência e Expressão da Ira, normalmente associada ao desenvolvimento dos comportamentos agressivos.

O estudo final, Estudo 3, de tipo *quasi-experimental*, centrou-se na análise da influência de um programa de intervenção AAA (cão) – desenvolvido no âmbito deste trabalho – na prevenção de violência e na promoção de bem-estar sócio-emocional dos doentes internados em unidades de curta duração em fase aguda da doença e classificados como de risco de desenvolverem comportamentos agressivos. Como indicadores de prevenção da violência, foram consideradas a frequência deste tipo de comportamentos, assim como a sua natureza e gravidade e, ainda, a sintomatologia psiquiátrica e as variáveis relacionadas com a experiência e expressão da ira.

De acordo com esta organização do trabalho, apresentamos de seguida de forma sumária as conclusões dos estudos e respectivas implicações.

No que se refere ao **Estudo 1**, devido à inexistência de dados que caracterizem o fenómeno de violência em contexto psiquiátrico, em Portugal, estendemos tanto quanto possível a selecção dos contextos de análise, incluindo internamentos de curta e longa duração, em Instituições públicas nos Concelho de Coimbra e de Montemor-o-Velho. Por se saber que são comuns divergências nos significados atribuídos aos comportamentos agressivos e as dificuldades com o seu registo sistemático na clínica, foi feita uma preparação prévia dos respectivos profissionais de enfermagem. O instrumento de caracterização dos comportamentos agressivos, seleccionado pela sua utilização em



diversos estudos de referência foi o SOAS-R (Nijman *et al.*, 1999c), sujeito a uma tradução prévia para a língua portuguesa.

Este primeiro estudo permitiu-nos constatar que no global das 12 unidades seleccionadas, a prevalência e a frequência dos comportamentos agressivos, em termos médios (16.91% e .95 incidentes por cama por ano), inscrevem-se dentro dos intervalos registados pelos autores, em estudos realizados em diferentes países. Contudo, os valores observados aproximam-se mais dos limites inferiores.

Tendo em conta o tipo de unidades, os valores médios da prevalência, quer nas unidades de internamento de curta duração (9.90%) quer nas de de internamento de longa duração (52.89%), também se situam dentro dos intervalos de variação dos registados em diversos estudos de referência. Todavia, as frequências médias de incidentes obtidas neste estudo, tanto em unidades de internamento de curta (1.7 incidentes agressivos por cama por ano) como nas de longa duração (.7 incidentes agressivos por cama por ano), em relação à maioria dos resultados obtidos em outros estudos europeus, são das mais baixas.

Quanto à sua natureza e contextos, em termos gerais, apresentam características semelhantes às descritas em outros estudos de referência. Os resultados indicam que os comportamentos agressivos que envolveram apenas a agressão verbal foram menos registados, enquanto que os que os que envolveram simultaneamente a agressão verbal e partes do corpo foram os mais registados. Deste facto, terá resultado que a maioria dos incidentes foram avaliados como de gravidade moderada ou severa. O baixo registo de incidentes agressivos unicamente verbais sugere uma desvalorização destes, supostamente pela ideia da sua inevitabilidade e de que não produzem consequências directas. Não obstante, alguns estudos indicam que este tipo de comportamentos produzem consequências, pela sua persistência e continuidade, que poderão ser traduzidas por danos psicológicos nos profissionais. Portanto, parece-nos ser de enfatizar a necessidade deste tipo de agressões e considerá-los em estudos de impacto na saúde das vítimas.

Salientam-se igualmente algumas discrepâncias verificadas nos dois tipos de unidades relativamente à natureza dos comportamentos agressivos registados. Por exemplo, os enfermeiros são o principal alvo em unidades de internamento de curta duração, enquanto que os doentes são o principal alvo nos de longa duração. Deste modo, a problemática dos comportamentos agressivos em unidades de longa duração poderá ter alguma semelhança com o *bullying* ou com a “violência doméstica”, já que ocorrem sobretudo no contexto de relação entre pares (doente-doente).

A realização deste estudo permitiu-nos confirmar que a violência nestes contextos se trata de um fenómeno com uma tradução real em frequências e

prevalências relevantes. Consequentemente, com implicações aos diversos níveis, exigindo investimento na formação dos profissionais para uma intervenção mais efectiva e na implementação de estratégias inovadoras, em que as AAA se apresentam como possibilidade.

O **Estudo 2** foi decidido pela necessidade em adaptar um instrumento que nos permitisse medir a variável Experiência e Expressão de Ira, que foi analisada no estudo 3, como um dos factores de risco de violência. Escolhemos para esse fim o *Stait-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI-2) (Spielberger, 1999) foi necessário proceder à sua adaptação para a língua portuguesa, dado o desconhecimento de outra versão com essa característica.

Deste estudo, resultou uma versão adaptada com bons critérios de fidelidade e validade, em consonância com os obtidos por outros autores (eg. Tobal *et al.*, 2001; Bitti *et al.*, 1997) em processo de adaptação a outras línguas e contextos. Foram retidas as 4 escalas principais e 5 sub-escalas, aproximando-se da estrutura proposta pelo autor para a versão original, à excepção do facto de nas escalas de Ira Expressão e Ira Controlo não se diferenciarem as sub-dimensões inicialmente concebidas.

No que respeita o **Estudo 3**, como já se referiu, este foi realizado com o objectivo de avaliar a eficácia de um programa de intervenção AAA (cão) na prevenção da violência no contexto psiquiátrico e na promoção dos comportamentos sócio-emocionais dos doentes.

Tendo em conta a maior frequência de incidentes observada no âmbito do primeiro estudo preparatório em unidades de internamento de curta duração, optámos por aí desenvolvermos a experimentação, centrando-nos em doentes em fase aguda da doença, que, à partida, apresentam maior risco de desenvolverem comportamentos agressivos, mesmo prevendo as dificuldades práticas que daí decorreriam para a realização do estudo. Um outro motivo para esta opção foi a existência já de vários estudos do género com doentes em contextos de internamento de longa duração (por exemplo, residências psiquiátricas).

Enquanto estudo *quasi-experimental*, passou pela constituição de um grupo experimental (n=26) e outro de controlo (n=26) com características socio-demográficas e clínicas equivalentes.

A avaliação da eficácia do programa de intervenção AAA (cão) na prevenção da violência foi baseada nos resultados obtidos considerando as hipóteses formuladas, em que se prevê que aquele programa influencia positivamente: a frequência, a natureza e a gravidade dos comportamentos agressivos; a diminuição da expressão de sintomatologia psiquiátrica e ainda alguns indicadores da experiência e expressão da ira.

Na sua globalidade, embora não se possam considerar conclusivos alguns dos resultados obtidos, como sejam os referentes à expressão dos comportamentos agressivos, já que o tamanho da amostra era pequeno e o número de incidentes observado durante o período do programa foi reduzido, obteve-se alguma evidência de que um tal tipo de programa pode de facto influenciar positivamente a frequência, a natureza e a gravidade dos comportamentos agressivos dos doentes internados em contexto psiquiátrico. Evidências essas traduzidas dos resultados que se diferenciaram no grupo experimental, no qual se verificou menos doentes com comportamentos agressivos e sem repetição dos mesmos. Para além disso, os incidentes registados no grupo experimental foram de menor gravidade e geraram menos consequências sobre as vítimas, necessitando em menor proporção de "administração de medicação" para o respectivo controlo.

Pelo contrário, não se registaram diferenças significativas entre os grupos no que se refere à expressão sintomatologia psiquiátrica e na experiência e expressão da ira. No entanto, podemos sublinhar que o grupo experimental evoluiu no sentido de um estado de menor ira e de um maior controlo da ira, contrariamente ao grupo de controlo em que só diminuiu o estado da ira. Uma das conclusões possíveis é que o efeito maior sobre estas variáveis se deve ao tratamento médico.

Relativamente à avaliação da eficácia do programa de intervenção AAA (cão) na promoção do bem-estar sócio-emocional dos doentes, os resultados obtidos basearam-se na análise da atitude geral dos doentes do grupo experimental perante o animal, na evolução dos respectivos comportamentos e na comparação destes em sessões com e sem animal.

No que respeita ao comportamento dos doentes em sessões com o animal, salienta-se uma atitude globalmente positiva, com revelação de indicadores de agrado e satisfação, visivelmente marcados através dos comportamentos de rir e sorrir, pelo envolvimento e por actividades de brincadeira com o animal.

Quanto à evolução dos comportamentos dos doentes, salienta-se a evolução significativa na interacção com o animal, destacando-se esta no respeitante aos comportamentos de aproximação (mais duradouros); na interacção com o seu par, aumentaram os comportamentos positivos de rir e sorrir (mais frequentes), e o jogo (mais duradouro) e diminuíram os negativos, de alheamento e de enfado; nos comportamentos não dirigidos aos protagonistas, evoluiu positivamente a posição de "Deitado" e negativamente a posição "De pé".

A adopção destes comportamentos ao longo das sessões com intervenção do animal pode interpretar-se como sinais de aumento do bem-estar sócio-emocional dos doentes, de qualquer maneira os resultados da comparação dos comportamentos sócio-

emocionais dos doentes nas sessões com e sem animal evidenciam de forma mais clara a sua influência positiva.

Comparando os resultados das sessões com e sem animal, sobressai que este se torna o centro da atenção, enquanto que os comportamentos de interação do doente com o seu par são menos frequentes e de menor duração, observa-se simultaneamente, que as manifestações de enfado e alheamento são menores. Por outro lado, quando se analisa os comportamentos não dirigidos aos protagonistas, releva-se que nas sessões com o animal os doentes adoptam mais posturas de relaxamento e facilitadoras da interação com o animal, mostrando-se igualmente mais activos.

Assim podemos concluir que, em termos gerais, a hipótese formulada foi corroborada pelos resultados, traduzindo estes uma influência positiva do programa de intervenção AAA (cão) na promoção da descentração por parte dos doentes relativamente aos estímulos que poderão ser entendidos como ameaçadores, especialmente importante na fase aguda da doença. De igual modo, a centração na actividade, a estimulação e a motivação para a acção, favorecendo o envolvimento nas actividades em curso, para além de resultarem em bem-estar sócio-emocional, serão factores de regulação das emoções e sentimentos negativos, que poderão estar na origem de comportamentos agressivos.

Considerando as características do contexto, particularmente serem unidades vocacionadas para assistirem os doentes em fase aguda da doença, sobretudo os que apresentam sintomatologia psicótica, a aplicação dum programa deste género deverá pressupor uma avaliação prévia dos doentes, nomeadamente no que se refere à capacidade de envolvimento e partilha, nível de tolerância a novas situações, risco de comportamentos agressivos, de modo a que os resultados possam ser maximizados, tirando proveito do contacto com o animal, sem pôr em risco a relação com os pares e sem agravar o seu estado de ansiedade.

Em suma, os comportamentos agressivos dos doentes em contexto psiquiátrico são um fenómeno relativamente frequente e complexo que merece ser monitorizado e tido em conta nos processos cuidadosos dirigidos aos doentes e nas implicações sobre as vítimas. Tradicionalmente, os meios de prevenção e controlo destes comportamentos centram-se na administração de psicofármacos, em habilidades comunicacionais, que os profissionais devem treinar, e em medidas restritivas, que os regulamentos e os códigos de conduta tendem a delimitar. Ora, salvo naturalmente os recursos comunicacionais, estas medidas têm elevados custos económicos e no bem-estar e dignidade do doente, devendo os serviços estarem abertos a estratégias inovadoras e humanizadas, tais como as AAA, que, como os resultados deste estudo sugerem, podem ser relevantes como

## Conclusão

formas complementares de prevenir e controlar a violência neste contexto. As AAA poderão ser integradas como programas lúdico-ocupacionais ou, simplesmente como modo de proporcionar um ambiente terapêutico mais desafectado da orgânica institucional, característica deste tipo de unidades.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M.V. (2002). *Cinco ensaios sobre motivação*. 2ª Ed. Coimbra: Almedina.
- Alaa, E.S.; & Hashim, R. (2001). Risk Factors and Correlates of Violence Among Acutely Ill Adult Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*, 52(1), 75-80.
- Albert, J.M.; Elie, R.; Cooper, S.E.; *et al.* (1977). Efficacy of SCH-12679 in the management of aggressive mental retardate's. *Current Therapeutic Research*, 21, 786-795.
- Almvik, R.; Woods, P.; & Rasmussen, K. (2000). The Bröset Violent Checklist. Sensitivity, Specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1284-1296.
- American Occupational Therapy Association (1994). Uniform terminology for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1047-1054.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, E. (1997). Violence and the inner-city street code. In J.McCord (ED.), *Violence and childhood in the inner city*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Anderson, W.P.; Reid, C. M. & Jennings, G.L. (1992). Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease. *The Medical Journal of Australia*, 7, 157 (5), 298-301.
- Arkow, P. (1982). *How to Start a Pet Therapy Program*. Alameda: Calif, Latham Foundation.
- Asberg, M.; Montgomery, S.A.; Scalling, D.; *et al.* (1978). Comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 57 (S271), 5-27.
- Averill, J. (1982). *Anger and aggression: An Essay on Emotion*, New York: Springer-Verlag.
- Azevedo, M.H.P.; Câmara, J.G.; & Maia, M.O. (1980). Manejamento do Doente Violento. *Psiquiatria Clínica*, 1 (Supl.1), 117-120.
- Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounters and life paths. *American Psychologist*, 37, 747-755.
- Banks, M.R., & Banks W. A (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long term care facilities. *The Journals of Gerontology*, 57(7), 28-32.
- Barak, Y.; Savorai, O.; Mavashev, S.; *et al.* (2001). Animal - assisted therapy for elderly schizophrenic patients: a one year controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 439- 442.

- Bardill, N. (1994). Animal Assisted Therapy with hospitalized adolescents. Florida. A Thesis presented to the Graduate School of The University of Florida in Partial fulfilment of the requirements for Degree of Master of Science in Nursing. Chairperson: Sally Hutchinson; Major Department: Nursing.
- Barker, S.B.; Pandurangi, A.K.; & Best, A.M. (2003). Effects of animal-assisted therapy on patients' anxiety, fear, and depression before ECT. *The Journal of ECT*, 19(1), 38-44.
- Barker, S.B.; & Dawson, Kathryn S. (1998). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Anxiety Ratings of Hospitalized Psychiatric Patients, *Psychiatric Services*, 49, 797-801.
- Barstow, D.G. (1995). Self-injury and self-mutilation. Nursing approaches. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33, 19-22.
- Bauman, A.E.; Russel, S.J.; Furber, S.E.; et al. (2001). The epidemiology of dog walking: an unmet need for human and canine health. *The Medical Journal of Australia*, 175, 632-634.
- Baun, M.M.; & McCabe, B.W. (2000). The role animals play in enhancing quality of life for the elderly. In Aubrey Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 237-251). USA: Academic Press.
- Baun, M.M.; Nancy, B.; Nancy, L.; et al. (1984). Physiological Effects of Petting Dogs: Influences of Attachment. In R.K. Anderson; B. Hart; & L. Hart (Ed.), *The Pet Connection* (pp. 162-170). Minneapolis: University of Minneapolis Press.
- Beadsmoore, A.; Moore, C.; Muijen, M.; et al. (1998). *Acute problems: A survey of the quality of care in acute psychiatric wards*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Bech, P. (1994). Measurement by observations of aggressive behaviour and activities in clinical situations. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 4, 290-302.
- Beck, A.M. (2000). The use of animals to benefit humans: Animal-Assisted Therapy. In Aubrey Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 21-40). USA: Academic Press.
- Beck, A.M.; & Katcher, A.H. (1983). *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals*. Philadelphia: Katcher & Beck (Ed.), University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.M.; Seraydarian, L.; & Hunter, G. F. (1986). The use of animals in the rehabilitation of psychiatric inpatients. *Psychological Reports*, 8, 63-66.
- Becker, E. (1961). Anthropological notes on the concept of aggression. *Psychiatry*, 25, 328- 338.
- Berget, B.; Ekeberg, Ø.; & Braastad, B.O. (2008). Animal-assisted therapy with farms animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability



- and quality of life, a randomized controlled trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(9). BioMedcentral. <http://www.cpementalhealth.com>.
- Berkowitz, L. (1965). The concept of aggressive drive: some additional considerations. In Berkowitz I. (ed.) *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.
- Berkowitz, L. (1993). Towards a general theory of anger and emotional aggression: Implications of a cognitive neo-associationistic perspective for the analysis of anger and other emotion. In R. S. Wyer & T. Srull (Eds.), *Advances in social cognition*. Erlbaum: Hillsdale, NJ.
- Bernstein, P.L.; Friedmann, E.; & Malaspina, A. (2000). Animal – Assisted Therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term care facilities. *Anthrozoös*, 13 (4), 17-25.
- Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Friedman, L.S., Arthus, J. & Osteen, V. (1985). Problem-solving interactions of depressed women and their husbands. *Behaviour Therapy*, 16, 431-451.
- Binder, R.L.; McNeil D.E. (1994). Staff gender and risk of assault on doctors and nurses. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 22(4), 545-550.
- Bitti, P.E.R.; Gremigni, P.; & Baldi, E. (1997). Anger expression and aggressive responding among patients with various pathologies and healthy controls. *Ricerche di Psicologia*, 20(21), 145-158.
- Bjørkly, S. (1995). Prediction of aggression in psychiatric patients, a review of prospective prediction studies. *Clinical Psychology Review*, 15, 475-502.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Bottoms, A.E.; & Wiles, P. (1997). Environmental criminology. In M.R. Maguire, R. Morgan e R. Reiner (Ed.), Third edition. *The Oxford handbook of criminology*. Oxford: Clarendon Press.
- Brendler, J.; Silver, M.; Haber, M.; et al. (1994). *Doença Mental Caos e Violência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brenner, C. (1971). The Psychoanalytic Concept of Aggression. *The International Journal of Psychoanal.*, 52, 137-144.
- Brizer, D.S.; Convit, A.; Krakowski, A.; et al. (1987). A rating scale for reporting violence on psychiatric wards. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 769-770.
- Bryant, B.K. (1990). The richness of the child-pet relationship: A consideration of both benefits and costs of pets to children. *Anthrozoös*, 3, 253-261.

- Bryant, E.; Scott, M.L.; Golden, C.J.; *et al.* (1984). Neuropsychological deficits, learning disability, and violent behaviour. *Journal of Consulting e Clinical Psychology*, 52, 323-324.
- Bullard, H. (2001). Mental disorder and violence. In Shepherd, Jonathan (Ed.), Second edition. *Violence in healthcare: understanding, preventing and surviving violence: a practical guide for health professionals* (pp. 44-62). New York: Oxford University Press.
- Bullinger, M.; Anderson, R.; & Cella, D. (1993). Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2, 451-459.
- Burch, M.R. (1996). *Evaluating animal-assisted therapy programs: Documenting and measuring effectiveness*. Tallahassee, FL: Behaviour Management Consultants, Inc.
- Buss, A.H. (1961). *The Psychology of aggression*. New York: Wiley.
- Buss, A.H.; & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Buss, A.H.; & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal personality and social psychology*, 63(3), 452-459.
- Bustad, L.K.; & Hines, L.M. (1983). Placement of animals with the elderly: benefits and strategies. In A.H. Katcher & A.M. Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. 291-302). Philadelphia: Editors, University of Pennsylvania Press.
- Bustad, L.K.; & Hines, L.M. (1988). Health Benefits of animals. In American Veterinary Association Publications (Ed.) *American Veterinary Association Annual Convention* (pp. 1-20). USA: Schaumburg, IL.
- Cain, A.O. (1983). A study of pets in the family system. In A.H. Katcher & A.M. Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. 72-81). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cardoso, C.M. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carmel, H.; & Hunter, M. (1990). Compliance with training in managing assaultive behaviour injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 558-560.
- Cembrowicz, S.; Ritter, S.; & Wright, S. (2001). Attacks on doctors and nurses. In Shepherd, J. (Ed.), *Violence in healthcare Understanding, preventing and surviving violence: A practical guide for health professionals* (pp. 118-154). Oxford: University Press.
- Chalaby, A. (1999). *Todo Egipto*. 2ª ed. Italia: Casa Editrice Bonechi.
- Chandler, C.K. (2005). *Animal Assisted Therapy*. New York: Counseling. Routledge.

- Chouinard, G.; Annable, L.; Turnier, L.; *et al.* (1993). Double-blind randomised clinical trial of rapid tranquillisation with IM clonazepam and IM haloperidol in agitated psychotic patients with manic symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38 (suppl.4), 5114-5120.
- Christensen, L.B. (2004). *Experimental Methodology*. Nine Edition. USA: Pearson.
- Chung, P.; Schweitzer, I.; Tuckwell, V.; *et al.* (1996). A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 257-262.
- Coldwell, J.B.; Naismith, L. (1989). Violent incidents on special care wards in a special hospital. *Journal of Medicine, Science and the law*, 29(2), 116-123.
- Corson, S. A.; Corson, E. O'L.; Gwynne. P.; *et al.* (1975). Pet-Facilitated Psychotherapy in a Hospital Setting. In H. Masserman, (Ed.), *Current Psychiatric Therapies* (pp. 277-286). New York: Grune and Stratton.
- Corson, S.A. ; & Corson, E. O'L. (1981). Companion Animals as Bonding Catalysts in Geriatric Institutions. In B. Fogle (Ed.), *Interrelations between People and Pets* (pp. 146-174). *Springfield, Ill*: Charles C. Thomas.
- Corson, S.A.; & Corson, E.O. (1978). Pets as mediators of therapy. *Current Psychiatric Therapies*, 18, 195-205.
- Couveur, C. (2001). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Covert, A.M.; Nelson, C.; & Whiren, A.P. (1985). Pets, early adolescents and families. *Marriage and Family Review*, 8, 95-108.
- Cox, V.C.; Paulus, P.B.; & McCain, G. (1984). Prison crowding research. The relevance of prison housing standards and general approach regarding crowding phenomena. *American Psychologist*, 39, 1148- 1160.
- Crespo, J.M. (2006). Psicopatología de la afectividad. In J.V. Ruiloba, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª Edición (pp. 119-213). Barcelona: Masson.
- Crowley-Robinson, P.; Fenwick, D.C.; & Blackshaw, J.K. (1996). A long-term study of elderly people in nursing homes with visiting and resident dogs. *Applied Animal Behaviour Science*, 47, 137-148.
- Cusak, O. (1988). *Pets and Mental Health*. New York: The Haworth Press Inc.
- Damásio, A.R. (2003). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. 23ª Edição. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Davis, S. (1991). Violence by psychiatric inpatients: a review. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 585.
- Delta Society (1992). *Handbook for Animal-Assisted Activity and Animal Assisted Therapy*. USA: Renton, WA: Delta Society.

- Delta Society (1997). *Animal-Assisted Therapy: Therapeutic Interventions*. USA: Renton, WA: Delta Society.
- Delta Society (2000). *The pet partners: Team training course. Pets helping people manual*. USA: Renton, WA: Delta Society.
- Dooley, E. (1986). Aggressive incidents in a secure hospital. *Journal of Medicine, Science and the law*, 26(2), 125-130.
- Doron, R.; & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Douzenis, A.; Galeazzi, G.; & Bowers, L. (2003). Patient-staff Conflict data from Greece, Italy and the UK: A preliminary comparison. Eighth interactive educational meeting. *In European Violence in Psychiatry Research Group: EViPRG, Dissemination Project. Report to the European Commission. EVIPACOM*.
- Drinkwater, J.; & Gudjonsson, G. (1989). The nature of violence in psychiatric hospitals. *In G.R. Hollin & K. Howells (Ed.), Clinical approaches to violence* (pp. 287-310). Chichester: Wiley e Sons.
- Echeburuá, E. (2000). *Personalidades violentas*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Edwards, J.; & Reid, W. (1983). Violence in Psychiatric facilities in Europe and the United States. *In J. Lion & W. Reid (Ed.), Assaults within Psychiatric Facilities* (pp. 131-142). New York: Lion J. & Reid W.
- Eichelman, B. S. (1995). Strategies for Clinician Safety. *In: B.S. Eichelman & A.C. Hartwig (Ed.), Patient Violence and Clinician: Clinical Pratical* (pp. 139-154). Washington: American Psychiatric Press.
- Eichelman, B.S.; & Hartwig, A.C. (1995). *Patient Violence and Clinician: Clinical Pratical*. Washington: American Psychiatric Press.
- Ekblom, B. (1970). *Acts of violence by patients in mental hospitals*. Stockholm: Scandinavian University Press.
- Eliade, M. (1983). *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*. Paris: Éditions Payot.
- Enciclopédia Delta Universal (1982). Editora Delta S.A. Rio de Janeiro (3); p. 1517.
- Enciclopédia Delta Universal (1982). Rio de Janeiro: Editora Delta S.A. (5), 2724.
- Enciclopédia Delta Universal (1982). Rio de Janeiro: Editora Delta S.A. (1); 469.
- Epstein, S. (1998). Emotions and Psychopathology from the Perspective of Cognitive-Experimental Self-Theory. *In W.F. Flack & J.D. Laird (Ed.), Emotions in Psychopathology* (pp. 57-69). New York: Oxford University Press.
- Erikson, E.H. (1975). *Life history and the historical moment*. New York: Norton.
- Erikson, E.H. (1980). *Identity and the life cycle: a reissue*. New York: Norton.
- Estroff, S.E.; & Zimmer, C. (1994). Social networks social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness. *In Chicago University Press (Ed.),*

- Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: Chicago University Press.
- Evenson, R.C.; Sletten, I.W.; Altman, H.A.; *et al.* (1974). Disturbing behaviour: a study of incident reports. *Psychiatric Quarterly*, 48, 266-275.
- Ey, H.; Bernard, P.; & Brisset, C.(1978). *Manual de Psychiatrie*. 5ª ed. Paris: Masson.
- Favazza, A.R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 137-145.
- Felce, D. & Perry J. (1995). Quality of Life: Its Definition And Measurement. *Research In Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Ferrinho, P.; Biscaia, A.; Fronteira, I.; *et al.* (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health*, 7, 1(1),11.
- Fine, A.H. (2000). Animals and therapists incorporating animals in outpatients psychotherapy. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 179-209). USA: Edited by, Academic Press.
- Fogle, B. (1983). How did we find our way here?. In A.H. Katcher & A.M. Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. XXIII-XXV). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Fonseca, A.C. (1983). *A relação intenções/consequências na avaliação moral dos comportamentos agressivos da criança*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Forgays, D.G.; Forgays, D.k.; & Spielberger, C.D. (1997) Factor structure of the State-Trait Anger Expression Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 69 (3), 497-507.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Fottrell, E. (1980). A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 136, 216-221.
- Francis, S. (2001). Limiting violence through good design. In J. Shepherd (Ed.). *Violence in health care: understanding, preventing and surviving violence – a practical guide for health professionals* (pp. 94-117). New York: Oxford, University Press.
- Friedmann, E. (2000). The animal-human bond: health and wellness. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 41-58). USA: Academic Press.
- Friedmann, E.; Katcher, A. H. & Meislich, D. (1983). when pet owners are hospitalized: significance of companion animals during hospitalization. In A.H. Katcher & A.M.

- Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. 346-350). Philadelphia: Editors, University of Pennsylvania Press.
- Friedmann, E.; Katcher, A.H.; Lynch, J.J.; *et al.* (1980). Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Rep*, 95(4), 307-312.
- Friedmann, E.; Thomas, S.A.; Cook, Linda K.; *et al.* (2007). A friendly dog as potential moderator of cardiovascular response to speech in older hypertensive's. *Antrozoös*, 20 (1), 51-63.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fuller-Torrey, M. (1994). Violent behaviour by individuals with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 553-662.
- Fuqua, D.R.; Leonard, E.; Masters, M. A.; *et al.* (1991). A structural analysis of the Stait-Trait Anger Expression Inventory. *Educational & Psychological Measurement*, 51 (2), 439-446.
- Furman, W. (1989). The development of children's social networks. In D. Belle (Ed.) *Children's social networks and social supports* (pp. 151-172). New York: Willey.
- Gardner, W.; Lidz, C. W.; Mulvey, E. P.; *et al.* (1996). Clinical versus actuarial predictions of violence in patients with mental illnesses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 602-609.
- Garrity, T.F.; Stallones, L.; Marx, M. B; *et al.* (1989). Pet ownership and attachment as supportive factors in the health of the elderly. *Anthrozoös*, 3, 35-44.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. 3ª ed. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Gerlock, A.A. (1994). Veterans' responses to anger management intervention. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(4), 393-408.
- Giovannoni, J.M.; & Gurel, L. (1967). Socially disruptive behaviour of ex-mental patients. *Archives of General Psychiatry*, 17, 146-53.
- Gleitman, H.; Fridlund, A. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goldmeier, J. (1986). Pets or People: Another Research Note. *Gerontologist*, 26 (2), 203-206.
- Goodwin, C.J. (2005). *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Gorczyca, K.; Fine, A. H. & Spain, C. V. (2000). History, theory, and development of human-animal support services for people with AIDS and other Chronic/Terminal Illness. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 253-302). USA: Academic Press.

- Gossen, G.H. (1996). Animal souls, co-essences, and human destiny in Mesoamerica. In A.J. Arnold (Ed.), *Monsters, Tricksters, and sacred cows: Animal tales and American identities* (pp. 80-107). Charlottesville, VA University Press of Virginia.
- Granger, B.P.; & Kogan, L. (2000). Animal-assisted therapy in specialized settings. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 213-236). USA: Academic Press.
- Grassi, L.; Pero, L.; Marangoni, C.; et al. (2001). Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric inpatients: A 5-year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 104, 273-279.
- Greatley, A.; & Peck, E. (1999). *Mental health priorities for primary care*. London: King's Fund Publishing.
- Grier, K.C. (1999). Childhood Socialization and Companion Animals: United States, 1820-1870. *Society and Animals*, 7(2), 95-120.
- Hafner, H.; & Baker, W. (1987). Violent behaviour in schizophrenic inpatients. *Journal Nervous Mental Disorders*, 175, 161-164.
- Hall, C.S.; Lindzey, G.; Campbell, J.B. (2000). *Teorias da personalidade*. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Hall, P.L.; & Malpus, Z. (2000). Pets as therapy: effects on social interaction in long-stay psychiatry. *British Journal of Nursing*, 9, (21), 2220-2025.
- Hamilton, J.R. (1992). Violência e Distúrbios Mentais. *UPDATE*, 3(6), 42-43.
- Hamolia, C.C. (2001). Prevenção e manejo do comportamento agressivo. In G.W. Stuart & M.T. Laraia, *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática* (pp. 654-677). Porto Alegre: Artmed Editora,.
- Hansen, B. (1996). Workplace violence in the hospital psychiatric setting. An occupational health perspective. *AAOHN Journal*, 44(12), 575-580.
- Harris, G. T.; & Rice, M. E. (1997). Risk appraisal and management of violent behaviour. *Psychiatric Service*, 48, 1168-1176.
- Harris, M.D., Rinehart, J.M. & Gerstman, J. (1993). Animal-Assisted Therapy for the homebound elderly. *Holistic Nurse Practitioner*, 8, 27-37.
- Harrisson, Paul; Gedes, Jonh; & Sharpe, Michael. (2002). *Introdução à Psiquiatria*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hart, L.A. (2000). Methods, Standards, Guidelines, and considerations in selecting animals for Animal Assisted Therapy. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 81-97). USA: Academic Press.
- Heinze, C. (2000). Aggression und Gewalt bei psychiatrischen Patienten - eine Untersuchung mit der Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS- R) an zwei Berliner Krankenhäusern [Aggression and violence of psychiatric patients – a

- study with the Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R)]. Thesis Universitätsklinikums CHARITE. Medizinische Fakultät der Humboldt- Universität zu Berlin, Berlin.
- Heinze, Ruth-Inge (1992). The Role and Functions of Contemporary Shamans in Southeast Asia. *Diógenes*, 40, 133-144
- Hinshaw, S.P. (2007). The Mark of Shame. Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change. New York: Oxford University Press.
- Hinshelwood, R.D. (2001). Thinking about Institutions: Milieux and Madness. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hodgkinson, P.E.; Mciver, L.; & Philips, M. (1985). Patient assaults on staff in a psychiatric hospitals: a 2-year retrospective study. *Medicine Science and the Law*, 25, 288-294.
- Holmes, D.S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Honigfeld, G.; Gillis, R.D.; & Klett, C.J. (1996). NOSIE -30: A treatment sensitive ward behaviour scale. *Psychological Reports*, 19, 180-182.
- Hooker, S.D.; Freeman, L.H. & Stewart, P. (2002). Pet therapy Research: A historical Review. *Holistic Nursing Practice*, 16(5), 7-23.
- Howells, K.; & Hollin, C.R. (1989). *Clinical approaches to violence*. United States: John Wiley & Sons, Inc.
- Hulley, S.B.; Cummings, S.R.; Browner, W.S.; et al. (2003a). *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2ª edição. São Paulo: Artmed Editora.
- Hulley, S.B; Martin, J.N & Cummings, S.R. (2003b). Planejando as Medições: Precisão e Acurácia. In Hulley et al. Second Edition, *Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica* (pp. 55-82). Poto Alegre: Artimed Editora.
- Hultzkrantz, A. (1987). On beliefs in non-shamanic guardian spirits among the Saamis. In T. Ahlbäck (Ed.), *Saami religion* (pp. 110-123). Finland: Donner Institute for Research in Religious and Cultural History.
- Hunter, M.E. (1993). Anger management in the prison: An evaluation. *Forum on Corrections Research*, 5, 3-5.
- Hunter, M.E.; & Love, C.C. (1996). Total quality management and the reduction of inpatient violence and costs in forensic psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 47(7), 751-754.
- Hunter, M; & Carmel, H. (1992). The cost of staff injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 586-588.
- Hyde, C.E.; Harrower-Wilson, C. (1995). Resource consumption in psychiatric intensive care: the costs of aggression. *Psychiatric bulletin*, 19: 73-76.



- International Test Commission (ITC) (2003). *Directrizes internacionais para utilização de testes*. Lisboa: Cegog.
- Izard, C.E.; Schultz, D. & Levinson, K.L (1998). Emotions and Mental Health. In H.S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 113-125). USA: Academic Press.
- James, D.; Finiberg, N.; Shah, A.; et al. (1990). Increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 156, 846-849.
- James, S.; & Mott, S. (1988). *Child health nursing: essential care of children and families*. California: Addison-Wesley Publishing Co.
- Jamison, K. (1993). *Touched with fire: manic-depressive illness and the artistic temperament*. New York: Free Press.
- Jesuino, J.C. (1997). Estrutura e processo de grupo: interações e factores de eficácia. In J.Vala & M.B.Monteiro. 3ª ed. *Psicologia Social* (pp. 259-286). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Jobe, T.H.; Winer, J.A. (1990). O paciente violento. In *Psiquiatria Diagnóstico e Tratamento* (pp. 263-272). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Johnson, R. N. (1979). *Agressão no homem e nos animais*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Jorge, M.S.B.; Randemark, Norma F.R.; et al. (2006). Reabilitação Psicossocial: Visão da equipa de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (6), 734-739.
- Juginger, J. (1996). Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 91-103.
- Kantowitz, B.H.; Roediger, H.L.; & Elmes, D.G. (2006). *Psicologia Experimental: Psicologia para Compreender a Pesquisa em Psicologia*. Brasil: Thomson Learning Edições.
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª ed. Porto Alegre Artmed.
- Katcher, A.(1981). Interactions between people and their pets: Form and function. In Bruce Fogle (Ed.), *Interrelations between people and pets* (pp. 41-67). Springfield: Charles C. Thomas.
- Katcher, A.H.; Friedmann, A. M. & Lynch, J. (1983). Looking, Talking, and Blood Pressure; The Physiological Consequences of Interaction With The Living Environment. In Katcher, A.H. & Beck, A.M. (Ed.), *New Perspectives on our Lives With Companion Animals* (pp. 351-359). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Kay, S.R.; Wolkenfield, F.; & Murril, L. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients: nature and prevalence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 539-546.
- Kline, P. (1997). *An Easy Guide To Factor Analysis*. London: Routledge.
- Kongable, L.G.; Buckwalter, K.C. & Stolley (1989). The effects of pet therapy on the social behaviour of institutionalized Alzheimer's clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 3, pp. 191-198.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25(3), 343-354.
- Koskenvuo, M.; Kaprio, J.; Rose, R.J.; *et al.* (1988). Hostility as a risk-factor for mortality and ischemic heart disease in men. *Psychosomatic Medicine*, 50, 330-40.
- Kovács, Z.; Bulucz, J.; Kis, Renáta; *et al.* (2006). An exploratory study of the effect of animal-assisted therapy on nonverbal communication in three schizophrenic patients. *Anthrozoös*, 19(4), 353-364.
- Kovács, Z.; Kis, R.; Rózsa, S.; *et al.* (2004). Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 18, 483-486.
- Kozier, B.; Erb, G.; & Oliveiri, R. (1993). Los conceptos de crecimiento y desarrollo. In B. Kozier; G. Erb; & R. Olivieri. Tomo 1, 4ª Ed. *Enfermería fundamental: conceptos, procesos Y práctica*, (pp. 616-636). Madrid: Interamericana, McGraw-Hill.
- Krakowski, M.; & Czobor, P. (1997). Violence in Psychiatry patients: The role of Psychosis, frontal lobe impairment, and turmoil. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 230-236.
- Kuan, C. S.; Hsien-Jin, T. & Oon, N. L. (2005). The effects of owning a pet on self-esteem and Self-efficacy of Malaysian pet owners. *Sunway Academic Journal*, 2, 85-91.
- Langbehn, D.R.; & Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of self mutilation among psychiatric impatiens. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 45-51.
- Lanza, M. L. (1995). Nursing Staff as Victims of Patient Assault. In B.S. Eichelman & A.C, Hartwig (Ed.), *Patient Violence and the Clinician* (pp. 105-123). Washington: *American Psychiatric Press*.
- Lanza, M.L.; Kayne, H.L.; Hicks, C.; *et al.* (1991). Nursing staff characteristics related to patient assault. *Mental Health Nursing*, 12, 253-265.
- Lanza, M.L.; Kayne, H.L.; Hicks, C.; *et al.* (1994). Environmental characteristics related to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(3), 319-335.
- Lazarus, R.S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

- Leal, I.P. (1995). O feminino e o masculino: Ensaio sobre a violência e a Ordem Social. *Análise Psicológica*, 13 (1-2), 23-31.
- Lee, H.K.; Villar, O.; Juthani, N.; *et al.* (1989). Characteristics and behaviour of patients involved in psychiatric wards incidents. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1295-1297.
- Lei de Saúde Mental. Lei nº 36/98, de 24 de Julho.
- Lemerise, E.A.; & Dodge, K.A. (1993). The development of anger and hostile interactions. *In* Lewis, M. & Havilland, J. M. (Ed.). *Handbook of Emotions* (pp. 537-546). New York: The Guilford Press.
- Lenox, R.; Newhouse, P.A.; Creelman, W.L.; *et al.* (1992). Adjunctive treatment of manic agitation with lorazepam *versus* haloperidol: a double-blind study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(2), 47-52.
- Levenson, R.W. (1994). Human emotion: a functional view. *In* P. Ekman & R.J. Davidson (Ed.), *The nature of emotion: Fundamental Question* (pp. 123-126). New York: University Press.
- Levinson, B.M. (1962). The dog as co-therapist. *Mental Hygiene*, 46, 59-65.
- Levinson, B.M. (1983). The future of research into relationships between people and their animal companions. *In* A. H. Katcher & A. M. Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. 536-550). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Lidberg, L.; Levander, S.E.; Schalling, D.; *et al.* (1978). Urinary catecholamines, stress, and Psychopathy: A study of Arrested Men Awaiting Trial. *Psychosomatic Medicine*, 40(2), 116-125.
- Lima, M; & De Sousa, L.. (2004). A Influência Positiva dos Animais de Ajuda Social. *Interacções*, 6, 156-177.
- Linaker, O.M.; & Busch-Iversen, H. (1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 250-254.
- Lion, J.R. (1995). Verbal Threats Against Clinicians. *In* B.S. Eichelman & A.C, Hartwig (Ed.), *Patient Violence and the Clinician* (pp. 43-52). Washington: *American Psychiatric Press*.
- Lion, J.R.; Snyder, W.; & Merrill, G.L. (1981). Underreporting of assaults on staff in a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 497-498.
- Lorenz, Konrad (1979). A agressão. Uma história natural do mal. 2ª edição, 12. Lisboa: Moraes editores.
- Loza, W.; & Loza-Fanous, A. (1999). The fallacy of reduction rape and violent recidivism by treating anger. *International Journal of Offender Therapy and comparative Criminology*, 43, 492-502.

- Lukoff, D.; Liberman, R.P.; & Nuechterlein, K.H. (1986). Symptom Monitoring in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 578-593.
- Mackay, C.J. (1987). *Violence to staff in health services*. London: Health and Safety Commission, National Health Service.
- Maehle, A.H. (1994). Cruelty and kindness to the "brute creation": stability and change in the ethics of the man-animal relationship, 1600-1850. In A.Manning & J.A. Serpell (Ed.), *Animals & Human Society: Changing Perspectives* (pp. 81-105). London: Routledge.
- Maier, G.J.; Stava, L.J.; Morrow, B.R.; et al. (1987). A model for understanding and managing cycles of aggression among psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(5), 520-524.
- Mallon, G.P. (1992). Utilization of animals as therapeutic adjuncts with children and youth: a review of the literature. *Child and Youth Care Fórum*, 21, 53-67,
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.
- Marques, M.I.D.; & Mendes; A.C. (2003). A percepção da violência em psiquiatria: perspectiva dos enfermeiros. *Referência*, 10, 39-51.
- Marques, M.I.D.; Mendes, A.C.; & De Sousa, L. (2007). Adaptação para Português do Inventário da Expressão da Ira Estado-Traço (STAXI-2) de Spielberger (1999). *Psychologica*, 46, 85-104.
- Marr, C.A.; French, L.; Thompson, D.; et al. (2000). Animal-assisted therapy in psychiatric rehabilitation. *Anthrozoös*, 13 (1), 43-47.
- Martins, M. F. D. S. (1995). STAXI (State Trait Anger Expression Inventory). In *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 209-222). Braga: Apport.
- Martins, M. F. D. S. (1999). Influência das emoções no desempenho cognitivo: ira e processamento de informação. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Educação, na Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia, U.M.
- Mason, T. (1995). *Seclusion in the special hospital: a descriptive and analytical study*. London: SHSA.
- Mason, T.; & Chandley M. (1999). *Managing violence and aggression: A manual for nurses and health care workers*. London: Churchill Livingstone.
- Mausner, J.S. & Bahn, A. (1990). *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- McCulloch, M.J. (1983). Animal-Facilitated Therapy: Overview and Future Direction. In A. H. Katcher & A.M. Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. 410-426). Philadelphia: University Of Pennsylvania Press.
- McNicholas, J.; & Collis, G.M. (2000). Dogs as Catalysts for Social Interactions: Robustness of the Effect. *British Journal of Psychology*, 91, 61-71.

- McNicholas, J.; Gilbey, A.; Rennie, A.; *et al.* (2005). Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues. *British Medical Journal*, 331, 1252-1254.
- McNiel, D.E.; & Binder, R.L. (1987). Predictive validity of judgments of dangerousness in emergency civil commitment. *American of Journal Psychiatry*, 144:197-200.
- McNiel, D.E.; & Binder, R.L. (1989). Relationship between preadmission threats and later violent behaviour by acute psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 605-608.
- McNiel, D.E.; Binder, R.L.; & Greenfield, T.K. (1988). Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *American of Journal Psychiatry*, 145, 965-970.
- Menninger, W (1993). Management of the aggressive and dangerous patient. *Bulletin of Menninger Clinic*, 57, 208.
- Messent, P.R. (1983). Social Facilitation of contact with other people by pet dogs. In A. H. Katcher & A.M. Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. 37-46). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Miguel-Tobal, J.J; Casdo, M.I.; & Spielberger, C.D. (2001). STAXI-2: Inventário de Expresión de Ira Estado-Rasgo. Madrid: Tea Rediciones, S.A.
- Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa.: DGS.
- Monahan, J. (1992). A terror to their neighbours: beliefs about mental disorder and violence in historical and cultural perspective. The *Bulletin American of the Academy of Psychiatry and the Law*, 20, 191-195.
- Monat, A.; & Lazarus, R. (1991). *Stress and coping*. New York: Columbia University Press.
- Monroe, R. (1978). *Brain dysfunction in aggressive criminals*. Lexington: Heath.
- Morais, P.A.S.; & Teixeira, V.M.C. (2002). Urgência psiquiátrica: o utente agressivo/violento. *Nursing*, 14(164), 22-26.
- Morrison, E.F. (1990). The evaluation of a concept. Aggression and violence in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 245-253.
- Motomura, N.; Yagi, T; & Ohyama, H. (2004). Animal-assisted therapy for people with dementia. *Psychogeriatrics*, 4, 40-42.
- Moyer, K.E. (1981). Biological substrates of aggression: implications for control. In J. Archer *et al.*, *The biology of aggression*. USA: Cambridge University Press.
- Muschel, I.J. (1984). Pet Therapy with Terminal Cancer Patients. *Social Casework*, 65, 451-458.
- Nathans-Barel, I.; Feldman, P.; Berger, B.; *et al.* (2005). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 31-35.
- Nebbe, L. (2000). Nature therapy. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 385-414). USA: Academic Press.

- Needham, I. (2004). *A Nursing intervention to and a patient aggression: The effectiveness of a training course in the management of aggression*. Maastricht: Ian Needham, University Pers Maastricht.
- Neer, C.B.; Dorn, C.R.; & Grayson, I. (1987). Dog interaction with persons receiving institutional geriatric care. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 191, 300-304.
- Neistadt, M.E.; & Crepeau, E.B. (2002). *Terapia Ocupacional*. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Nijman H.L.I., Bowers, L., Oud, N.; et al. (2005). Psychiatric nurses' experiences with inpatients aggression. *Aggressive Behavior*, 31, 217-227.
- Nijman, H.L.I. (1999). *Aggressive behaviour of psychiatric inpatients: Measurement, prevalence, and determinants*. Maastricht: H. Nijman.
- Nijman, H.L.I.; à Campo, J.M.L.G., Ravelli, D.P.; et al. (1999a). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50, 832-834.
- Nijman, H.L.I.; Alertz, W.W.F.; Merckelbach, H.L.G.J.; et al. (1997b). Aggressive behaviour on an acute psychiatric admissions ward. *European Journal of Psychiatry*, 11, 106-114.
- Nijman, H.L.I.; Dautzenberg, M.; Merckelbach, H.L.G.J.; et al. (1999b). Self mutilating behaviour of psychiatric impatiens. *European Psychiatry*, 14, 4-10.
- Nijman, H.L.I.; Dautzenberg, M.; Merckelbach, H.L.G.J.; et al. (1997a). Aggressive Behavior on an acute psychiatric admissions ward. *European Journal of Psychiatry*, 11, 106-114.
- Nijman, H.L.I.; Merckelbach, H.L.G.J., Allertz, W.W.F; et al. (1997b). Prevention of aggressive incidents in a closed psychiatric ward. *Psychiatric Services*, 48, 694-698.
- Nijman, H.L.I.; Murriss, P.; Merckelbach, H.L.G.J.; et al. (1999c). The Staff Observation Aggressive Scale Revised (SOAS-R). *Aggressive Behaviour*, 25, 197-209.
- Nijman, H.L.I.; Palmstierna, T.; Almvik, R.; et al. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale; A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.
- Nolan, P.; Dallender, J.; Soares, J.; et al. (1999). Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 199, 30(4), 934-941.
- Novaco, R.W. (1978). Anger and coping with stress. In Foryt J.P., Rathjen, D.P. (Ed.). *Cognitive behaviour therapy*. New York: Plenum.
- Oatley, K.; & Jenkins, J.M. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto de Piaget.
- Odendaal, J.S.J. (2000). Animal-Assisted Therapy – Magic or Medicine?. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (4), 275-280.

- Organização Mundial da Saúde (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (1992). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da ICD-10*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Overall, J.; & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*, 10, 799-812.
- Pallás, J.M.A; & Villa, J.J. (1991). *Métodos de investigação: Aplicados a la atención primaria de salud*. Barcelona: Doyma. S.A.
- Palmstierna, T. (1992). *Agressive behaviour from institutionalized psychiatric patients. Methodological study with clinical applications*. Danderyd: Department of Psychiatry Karolinska Institute, Danderyd Hospital.
- Palmstierna, T.; & Wistedt, B. (1987). Staff Observation Aggression Scale. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.
- Palmstierna, T.; & Wistedt, B. (1989). Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 152-155.
- Palmstierna, T.; & Wistedt, B. (1990). Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 152-155.
- Palmstierna, T.; & Wistedt, B. (1992). Staff observation aggression scale. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.
- Palmstierna, T.; & Wistedt, B. (1995). Changes in the pattern of aggressive behaviour among inpatients with changed ward organisation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 32-35.
- Palmstierna, T.; Huitfeldt, B. Wistedt, B. (1991). The relationship of crowding and aggressive behaviour on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1237-1240.
- Pearson, M.; Wilmot, E.; & Padi, M. (1986). A study of violent behaviour among inpatients in a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*; 149, 232-235.
- Prato-Previde, E.; Fallani, G. & Valsechi, P. (2006). Gender differences in owners interacting with pet dogs: an observational study. *Ethology*, 112 (1), 64-73.
- Rasanem, P.; Tiihonen, J.; Isohanni, M. *et al.* (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violence behaviour: a 26 year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 437-441.
- Reeves, D.E.; William, H.R.; Doris, M.M.; *et al.* (1990). *The People Pet Connection: 4-H Pet Facilitated Therapy Program*. Athens: Cooperative Extension Service, University of Georgia.

- Rice, S.; Brown, L. & Caldwell, H. (1973). Animals and psychotherapy: A survey. *Journal of Community Psychology*, 1, 323-326.
- Ritvo, H. (1987). *The Animal Estate: The English and Other Creatures in the Victorian Age*. Cambridge: Harvard University Press.
- Robb, S.S. (1983). Health status correlates of pet-human association in a health-impaired population. In A.H. Katcher & A.M. Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. 318-327). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Rodrigues, A. (1996). *Psicologia Social*. 16ª ed., Petrópolis: Vozes.
- Roveda, D.P. (1988). L'uomo é naturalmente aggressivo? *Orientamenti pedagogici*, 5 (209), 832-865.
- Rowan, A.N.; & Thayer Lori (2000). Foreword. In A. Fine Animal (Ed.), *Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. XXVII-XLV). USA: Edited by, Academic Press.
- Royal College Of Psychiatrist (1998). *Management of Imminent Violence: Clinical practice guidelines to support mental health services*. London: United Kingdom, Gaskell.
- Ruiloba, J.V. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 6ª edición. Barcelona: Masson, S.A.: Elsevier.
- Russel, C.; & Russel, W.M.S. (1968). *Violence, monkeys and man*. London: Macmillan and Co Ltd.
- Salzman, C.; Green, A.I.; Rodrigues-Villa, F.; et al. (1986). Benzodiazepines combined with neuroleptics for management of severe disruptive behaviour. *Psychosomatics*, 27 (suppl), 17-21.
- Sampson, R.J.; Raudenbush, S.W.; & Earles, F. (1997). Neighbourhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Schalling, D.; Asberg, M.; Adman, G.; et al. (1987). Markers for vulnerability to psychopathology: temperament traits associated with platelet MAO activity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 172-182.
- Scott, C.L.; & Resnick, P.J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 547-676.
- Serpell, J. (1991). Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behaviour. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84, 717-720.
- Serpell, J. (1996). *In company of animals: a study of Human-animals relationships*. London: Cambridge University press.
- Serpell, J.A. (2000). Animal companions and human well-being: an historical exploration of the value of human-animal relationships. In R. Andrew & Serpell, J.; Coppinger, R. & Fine, A.H. (Ed.), *The welfare of assistance and therapy animals: an ethical comment* (pp. 415-431). USA: Aubrey Fine, Academic Press.



- Shah, A.; Chiu, E.; Ames, D.; *et al.* (2000). Characteristics of aggressive subjects in Australian (Melbourne) nursing homes. *International psychogeriatrics*, 12, 145-161.
- Shah, A.; Fineberg, N.; & James, D. (1991). Violence among psychiatric inpatients *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 305-309.
- Shepherd, M. & Lavander, T. (1999). Putting aggression into context: An investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *Journal of Mental Health*, 8, 159-170.
- Shorter, E. (2001). *Uma história da psiquiatria: da era do manicóquio à idade do prozac*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Siegel, J.M. (1990). Stressful Life Events and Use of Physician Services Among The Elderly The Moderating Role of Pet Ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 6, 1081-1086.
- Silva, R.C.B. (2006). Esquizofrenia: Uma revisão. *Psicologia USP*, 17 (4), 263-285.
- Simeon, D.; Stanley, B.; Frances, A.; *et al.* (1992). Self-mutilation in personality disorders. Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221-226.
- Smith, S.L. (1983). Interactions between pet dog and family members: an ethological study. In A. H. Katcher & A. M. Beck (Ed.), *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals* (pp. 29-36). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Snaith, R.P.; & Taylor, C.M. (1985). Irritability: Definition, assessment and associated factors. *The British Journal of psychiatry*, 147, 127-36.
- Soczka, L. (2003). *A companhia dos lobos: o Imperativo da vinculação. Ensaios de etologia social*. 2ª edição. Lisboa: Fim de Século – Edições.
- Spielberger, C.D (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory: STAXI professional manual*. Psychological Assessment Resources. Florida: University of South Florida.
- Spielberger, C.D. (1999). *STAXI-2: State-Trait Anger Expression Inventory-2. Professional Manual*, Psychological Assessment Resources. Florida: University of South Florida.
- Spielberger, C.D.; Jacobs, G.A.; Russel, S.F.; *et al.* (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In J.N. Butcher & C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (pp. 161-189). Florida: University of South Florida.
- Spielberger, C.D.; Johnson, E.H.; Russel, S.F.; *et al.* (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In M. A. Chesney & R. H. Rosenma (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioural disorders* (pp. 5-30). New York: Hemisphere.
- Strongman, K.T (2004). *A psicologia da emoção*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

- Stuart, G.W. (2001a). *Contexto Ético-Legal do Cuidado de Enfermagem Psiquiátrica*. In Stuart, G.W. ; & Laraia, M.T. 6ª Ed., *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática* (pp. 183-205). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Stuart, G.W. (2001a). *O Modelo de Adaptação ao Estresse de Stuart*. In Stuart, G.W.; & Laraia, M.T., . 6ª Ed. *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática* (pp. 97-103). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Stuart, G.W. ; & Laraia, M.T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática*. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Stuart, G.W. ; & Laraia, M.T. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores.
- Sundeen, S.J. (2001). Reabilitação Psiquiátrica. In Stuart, G.W. ; & Laraia, M.T. 6ª ed., *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática*. (pp. 274-295). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tardiff, K. (1992). The current stat of psychiatry in treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry*, 37, 164-169.
- Tardiff, K. (1996). *Assessment and Management of Violent Patient's*. Second Edition. London: American Psychiatric Press, Inc.
- Taylor, P.J.; Leese, M.; Williams, D.; *et al.* (1998). Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218-226.
- Thayer, L. (2000). *Foreword*. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and guidelines* (pp. 3-19). USA: Edited by, Academic Press.
- Thomas, K. (1989). *O Homem e o Mundo Natural: Mudanças de atitudes em relação às plantas e aos animais*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Tinbergen, S. (1964). *Social behaviour in animals with special reference to vertebrates*. London: Chapman and Hall.
- Tooke, S.K.; Brown, J.S. (1992). Perceptions of seclusion: comparing patient and staff reactions of agitated and combative patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 30(8), 23-26.
- Tower, R.B.; & Nokota, M. (2006). Pet companionship and depression: Results from a United States Internet sample. *Anthrozoös*, 19(1), 50-64.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Tuckman, B.W. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. 3ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valentine, D.P.; Kiddoo, M. & LaFleur, B. (1993). Psychosocial implications of service dogs for people who have mobility or hearing impairments. *Social Work and Health Care*, 19, 109-125.

- Valzelli, L. (1982). Serotonergic inhibitory control of experimental aggression. *Pharmacological Research Communications*, 14, 1-3.
- Velde, B.P.; Cipriani, J.; & Fisher, G. (2005). Resident and therapist views of animal-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy*, 52, 43-50.
- Vellenga B. & Christenson J. (1994). Persistent and severely mentally ill client's perceptions of their mental illness, *Issues Mental Health Nursing*, 15, 359.
- Ventura, J.; Lukoff, D.; Nuechterlein, K.; *et al.* (1993). Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Version 4.0). USA: UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioural Sciences, West Los Angeles VA Medical Center.
- Walsh, P.G.; Mertin, P.G.; Verlander, D.F. & Pollard, C.F. (1995). The effects of pet as therapy dog on persons with dementia in psychiatric ward. *Australian Occupational Therapy Journal*, 42, 161-166.
- Weiser, M.; Levkowitz, Y.; Shalom, S.; *et al.* (1994). Emotional reactions of psychiatric staff to violent patients. *Harefuah*, 1261(1), 642-645.
- Wells, A. (2003). *Perturbações emocionais e metacognição*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wells, D.L. (2007). Domestic dogs and human health: an overview. *British Journal of Health Psychology*, 12, 145-156.
- Whittington, R.; & Mason, T. (1995). A new look at seclusion: stress, coping and the perception of threat. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6(2), 285-304.
- Whittington, R.; & Patterson, P. (1996). Verbal and non-verbal behaviour immediately prior to aggression by mentally disordered people: enhancing the assessment of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 47-54.
- Whittington, R.; & Richter, D. (2006). *Violence in Mental Health Settings: causes, consequences, management*. New York: Whittington R. & Richter Editors, Springer.
- Whittington, R.; & Wikes, T. (1996). Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 11-20.
- Widom, C.S.; Ames, A. (1988). Biology and female crime. In T.E. Moffitt and S.A. Mednick (Ed.), *Biological contributions to crime causation* (pp. 308-331). Dordrecht, Holland: Martinus Nijhoff.
- Williams, K. (1984). Economic sources of homicide: reestimating the effects of poverty and inequality. *American Sociological Review*, 49, 283-289.
- Wilson, C.C. (1987). Physiological responses of college students to a pet. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 606-612.
- Wilson, C.C. (1991). The pet as an anxiolytic intervention. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 482-489.

- Wistedt, B.; Rasmussen, A.; Pedersen, L.; *et al.* (1990). The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry*, 23, 249-253.
- Wolfgang, M.E.; & Ferracutti, F. (1967). *The subculture of violence*. London: Tavistock.
- Wolkowitz, O.M.; & Pickar, D. (1991). Benzodiazepines in the treatment of schizophrenia: a review and reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, 148(6), 714-726.
- World Health Organization (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs 8SRPB*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- Yudofsky, S.C.; Silver, J.M.; Jackson, W.; *et al.* (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 35-39.
- Zamble, E. & Quinsey, V.L. (1997). *The criminal recidivism process*. Cambridge University Press.
- Zillman, D. (1979). *Hostility and aggression*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Zitlin, A.; Hardesty, A.S.; Burdock, E.I.; Drossman, A.K. (1976). Crime and violence among mental patients. *American Journal Psychiatry*, 133, 142-9.
- Zlotnick, C.; Shea, M. T. ; Pearlstein, T. ; *et al.* (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12-16.

## Lista de Quadros

Quadro I – As oito idades do Homem, segundo Erikson (Marchand, 2005, p. 29) .....	43
Quadro II – Semelhanças/diferenças entre as AAA e as TAA .....	88
Quadro 1.1 – Instituições, unidades seleccionadas, lotação e número de doentes hospitalizados durante o ano de 2003 .....	129
Quadro 1.2 – Componentes da SOAS-R e respectiva pontuação .....	131
Quadro 1.3 – Guia de orientação para a realização de reuniões .....	134
Quadro 1.4 – Distribuição das unidades de internamento de curta duração segundo o número de incidentes por cama por ano e prevalência dos incidentes agressivos .....	138
Quadro 1.5 – Distribuição das unidades de internamento de longa duração segundo o número de incidentes por cama por ano e prevalência dos incidentes agressivos .....	139
Quadro 1.6 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo os precipitantes da agressão .....	140
Quadro 1.7 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo o(s) meio(s) usado(s) pelo doente para cometer a agressão .....	141
Quadro 1.8 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo o(s) alvo(s) da agressão .....	142
Quadro 1.9 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo a(s) consequência(s) para a(s) vítima(s) .....	142
Quadro 1.10 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo as medidas usadas para o controlo da agressão .....	143
Quadro 1.11 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo a gravidade .....	144
Quadro 1.12 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo o local de ocorrência .....	144
Quadro 1.13 – Distribuição dos incidentes agressivos segundo a hora de ocorrência .....	145
Quadro 1.14 – Características socio-demográficas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos .....	146
Quadro 1.15 – Características clínicas dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos .....	146
Quadro 2.1 – Descrição de escalas e sub-escalas do STAXI-2 (versão original) .....	161
Quadro 2.2 – Distribuição da amostra, por grupos, segundo a idade, sexo, estado civil e escolaridade (N = 323) .....	163
Quadro 2.3 – Consistência interna das escalas e sub-escalas do STAXI-2 .....	167
Quadro 2.4 – Matriz de saturação dos itens da escala Ira Estado, com rotação ortogonal <i>Varimax</i> e valores próprios $\geq 1^*$ (N = 323) .....	168
Quadro 2.5 – Matriz de saturação dos itens da Escala Ira Traço, com rotação ortogonal <i>Varimax</i> e valores próprios $\geq 1^*$ (N = 323) .....	169
Quadro 2.6 – Matriz de saturação dos itens das escalas Ira Controlo e Ira Expressão com rotação ortogonal <i>Varimax</i> com valores próprios $\geq 1$ (N = 323) .....	170
Quadro 2.7 – Consistência interna das escalas e sub-escalas do Inventário de Ira Expressão Estado-Traço (versão adoptada) (N = 323) .....	171
Quadro 2.8 – Estatísticas de resumo dos <i>scores</i> obtidos, por grupos populacionais estudados, e testes de diferença entre grupos (N = 323) .....	173

Quadro 3.1 – Sintomatologia psiquiátrica .....	183
Quadro 3.2 – Descrição das unidades comportamentais estabelecidas pelos doentes durante a realização do programa de intervenção com AAA (cão) na interacção com o animal e com o outro doente e outros comportamentos não dirigidos a nenhum destes protagonistas .....	189
Quadro 3.3 – Descrição comparativa dos grupos segundo as características socio-demográficas .....	192
Quadro 3.4 – Descrição comparativa dos grupos segundo as características clínicas ..	194
Quadro 3.5 – Descrição de escalas do STAXI-2 (Spielberger <i>et al.</i> , 1999; versão adaptada por Marques <i>et al.</i> , 2007) .....	203
Quadro 3.6 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto ao número de indivíduos que desenvolveu comportamentos agressivos .....	206
Quadro 3.7 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto frequência (repetição) de comportamentos agressivos. ....	206
Quadro 3.8 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto aos precipitantes das agressões, com pelo menos uma das agressões. ....	207
Quadro 3.9 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto aos meios utilizados pelo doente para cometer as agressões .....	208
Quadro 3.10 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto ao alvo das agressões .....	208
Quadro 3.11 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto às consequências das agressões para as vítimas .....	209
Quadro 3.12 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto às medidas utilizadas para controlo de agressão .....	210
Quadro 3.13 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à gravidade dos incidentes agressivos .....	211
Quadro 3.14 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Sintomatologia Psiquiátrica .....	212
Quadro 3.15 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto ao Índice Psicótico.....	213
Quadro 3.16 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Ira Estado .....	215
Quadro 3.17 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Ira Traço .....	216
Quadro 3.18 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Ira Expressão .....	217
Quadro 3.19 – Comparação dos grupos experimental e de controlo quanto à Ira Controlo .....	218
Quadro 3.20 – Evolução dos comportamentos (média de frequência e de duração em segundos) dos doentes em interacção com o animal (n=26) .....	225
Quadro 3.21 – Comportamentos dos doentes de interacção com o animal com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas .....	226
Quadro 3.22 – Comportamentos dos doentes de interacção com o animal com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias das variáveis clínicas .....	227
Quadro 3.23 – Comportamentos dos doentes de interacção com o animal com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias da variável Experiência e Expressão da Ira .....	228

Quadro 3.24 – Evolução dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes de interacção com o seu par, em sessões com animal (n=26) .....	229
Quadro 3.25 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas .....	231
Quadro 3.26 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias das variáveis clínicas .....	232
Quadro 3.27 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias da variável Experiência e Expressão da Ira .....	233
Quadro 3.28 – Evolução dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes com o seu par, em sessões sem animal (n=26) .....	234
Quadro 3.29 – Evolução dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes não dirigidos aos protagonistas, em sessões com animal (n=26) .....	235
Quadro 3.30 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas .....	237
Quadro 3.31 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias das variáveis clínicas .....	238
Quadro 3.32 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com evolução significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ), nas diferentes categorias da variável Experiência e Expressão da Ira .....	239
Quadro 3.33 – Evolução dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes não dirigidos aos protagonistas, em sessões sem animal (n=26) .....	240
Quadro 3.34 – Comparação dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes de interacção com o seu par, em sessões com e sem o animal (n=26) .....	241
Quadro 3.35 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com diferença significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ) entre as sessões com e sem animal <sup>▲</sup> , nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas .....	243
Quadro 3.36 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com diferença significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ) entre as sessões com e sem animal <sup>▲</sup> , nas diferentes categorias das variáveis clínicas .....	244
Quadro 3.37 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com diferença significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ) entre as sessões com e sem animal <sup>▲</sup> , nas diferentes categorias das da variável Experiência e Expressão da Ira .....	246
Quadro 3.38 – Comparação dos comportamentos (frequência e duração médias, em segundos) dos doentes não dirigidos aos protagonista, em sessões com e sem animal (n=26) .....	247
Quadro 3.39 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonista com diferença significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ) entre as sessões com e sem animal <sup>▲</sup> , nas diferentes categorias das variáveis socio-demográficas .....	249
Quadro 3.40 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonista com diferença significativa (teste de <i>Wilcoxon</i> ) entre as sessões com e sem animal <sup>▲</sup> , nas diferentes categorias das variáveis clínicas .....	250

## Lista de Figuras

Figura 1 – O Ciclo de Agressão Física (Maier <i>et al.</i> , 1987) .....	75
Figura 2 – O Modelo Cognitivo (Whittington & Mason, 1995) .....	76
Figura 3.1 – Comportamentos dos doentes de interacção com o animal com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> ) nas categorias das variáveis sócio demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira .....	220
Figura 3.2 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> ) nas categorias das variáveis sócio demográficas e clínicas .....	221
Figura 3.3 – Comportamentos dos doentes de interacção com o seu par com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> ) nas categorias da variável Experiência e Expressão da Ira .....	221
Figura 3.4 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> ) nas categorias das variáveis socio-demográficas .....	222
Figura 3.5 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com frequência e/ou duração significativamente diferentes (teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> ) nas categorias das variáveis clínicas .....	223
Figura 3.6 – Comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas com frequência e/ou duração significativamente diferente (teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> ) nas categorias da variável Experiência e Expressão de Ira .....	223
Figuras 3.7 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento de aproximação ao animal .....	225
Figura 3.8 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento “Ri e Sorri” em sessões com o animal .....	229
Figura 3.9 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento de “Jogo” em sessões com o animal .....	230
Figuras 3.10 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento de “Alheia-se” em sessões sem o animal .....	234
Figura 3.11 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento de “Deitado” em sessões com o animal .....	235
Figura 3.12 – Sequência de imagens que ilustram o comportamento “De pé” em sessões com o animal .....	236



## Lista de Apêndices

Apêndice 1 – Quadros de referência de análise dos comportamentos dos doentes nas sessões de AAA (cão), em separado segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, a partir dos quais se elaboraram os quadros síntese apresentados no texto relativo ao Estudo 3 (pp. 216-222).....	301
Apêndice 2 – Quadros de referência de análise da evolução dos comportamentos dos doentes nas sessões de AAA (cão), em separado segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, a partir dos quais se elaboraram os quadros síntese apresentados no texto relativo ao Estudo 3 (pp. 222-240).....	314
Apêndice 3 – Quadros de referência de análise das diferenças dos comportamentos dos doentes nas sessões com e sem animal, em separado segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, a partir dos quais se elaboraram os quadros síntese apresentados no texto relativo ao Estudo 3 (pp. 240-256).....	338

**Lista de Anexos**

Anexo 1 – Instrumento de medida utilizado no Estudo 2: Escala de Observação de Comportamentos Agressivos .....	357
Anexo 2 – Pedidos de autorização para realização de trabalho de campo do Estudo 1 .....	357
Anexo 3 – Elementos de apoio à aplicação da Escala de Observação de Comportamentos Agressivos utilizada no Estudo 1 .....	357
Anexo 4 – Instrumento de medida utilizado no Estudo 2: State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2).....	357
Anexo 5 – Pedidos de autorização para realização de trabalho de campo do Estudo 2 .....	357
Anexo 6 – Instrumentos de caracterização socio-demográfica e clínica da amostra do Estudo 3:.....	357
Anexo 7 – Instrumentos de medida utilizados no Estudo 3.....	357
Anexo 8 – Plano Esquemático: Trabalho de Campo de Campo do Estudo 3 .....	358
Anexo 9 – Guião de Entrevista para aplicação do instrumento utilizado para avaliação da sintomatologia psiquiátrica (BPRS), no Estudo 3 .....	359
Anexo 10 – Pedidos de autorização para realização de trabalho de campo do Estudo 3 .....	359
Anexo 11 – Pedidos de autorização aos participantes do grupo experimental (Estudo 3) para gravação das sessões em vídeo e consentimento informado .....	359
Anexo 12 – Configuração do programa <i>The Observer</i> (4.1) para observação dos comportamentos dos doentes.....	360

## APÊNDICES



**Apêndice 1** – Quadros de referência de análise dos comportamentos dos doentes nas sessões de AAA (cão), em separado segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, a partir dos quais se elaboraram os quadros síntese apresentados no texto relativo ao Estudo 3 (pp. 216-222).

a) Comparação dos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal** tendo em consideração as variáveis sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração), segundo o **Sexo**

Comportamentos dos doentes		Sexo				Teste U de Mann-Whitney
		Masculino (n=12)		Feminino (n=14)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	12.53	11.09	16.07	11.60	U = 66.500 (p = .368)
	Duração	23.17	19.86	39.34	37.00	U = 67.000 (p = .382)
<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	1.14	1.18	4.44	4.07	U = 38.500 (p = .019*)
	Duração	2.83	3.30	10.78	12.03	U = 55.000 (p = .136)
<b>Aproxima-se</b>	Frequência	27.65	10.06	34.27	9.82	U = 55.000 (p = .136)
	Duração	279.21	60.82	317.46	53.66	U = 54.000 (p = .123)
<b>Acaricia</b>	Frequência	7.96	3.84	7.93	3.95	U = 80.500 (p = .857)
	Duração	84.06	42.24	77.17	56.30	U = 71.000 (p = .504)
<b>Brinca c/ objecto</b>	Frequência	10.65	2.18	11.83	5.15	U = 66.500 (p = .368)
	Duração	125.02	80.44	70.25	35.73	U = 39.000 (p = .021*)
<b>Brinca s/ objecto</b>	Frequência	.24	.30	.29	.44	U = 82.000 (p = .914)
	Duração	1.55	2.76	2.08	3.72	U = 83.000 (p = .957)
<b>Afasta-se</b>	Frequência	.17	.28	.49	.71	U = 61.500 (p = .207)
	Duração	.23	.38	1.91	4.51	U = 55.000 (p = .105)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração) segundo a **Idade**

Comportamentos dos doentes		Idade				Teste U de Mann-Whitney
		≤ 45 Anos (n=20)		> 45 Anos (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	15.30	11.96	11.56	8.92	U = 54.000 (p = .715)
	Duração	37.91	32.71	11.78	8.43	U = 28.000 (p = .051)
Ri e Sorri	Frequência	2.74	3.18	3.50	4.61	U = 57.500 (p = .879)
	Duração	8.42	10.66	2.75	4.54	U = 37.000 (p = .161)
Aproxima-se	Frequência	31.59	11.4	29.97	7.49	U = 55.000 (p = .761)
	Duração	311.84	53.60	259.71	63.96	U = 31.000 (p = .078)
Acaricia	Frequência	8.09	3.73	7.44	4.43	U = 52.500 (p = .648)
	Duração	77.76	47.49	88.98	59.52	U = 52.000 (p = .626)
Brinca c/ objecto	Frequência	11.98	3.60	9.00	4.87	U = 44.500 (p = .345)
	Duração	101.61	72.51	75.25	28.52	U = 55.000 (p = .761)
Brinca s/ objecto	Frequência	.26	.36	.28	.46	U = 56.000 (p = .798)
	Duração	2.21	3.64	.57	.64	U = 46.000 (p = .376)
Afasta-se	Frequência	.37	.60	.25	.47	U = 51.000 (p = .551)
	Duração	1.36	3.82	.39	.65	U = 52.000 (p = .596)

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração), segundo a **Escolaridade**

Comportamentos dos doentes		Escolaridade				Teste U de Mann-Whitney
		≤ 9º Ano (n=13)		> 9º Ano (n=13)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	15.63	12.50	13.24	10.28	U = 81.000 (p = .858)
	Duração	22.92	20.18	40.83	37.48	U = 62.000 (p = .249)
Ri e Sorri	Frequência	2.86	4.15	2.97	2.80	U = 69.000 (p = .425)
	Duração	5.57	6.76	8.66	12.25	U = 75.000 (p = .626)
Aproxima-se	Frequência	30.79	11.28	31.64	9.66	U = 82.000 (p = .898)
	Duração	299.02	58.64	300.61	62.12	U = 83.000 (p = .939)
Acaricia	Frequência	8.63	4.33	7.26	3.27	U = 70.500 (p = .473)
	Duração	57.48	36.71	103.23	51.13	U = 39.000 (p = .020*)
Brinca c/ objecto	Frequência	11.58	3.64	11.00	4.52	U = 61.500 (p = .412)
	Duração	91.92	61.44	99.14	71.60	U = 76.000 (p = .663)
Brinca s/ objecto	Frequência	.24	.39	.28	.36	U = 68.000 (p = .375)
	Duração	1.50	2.70	2.16	3.83	U = 82.000 (p = .894)
Afasta-se	Frequência	.38	.48	.29	.66	U = 61.500 (p = .199)
	Duração	.44	.57	1.84	4.72	U = 79.500 (p = .780)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em *interacção com o animal*  
(frequência e duração), segundo o **Diagnóstico Médico**

Comportamentos dos doentes		Diagnóstico Médico				Teste U de Mann-Whitney
		C/ Esquizofrenia (n=10)		S/ Esquizofrenia (n=16)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	11.53	11.75	16.25	10.96	U = 60.500 (p = .304)
	Duração	28.71	26.73	33.86	33.88	U = 73.000 (p = .712)
Ri e Sorri	Frequência	2.12	2.99	3.42	3.74	U = 53.000 (p = .153)
	Duração	7.06	11.68	7.14	8.88	U = 59.000 (p = .268)
Aproxima-se	Frequência	32.38	9.72	30.49	10.89	U = 70.000 (p = .598)
	Duração	316.62	45.99	289.31	65.30	U = 61.000 (p = .317)
Acaricia	Frequência	8.42	4.46	7.65	3.49	U = 68.000 (p = .527)
	Duração	85.29	55.85	77.27	46.67	U = 75.000 (p = .792)
Brinca c/ objecto	Frequência	11.75	2.69	11.00	4.74	U = 69.500 (p = .580)
	Duração	89.20	40.06	99.48	78.35	U = 71.000 (p = .635)
Brinca s/ objecto	Frequência	.25	.32	.27	.41	U = 76.500 (p = .847)
	Duração	1.86	2.97	1.81	3.53	U = 65.000 (p = .411)
Afasta-se	Frequência	.45	.81	.27	.36	U = 77.000 (p = .863)
	Duração	1.96	5.39	.62	.89	U = 71.000 (p = .606)

Diferenças nos comportamentos dos doentes em *interacção com o animal*  
(frequência e duração), segundo a história de **Internamentos Anteriores**

Comportamentos dos doentes		Internamentos Anteriores				Teste U de Mann-Whitney
		Sim (n=20)		Não (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	14.23	9.56	15.14	16.98	U = 54.500 (p = .738)
	Duração	31.31	32.76	33.77	26.11	U = 52.000 (p = .626)
Ri e Sorri	Frequência	3.56	3.72	.78	.80	U = 29.500 (p = .062)
	Duração	8.49	10.79	2.51	2.51	U = 44.000 (p = .330)
Aproxima-se	Frequência	30.17	9.60	34.72	12.68	U = 41.000 (p = .248)
	Duração	308.27	58.24	271.61	58.19	U = 38.000 (p = .181)
Acaricia	Frequência	8.41	3.79	6.39	3.80	U = 42.000 (p = .273)
	Duração	82.52	53.43	73.13	30.04	U = 59.000 (p = .951)
Brinca c/ objecto	Frequência	10.76	3.85	13.06	4.46	U = 42.000 (p = .273)
	Duração	77.75	35.45	154.79	105.72	U = 33.000 (p = .100)
Brinca s/ objecto	Frequência	.21	.28	.44	.58	U = 53.500 (p = .678)
	Duração	1.73	3.18	2.17	3.84	U = 57.000 (p = .849)
Afasta-se	Frequência	.36	.64	.27	.27	U = 50.000 (p = .507)
	Duração	1.31	3.84	.58	.61	U = 49.000 (p = .466)

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração), em grupos extremos\* de **Ira Traço**

Comportamentos dos doentes		Ira Traço				Teste U de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	14.69	11.41	13.64	12.01	U = 17.000 (p = .873)
	Duração	16.65	15.36	27.34	21.91	U = 14.000 (p = .522)
Ri e Sorri	Frequência	2.72	4.04	2.75	3.57	U = 18.000 (p = 1.000)
	Duração	2.53	2.71	8.40	13.72	U = 14.000 (p = .522)
Aproxima-se	Frequência	30.92	10.37	32.06	10.07	U = 18.000 (p = 1.000)
	Duração	285.35	75.82	293.99	53.26	U = 17.000 (p = .873)
Acaricia	Frequência	8.42	4.39	7.67	4.72	U = 14.500 (p = .575)
	Duração	46.62	21.01	101.56	42.89	U = 3.000 (p = .016*)
Brinca c/ objecto	Frequência	11.19	5.63	11.97	3.52	U = 15.000 (p = .631)
	Duração	145.91	112.48	70.88	47.71	U = 9.000 (p = .150)
Brinca s/ objecto	Frequência	.28	.46	.25	.39	U = 17.500 (p = .932)
	Duração	.88	.95	2.44	4.82	U = 18.000 (p = 1.000)
Afasta-se	Frequência	.39	.46	.67	.88	U = 15.500 (p = .683)
	Duração	.30	.61	3.66	6.77	U = 13.000 (p = .372)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal** (frequência e duração), em grupos extremos\* de **Ira Controlo**

Comportamentos dos doentes		Ira Controlo				Teste U de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=7)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	16.75	9.44	13.71	13.92	U = 15.000 (p = .391)
	Duração	40.26	40.87	34.08	17.03	U = 20.000 (p = .886)
Ri e Sorri	Frequência	1.81	1.59	4.19	4.84	U = 17.000 (p = .565)
	Duração	8.26	12.76	11.62	12.96	U = 19.000 (p = .775)
Aproxima-se	Frequência	29.36	9.01	31.98	8.52	U = 15.000 (p = .391)
	Duração	296.53	85.41	309.46	55.49	U = 19.000 (p = .775)
Acaricia	Frequência	5.91	2.93	8.67	3.39	U = 10.000 (p = .115)
	Duração	95.38	70.21	77.85	32.41	U = 21.000 (p = 1.000)
Brinca c/ objecto	Frequência	11.31	5.01	13.07	2.75	U = 11.000 (p = .153)
	Duração	131.47	122.03	93.17	46.51	U = 21.000 (p = 1.000)
Brinca s/ objecto	Frequência	.22	.20	.36	.47	U = 19.500 (p = .826)
	Duração	2.43	4.86	2.01	3.53	U = 18.000 (p = .659)
Afasta-se	Frequência	.25	.39	.48	.84	U = 18.000 (p = .641)
	Duração	.78	1.26	2.81	6.38	U = 20.000 (p = .883)

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.



Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração), em grupos extremos\* de **Ira Expressão**

Comportamentos dos doentes		Ira Expressão				Teste U de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	13.89	9.71	16.39	14.70	U = 17.500 (p = .936)
	Duração	13.95	7.25	54.99	47.53	U = 8.000 (p = .109)
<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	5.06	4.83	3.14	2.64	U = 15.000 (p = .631)
	Duração	9.15	13.96	9.28	12.67	U = 14.000 (p = .522)
<b>Aproxima-se</b>	Frequência	26.83	6.30	32.53	13.04	U = 14.000 (p = .522)
	Duração	292.04	70.30	311.16	56.72	U = 14.000 (p = .522)
<b>Acaricia</b>	Frequência	8.67	2.61	6.06	3.66	U = 10.000 (p = .200)
	Duração	60.24	39.34	97.80	44.24	U = 11.000 (p = .262)
<b>Brinca c/ objecto</b>	Frequência	11.14	5.19	12.69	3.78	U = 17.000 (p = .873)
	Duração	84.26	44.41	79.39	27.00	U = 16.000 (p = .749)
<b>Brinca s/ objecto</b>	Frequência	.17	.15	.36	.51	U = 16.000 (p = .739)
	Duração	.68	.64	1.59	3.53	U = 14.000 (p = .494)
<b>Afasta-se</b>	Frequência	.39	.95	.08	.14	U = 16.000 (p = .674)
	Duração	3.17	6.91	.41	.65	U = 16.000 (p = .721)

b) Comparação dos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par** segundo as variáveis **sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira** (frequência e duração em segundos)

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração), segundo o **Sexo**

Comportamentos dos doentes		Sexo				Teste U de Mann-Whitney
		Masculino (n=12)		Feminino (n=14)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	2.15	2.43	4.08	3.19	U = 54.000 (p = .122)
	Duração	4.17	5.21	9.52	8.26	U = 47.000 (p = .057)
<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	.44	.60	1.20	1.43	U = 57.000 (p = .159)
	Duração	.91	1.59	5.29	9.63	U = 54.000 (p = .119)
<b>Toca</b>	Frequência	2.03	3.26	3.15	4.55	U = 76.500 (p = .698)
	Duração	3.21	3.48	5.81	9.26	U = 78.000 (p = .757)
<b>Joga</b>	Frequência	17.85	13.16	12.45	9.92	U = 64.000 (p = .304)
	Duração	71.63	81.08	35.09	28.25	U = 67.000 (p = .382)
<b>Alheia-se</b>	Frequência	1.82	4.60	.63	1.29	U = 71.000 (p = .493)
	Duração	6.04	11.94	3.80	9.71	U = 65.500 (p = .334)
<b>Enfado</b>	Frequência	1.17	1.34	1.62	1.44	U = 66.500 (p = .367)
	Duração	1.79	1.83	4.38	5.30	U = 54.000 (p = .123)
<b>Chora</b>	Frequência	.00	.00	.04	.07	U = 66.000 (p = .095)
	Duração	.00	.00	.96	2.70	U = 66.000 (p = .095)

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração) segundo a **Idade**

Comportamentos dos doentes		Idade				Teste U de Mann-Whitney
		≤ 45 Anos (n=20)		> 45 Anos (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	3.06	3.04	3.64	2.97	U = 53.000 (p = .670)
	Duração	7.03	7.33	7.12	8.35	U = 54.000 (p = .715)
Ri e Sorri	Frequência	.83	1.26	.92	.85	U = 48.000 (p = .459)
	Duração	3.95	8.25	1.00	2.20	U = 32.000 (p = .085)
Toca	Frequência	2.83	4.15	1.97	3.55	U = 56.500 (p = .830)
	Duração	4.62	8.02	4.58	3.71	U = 40.000 (p = .222)
Joga	Frequência	15.61	11.10	12.72	14.11	U = 46.000 (p = .394)
	Duração	57.98	66.56	31.87	28.26	U = 45.000 (p = .361)
Alheia-se	Frequência	1.48	3.67	.19	.31	U = 34.500 (p = .112)
	Duração	5.87	11.96	1.37	1.84	U = 49.000 (p = .497)
Enfado	Frequência	1.33	1.24	1.69	1.89	U = 58.500 (p = .927)
	Duração	3.48	4.59	2.20	2.74	U = 48.000 (p = .465)
Chora	Frequência	.02	.05	.03	.07	U = 56.000 (p = .660)
	Duração	.67	2.28	.00	.00	U = 51.000 (p = .324)

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração), segundo a **Escolaridade**

Comportamentos dos doentes		Escolaridade				Teste U de Mann-Whitney
		≤ 9º Ano (n=13)		> 9º Ano (n=13)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	3.71	3.36	2.68	2.56	U = 73.000 (p = .555)
	Duração	4.40	6.61	9.70	7.43	U = 41.000 (p = .026*)
Ri e Sorri	Frequência	.71	.94	1.00	1.38	U = 74.000 (p = .585)
	Duração	1.08	1.68	5.46	10.00	U = 52.000 (p = .092)
Toca	Frequência	3.64	4.11	1.63	3.71	U = 68.000 (p = .395)
	Duração	.92	1.45	8.30	8.72	U = 13.000 (p = .000**)
Joga	Frequência	14.36	13.27	15.53	10.22	U = 69.000 (p = .427)
	Duração	56.52	64.18	47.39	58.70	U = 73.000 (p = .555)
Alheia-se	Frequência	.73	1.33	1.63	4.45	U = 77.500 (p = .713)
	Duração	4.97	10.19	4.69	11.48	U = 81.000 (p = .855)
Enfado	Frequência	1.26	1.5	1.56	1.62	U = 82.000 (p = .898)
	Duração	4.11	5.52	2.26	2.19	U = 72.000 (p = .521)
Chora	Frequência	.04	.07	.00	.00	U = 65.000 (p = .071)
	Duração	.80	2.75	.23	.81	U = 78.000 (p = .548)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração), segundo o **Diagnóstico Médico**

Comportamentos dos doentes		Diagnóstico Médico				Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i>
		C/ Esquizofrenia (n=10)		S/ Esquizofrenia (n=16)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	1.87	2.36	4.02	3.08	<i>U</i> = 45.000 (p = .065)
	Duração	6.66	8.54	7.29	6.88	<i>U</i> = 66.000 (p = .461)
<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	.68	.73	.96	1.39	<i>U</i> = 79.500 (p = .979)
	Duração	1.08	1.57	4.64	9.16	<i>U</i> = 66.000 (p = .456)
<b>Toca</b>	Frequência	2.00	3.45	3.03	4.32	<i>U</i> = 62.500 (p = .353)
	Duração	3.04	2.22	5.59	8.97	<i>U</i> = 78.000 (p = .916)
<b>Joga</b>	Frequência	18.17	14.30	12.93	9.54	<i>U</i> = 65.000 (p = .429)
	Duração	19.64	26.60	72.15	67.32	<i>U</i> = 25.000 (p = .004**)
<b>Alheia-se</b>	Frequência	.87	1.51	1.38	4.01	<i>U</i> = 76.000 (p = .829)
	Duração	5.80	11.23	4.23	10.58	<i>U</i> = 63.500 (p = .378)
<b>Enfado</b>	Frequência	1.87	1.62	1.13	1.18	<i>U</i> = 55.500 (p = .195)
	Duração	3.62	6.43	2.91	2.16	<i>U</i> = 57.000 (p = .225)
<b>Chora</b>	Frequência	.02	.05	.02	.05	<i>U</i> = 78.000 (p = .849)
	Duração	.05	.16	.81	2.55	<i>U</i> = 77.000 (p = .776)

\*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração), segundo a história  
de **Internamentos Anteriores**

Comportamentos dos doentes		Internamentos Anteriores				Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i>
		Sim (n=20)		Não (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	3.53	2.97	2.08	2.95	<i>U</i> = 39.500 (p = .212)
	Duração	7.51	7.87	5.53	5.91	<i>U</i> = 52.000 (p = .626)
<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	1.03	1.26	.25	.46	<i>U</i> = 29.500 (p = .060)
	Duração	3.92	8.32	1.09	1.11	<i>U</i> = 56.000 (p = .806)
<b>Toca</b>	Frequência	3.34	4.29	.28	.31	<i>U</i> = 27.000 (p = .043*)
	Duração	5.30	8.00	2.31	2.71	<i>U</i> = 50.000 (p = .541)
<b>Joga</b>	Frequência	12.78	9.45	22.14	15.95	<i>U</i> = 40.000 (p = .224)
	Duração	34.21	26.24	111.11	100.94	<i>U</i> = 29.000 (p = .059)
<b>Alheia-se</b>	Frequência	1.39	3.68	.47	.70	<i>U</i> = 51.000 (p = .575)
	Duração	2.08	2.93	13.94	20.04	<i>U</i> = 42.500 (p = .280)
<b>Enfado</b>	Frequência	1.43	1.41	1.33	1.41	<i>U</i> = 59.000 (p = .951)
	Duração	3.20	4.70	3.12	2.24	<i>U</i> = 49.000 (p = .503)
<b>Chora</b>	Frequência	.03	.06	.00	.00	<i>U</i> = 51.000 (p = .323)
	Duração	.64	2.29	.08	.21	<i>U</i> = 57.000 (p = .742)

\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**, nas **sessões com animal** (frequência e duração), em grupos extremos\* de **Ira Traço**

Comportamentos dos doentes		Ira Traço				Teste U de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	3.39	3.90	1.72	2.03	U = 14.500 (p = .575)
	Duração	1.72	2.04	9.95	8.97	U = 8.000 (p = .109)
<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	.61	1.19	1.00	.81	U = 11.000 (p = .273)
	Duração	.54	.83	2.28	2.47	U = 10.000 (p = .197)
<b>Toca</b>	Frequência	1.58	3.16	.50	.54	U = 16.000 (p = .744)
	Duração	.22	.43	4.58	2.46	U = .000 (p = .004**)
<b>Joga</b>	Frequência	12.72	10.17	19.42	13.53	U = 13.000 (p = .423)
	Duração	110.33	99.81	13.61	15.01	U = 1.000 (p = .006*)
<b>Alheia-se</b>	Frequência	.61	.64	2.97	6.56	U = 15.000 (p = .624)
	Duração	2.26	4.61	7.22	14.78	U = 17.000 (p = .868)
<b>Enfado</b>	Frequência	1.56	1.40	2.56	1.73	U = 11.000 (p = .262)
	Duração	3.34	2.80	2.68	2.53	U = 16.000 (p = .748)
<b>Chora</b>	Frequência	.06	.09	.00	.00	U = 12.000 (p = .138)
	Duração	.00	.00	.57	1.17	U = 12.000 (p = .140)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**, nas **sessões com animal** (frequência e duração), em grupos extremos\* de **Ira Controlo**

Comportamentos dos doentes		Ira Controlo				Teste U de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=7)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Fala</b>	Frequência	3.25	2.94	2.26	3.11	U = 14.000 (p = .315)
	Duração	5.93	6.63	11.50	9.49	U = 12.000 (p = .199)
<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	.28	.33	.90	.72	U = 10.000 (p = .112)
	Duração	6.97	13.25	1.69	2.02	U = 18.000 (p = .668)
<b>Toca</b>	Frequência	.75	.96	2.74	4.23	U = 18.000 (p = .663)
	Duração	5.75	10.30	3.33	2.27	U = 15.500 (p = .431)
<b>Joga</b>	Frequência	13.08	10.76	19.17	15.85	U = 18.000 (p = .668)
	Duração	104.83	105.57	38.97	31.63	U = 12.000 (p = .199)
<b>Alheia-se</b>	Frequência	3.28	6.42	.07	.19	U = 2.500 (p = .005**)
	Duração	.52	.70	7.23	15.53	U = 11.000 (p = .142)
<b>Enfado</b>	Frequência	1.17	1.50	2.12	1.77	U = 13.000 (p = .250)
	Duração	3.23	2.55	2.69	2.41	U = 18.000 (p = .668)
<b>Chora</b>	Frequência	.00	.00	.00	.00	U = 21.000 (p = 1.000)
	Duração	.49	1.19	1.42	3.76	U = 21.000 (p = 1.000)

\*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**, nas **sessões com animal** (frequência e duração), em grupos extremos\* de **Ira Expressão**

Comportamentos dos doentes		Ira Expressão				Teste U de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
Fala	Frequência	3.97	3.26	2.75	2.83	U = 15.000 (p = .631)
	Duração	6.32	8.63	8.83	7.76	U = 16.000 (p = .749)
Ri e Sorri	Frequência	1.22	.65	1.14	1.94	U = 9.500 (p = .171)
	Duração	1.71	2.45	9.41	14.12	U = 13.000 (p = .406)
Toca	Frequência	3.72	4.22	4.00	5.69	U = 15.000 (p = .630)
	Duração	3.34	3.46	10.88	12.82	U = 12.500 (p = .378)
Joga	Frequência	12.03	13.76	12.97	10.73	U = 17.000 (p = .873)
	Duração	28.93	32.91	42.64	25.69	U = 15.000 (p = .631)
Alheia-se	Frequência	.08	.14	.47	.33	U = 4.500 (p = .024*)
	Duração	1.27	1.76	9.24	16.84	U = 15.500 (p = .669)
Enfado	Frequência	1.67	2.15	.81	.51	U = 16.500 (p = .810)
	Duração	6.10	7.67	1.42	1.29	U = 10.500 (p = .229)
Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	U = 18.000 (p = 1.000)
	Duração	.00	.00	.00	.00	U = 18.000 (p = 1.000)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

c) Comparação dos comportamentos dos doentes **não dirigidos aos protagonistas** segundo as variáveis **sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira** (frequência e duração em segundos)

Diferenças nos comportamentos dos doentes **não dirigidos aos protagonistas** (frequência e duração), nas **sessões com animal**, segundo o **Sexo**

Comportamentos dos doentes		Sexo				Teste U de Mann-Whitney
		Masculino (n=12)		Feminino (n=14)		
		Média	DP	Média	DP	
Deitado	Frequência	.40	.57	.18	.34	U = 52.500 (p = .081)
	Duração	57.78	57.11	19.07	31.89	U = 47.000 (p = .042*)
Sentado	Frequência	3.89	3.27	5.86	2.25	U = 61.500 (p = .247)
	Duração	219.31	181.38	349.52	112.91	U = 46.000 (p = .051)
Abaixado	Frequência	1.21	1.26	1.23	1.53	U = 80.000 (p = .836)
	Duração	29.54	28.95	25.94	33.55	U = 74.000 (p = .606)
De pé	Frequência	9.33	7.20	6.82	7.85	U = 61.500 (p = .247)
	Duração	166.11	153.16	73.44	65.97	U = 47.000 (p = .057)
Andar	Frequência	4.81	4.64	1.90	2.37	U = 46.500 (p = .053)
	Duração	26.06	22.11	10.00	13.96	U = 47.000 (p = .057)
De Fumo	Frequência	.31	.86	.04	.10	U = 73.500 (p = .432)
	Duração	8.69	25.35	.07	.25	U = 67.500 (p = .177)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*  
(frequência e duração), nas **sessões com animal**, segundo a **Idade**

Comportamentos dos doentes		Idade				Teste U de Mann-Whitney
		≤ 45 Anos (n=20)		> 45 Anos (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
Deitado	Frequência	.33	.50	.14	.34	U = 36.500 (p = .124)
	Duração	28.02	34.26	66.66	79.94	U = 46.000 (p = .1363)
Sentado	Frequência	4.86	3.75	5.25	5.46	U = 59.000 (p = .951)
	Duração	308.38	144.92	226.25	203.48	U = 43.000 (p = .301)
Abaixado	Frequência	1.39	1.50	.64	.71	U = 41.000 (p = .245)
	Duração	29.26	32.48	22.08	27.07	U = 51.000 (p = .583)
De pé	Frequência	8.79	7.85	5.28	6.06	U = 43.500 (p = .315)
	Duração	118.72	133.32	107.87	79.78	U = 54.000 (p = .715)
Andar	Frequência	3.33	3.93	2.94	3.73	U = 54.500 (p = .737)
	Duração	18.47	20.86	13.87	1560	U = 51.500 (p = .605)
De Fumo	Frequência	.19	.67	1.00	2.45	U = 58.000 (p = .860)
	Duração	5.26	19.76	.00	.00	U = 48.000 (p = .245)

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*  
(frequência e duração), nas **sessões com animal**, segundo a **Escolaridade**

Comportamentos dos doentes		Escolaridade				Teste U de Mann-Whitney
		≤ 9º Ano (n=13)		> 9º Ano (n=13)		
		Média	DP	Média	DP	
Deitado	Frequência	.29	.40	.27	.54	U = 74.000 (p = .562)
	Duração	23.72	33.28	50.16	58.42	U = 66.000 (p = .311)
Sentado	Frequência	6.05	4.78	3.85	3.04	U = 61.500 (p = .238)
	Duração	306.07	121.09	272.78	194.52	U = 76.000 (p = .663)
Abaixado	Frequência	1.09	1.02	1.35	1.71	U = 84.000 (p = .979)
	Duração	18.03	14.72	37.18	39.74	U = 66.000 (p = .341)
De pé	Frequência	8.58	7.50	7.38	7.79	U = 74.500 (p = .608)
	Duração	125.91	129.77	106.52	117.46	U = 67.000 (p = .369)
Andar	Frequência	3.76	4.60	2.73	2.94	U = 74.000 (p = .590)
	Duração	16.75	20.98	18.08	18.90	U = 79.500 (p = .798)
De Fumo	Frequência	.04	.10	.28	.83	U = 76.500 (p = .551)
	Duração	8.09	24.36	.00	.00	U = 58.500 (p = .034*)

\*Significativo para  $\alpha = .05$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), nas **sessões com animal**, segundo o **Diagnóstico Médico**

Comportamentos dos doentes		Diagnóstico Médico				Teste U de Mann-Whitney
		C/ Esquizofrenia (n=10)		S/ Esquizofrenia (n=16)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Deitado</b>	Frequência	.18	.25	.34	.56	U = 78.000 (p = .910)
	Duração	30.40	37.25	41.03	55.14	U = 77.000 (p = .866)
<b>Sentado</b>	Frequência	3.12	2.62	6.09	4.48	U = 46.000 (p = .073)
	Duração	371.59	108.62	238.07	167.59	U = 45.000 (p = .065)
<b>Abaixado</b>	Frequência	.93	1.07	1.40	1.55	U = 69.000 (p = .560)
	Duração	13.54	19.08	36.39	34.11	U = 37.000 (p = .023*)
<b>De pé</b>	Frequência	8.53	5.98	7.64	8.50	U = 66.000 (p = .460)
	Duração	74.93	70.25	142.02	140.95	U = 55.000 (p = .187)
<b>Andar</b>	Frequência	5.32	5.07	1.95	2.05	U = 47.000 (p = .082)
	Duração	15.40	24.25	18.67	16.78	U = 62.000 (p = .343)
<b>De Fumo</b>	Frequência	.33	.94	.05	.15	U = 67.000 (p = .319)
	Duração	.09	.30	6.52	22.05	U = 71.50 (p = .476)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), nas **sessões com animal**, segundo a história de **Internamentos Anteriores**

Comportamentos dos doentes		Internamentos Anteriores				Teste U de Mann-Whitney
		Sim (n=20)		Não (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Deitado</b>	Frequência	.34	.52	.08	.09	U = 49.500 (p = .492)
	Duração	36.79	50.44	37.43	45.71	U = 52.000 (p = .603)
<b>Sentado</b>	Frequência	4.40	3.84	6.78	4.70	U = 39.500 (p = .212)
	Duração	327.10	151.39	163.84	125.49	U = 24.000 (p = .028*)
<b>Abaixado</b>	Frequência	1.10	1.19	1.58	2.02	U = 55.500 (p = .783)
	Duração	24.80	31.89	36.95	28.10	U = 40.000 (p = .222)
<b>De pé</b>	Frequência	7.56	7.74	9.39	7.18	U = 46.500 (p = .411)
	Duração	77.66	67.77	244.74	175.48	U = 20.000 (p = .015*)
<b>Andar</b>	Frequência	2.51	2.89	5.69	5.62	U = 35.000 (p = .128)
	Duração	10.59	14.09	40.15	18.84	U = 11.000 (p = .003**)
<b>De Fumo</b>	Frequência	.18	.67	.08	.20	U = 59.000 (p = .930)
	Duração	.81	3.38	14.82	35.85	U = 46.000 (p = .175)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), nas **sessões com animal**, em diferentes grupos extremos\*  
de **Ira Traço**

Comportamentos dos doentes		Ira Traço				Teste U de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Deitado</b>	Frequência	.11	.14	.33	.74	U = 16.000 (p = .719)
	Duração	19.61	24.71	55.87	67.31	U = 13.500 (p = .442)
<b>Sentado</b>	Frequência	8.58	4.94	2.78	2.10	U = 3.000 (p = .016*)
	Duração	224.17	168.08	347.07	188.35	U = 11.000 (p = .262)
<b>Abaixado</b>	Frequência	.97	.94	.92	1.54	U = 14.500 (p = .570)
	Duração	22.40	17.73	23.73	28.53	U = 15.000 (p = .629)
<b>De pé</b>	Frequência	5.56	5.25	7.11	6.43	U = 16.000 (p = .749)
	Duração	224.07	193.50	52.25	59.22	U = 5.000 (p = .037*)
<b>Andar</b>	Frequência	2.08	2.00	5.58	6.07	U = 14.000 (p = .521)
	Duração	26.92	19.66	11.33	12.99	U = 8.000 (p = .109)
<b>De Fumo</b>	Frequência	.08	.20	.00	.00	U = 15.000 (p = .317)
	Duração	17.37	35.10	.16	.38	U = 10.500 (p = .153)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), nas **sessões com animal**, em diferentes grupos extremos\*  
de **Ira Controlo**

Comportamentos dos doentes		Ira Controlo				Teste U de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=7)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Deitado</b>	Frequência	.36	.73	.31	.49	U = 20.000 (p = .876)
	Duração	22.07	34.26	17.86	39.83	U = 20.000 (p = .861)
<b>Sentado</b>	Frequência	6.25	4.72	3.52	3.54	U = 12.000 (p = .198)
	Duração	238.41	176.40	358.77	173.23	U = 13.000 (p = .253)
<b>Abaixado</b>	Frequência	1.39	1.52	1.50	1.82	U = 20.500 (p = .943)
	Duração	33.62	15.01	20.05	33.35	U = 10.000 (p = .114)
<b>De pé</b>	Frequência	6.58	3.83	9.19	9.00	U = 19.000 (p = .774)
	Duração	194.52	211.13	74.17	88.81	U = 14.000 (p = .317)
<b>Andar</b>	Frequência	3.06	2.56	3.95	4.04	U = 19.000 (p = .774)
	Duração	19.35	21.46	17.37	26.82	U = 17.000 (p = .567)
<b>De Fumo</b>	Frequência	.58	1.20	.07	.13	U = 18.000 (p = .601)
	Duração	.00	.00	.00	.00	U = 21.000 (p = 1.000)

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.



Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), nas **sessões com animal**, em diferentes grupos extremos\* de **Ira Expressão**

Comportamentos dos doentes		Ira Expressão				Teste <i>U</i> de Mann-Whitney
		≤ P25 (n=6)		≥ P75 (n=6)		
		Média	DP	Média	DP	
<b>Deitado</b>	Frequência	.28	.43	.22	.40	<i>U</i> = 18.000 (p = 1.000)
	Duração	24.55	60.13	61.24	37.35	<i>U</i> = 8.500 (p = .104)
<b>Sentado</b>	Frequência	3.75	3.66	5.06	3.51	<i>U</i> = 13.000 (p = .423)
	Duração	329.93	208.27	308.75	131.84	<i>U</i> = 14.000 (p = .522)
<b>Abaixado</b>	Frequência	.81	1.09	1.75	1.97	<i>U</i> = 12.000 (p = .327)
	Duração	15.33	17.76	47.52	51.57	<i>U</i> = 10.500 (p = .222)
<b>De pé</b>	Frequência	4.86	7.14	9.44	9.97	<i>U</i> = 11.000 (p = .258)
	Duração	82.96	80.48	59.98	67.58	<i>U</i> = 17.000 (p = .872)
<b>Andar</b>	Frequência	2.03	3.69	1.53	1.29	<i>U</i> = 12.000 (p = .334)
	Duração	4.87	7.17	14.28	16.33	<i>U</i> = 11.000 (p = .261)
<b>De Fumo</b>	Frequência	.06	.14	.00	.00	<i>U</i> = 15.000 (p = .317)
	Duração	.00	.00	2.52	6.18	<i>U</i> = 15.000 (p = .317)

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

**Apêndice 2** – Quadros de referência de análise da evolução dos comportamentos dos doentes nas sessões de AAA (cão), em separado segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, a partir dos quais se elaboraram os quadros síntese apresentados no texto relativo ao Estudo 3 (pp. 222-240).

a) Evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal** tendo em consideração as variáveis sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira

A evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração) segundo o **Sexo**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
Masculino	Fala	Frequência	14.56	12.37	10.50	10.82	Z = -1.784 (p = .074)
		Duração	29.66	24.87	16.67	17.89	Z = -2.134 (p = .033*)
	Ri e Sorri	Frequência	1.39	1.32	.89	1.35	Z = -1.255 (p = .209)
		Duração	3.67	5.42	1.98	2.77	Z = -1.423 (p = .155)
	Aproxima-se	Frequência	28.92	10.53	26.39	10.86	Z = -1.334 (p = .182)
		Duração	249.26	86.73	309.17	72.25	Z = -1.569 (p = .117)
	Acaricia	Frequência	6.92	3.86	9.00	4.95	Z = -1.156 (p = .248)
		Duração	53.26	28.46	114.87	83.42	Z = -1.883 (p = .060)
	Brinca c/ objecto	Frequência	12.17	2.99	9.14	2.27	Z = -2.447 (p = .014*)
		Duração	135.25	70.94	114.78	99.79	Z = -1.020 (p = .308)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.28	.37	.19	.58	Z = -.938 (p = .348)
		Duração	.88	1.58	2.21	5.69	Z = .000 (p = 1.000)
	Afasta-se	Frequência	.06	.13	.28	.51	Z = -1.512 (p = .131)
		Duração	.08	.18	.39	.70	Z = -1.461 (p = .144)
Feminino	Fala	Frequência	12.21	12.21	19.93	14.12	Z = -2.229 (p = .026*)
		Duração	29.59	35.75	49.10	52.87	Z = -1.412 (p = .158)
	Ri e Sorri	Frequência	3.71	2.96	5.17	5.64	Z = -1.291 (p = .197)
		Duração	8.48	8.21	13.08	16.11	Z = -1.961 (p = .050)
	Aproxima-se	Frequência	32.81	11.07	35.74	12.38	Z = -1.287 (p = .198)
		Duração	292.33	66.32	342.61	54.00	Z = -2.542 (p = .011*)
	Acaricia	Frequência	9.21	4.79	6.64	4.70	Z = -1.915 (p = .055)
		Duração	86.26	51.46	67.98	77.58	Z = -1.287 (p = .198)
	Brinca c/ objecto	Frequência	11.53	5.70	12.14	5.91	Z = -.726 (p = .468)
		Duração	74.14	41.54	66.36	38.12	Z = -.534 (p = .594)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.29	.63	.29	.50	Z = -.355 (p = .723)
		Duração	1.91	3.91	2.25	4.14	Z = -.420 (p = .674)
	Afasta-se	Frequência	.64	1.24	.33	.41	Z = -.423 (p = .673)
		Duração	1.59	3.82	2.24	5.34	Z = -.840 (p = .401)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em *interacção com o animal*  
(frequência e duração), por grupo etário

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 45 Anos (n=20)	Fala	Frequência	15.68	12.83	14.92	12.60	Z = -.414 (p = .679)
		Duração	35.19	32.50	40.62	47.40	Z = -.322 (p = .748)
	Ri e Sorri	Frequência	2.77	2.76	2.72	3.74	Z = -.380 (p = .704)
		Duração	7.48	7.69	9.36	14.43	Z = -.479 (p = .632)
	Aproxima-se	Frequência	32.23	11.72	30.95	12.90	Z = -.579 (p = .563)
		Duração	292.08	51.21	331.61	65.00	Z = -2.987 (p = .003**)
	Acaricia	Frequência	8.20	4.34	7.98	4.53	Z = -.644 (p = .520)
		Duração	77.32	42.82	78.21	68.91	Z = -.485 (p = .627)
	Brinca c/ objecto	Frequência	12.95	3.65	11.00	4.94	Z = -1.853 (p = .064)
		Duração	105.30	67.94	97.93	83.06	Z = -.747 (p = .455)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.28	.56	.23	.50	Z = -.396 (p = .692)
		Duração	1.69	4.42	2.73	5.37	Z = -.628 (p = .530)
	Afasta-se	Frequência	.43	1.06	.30	.43	Z = -.102 (p = .918)
		Duração	1.01	3.21	1.72	4.51	Z = -1.784 (p = .074)
> 45 Anos (n=6)	Fala	Frequência	5.33	2.53	17.78	16.74	Z = -1.782 (p = .075)
		Duração	11.05	11.59	12.52	7.99	Z = -.734 (p = .463)
	Ri e Sorri	Frequência	2.22	2.12	4.78	7.28	Z = -1.604 (p = .109)
		Duração	2.21	4.44	3.29	5.08	Z = -.135 (p = .893)
	Aproxima-se	Frequência	26.94	5.87	33.00	11.59	Z = -1.572 (p = .116)
		Duração	207.02	117.20	312.40	64.12	Z = -1.572 (p = .116)
	Acaricia	Frequência	8.00	5.25	6.89	6.29	Z = -.420 (p = .674)
		Duração	50.29	49.41	127.67	116.16	Z = -1.363 (p = .173)
	Brinca c/ objecto	Frequência	8.06	5.65	9.94	4.49	Z = -1.367 (p = .172)
		Duração	92.52	51.87	57.98	32.01	Z = -.943 (p = .345)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.28	.33	.28	.68	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.59	.94	.55	1.36	Z = .000 (p = 1.000)
	Afasta-se	Frequência	.17	.41	.33	.56	Z = -1.342 (p = .180)
		Duração	.51	1.25	.27	.65	Z = -.447 (p = .655)

\*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração) segundo a **Escolaridade**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 9º Ano (n=13)	Fala	Frequência	12.31	12.44	18.95	15.77	Z = -1.726 (p = .084)
		Duração	26.05	27.02	19.80	16.94	Z = -.784 (p = .433)
	Ri e Sorri	Frequência	2.46	2.82	3.26	5.91	Z = -.237 (p = .812)
		Duração	5.79	6.23	5.34	8.01	Z = -.408 (p = .683)
	Aproxima-se	Frequência	29.82	13.51	31.77	12.20	Z = -1.013 (p = .311)
		Duração	284.48	65.21	313.56	62.64	Z = -1.572 (p = .116)
	Acaricia	Frequência	7.92	5.66	9.33	4.70	Z = -.559 (p = .576)
		Duração	54.62	36.57	60.34	61.54	Z = -.314 (p = .753)
	Brinca c/ objecto	Frequência	12.38	3.97	10.77	4.74	Z = -1.330 (p = .183)
		Duração	99.49	54.88	84.35	74.72	Z = -1.223 (p = .221)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.13	.26	.36	.69	Z = -1.160 (p = .246)
		Duração	.64	1.39	2.37	5.52	Z = -.845 (p = .398)
	Afasta-se	Frequência	.41	.81	.36	.48	Z = -.141 (p = .888)
		Duração	.47	1.06	.40	.70	Z = -.314 (p = .753)
> 9º Ano (n=13)	Fala	Frequência	14.28	12.15	12.21	9.89	Z = -.863 (p = .388)
		Duração	33.20	34.56	48.47	56.17	Z = -.384 (p = .701)
	Ri e Sorri	Frequência	2.82	2.45	3.13	3.33	Z = -.849 (p = .396)
		Duração	6.73	8.55	10.58	16.60	Z = -.943 (p = .345)
	Aproxima-se	Frequência	32.21	7.55	31.08	13.11	Z = -.874 (p = .382)
		Duração	260.42	89.96	340.79	64.96	Z = -2.481 (p = .013*)
	Acaricia	Frequência	8.38	3.04	6.13	4.67	Z = -1.804 (p = .071)
		Duração	87.55	47.71	118.90	91.85	Z = -.314 (p = .753)
	Brinca c/ objecto	Frequência	11.26	5.21	10.74	4.99	Z = -.236 (p = .814)
		Duração	105.21	73.91	93.07	79.62	Z = -.524 (p = .600)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.44	.66	.13	.29	Z = -1.497 (p = .134)
		Duração	2.23	4.01	2.09	4.21	Z = -.140 (p = .889)
	Afasta-se	Frequência	.33	1.11	.26	.43	Z = -.368 (p = .713)
		Duração	1.31	3.94	2.37	5.53	Z = -2.201 (p = .028*)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em *interacção com o animal*  
(frequência e duração) segundo **Diagnóstico Médico**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
C/ Esquizofrenia (n=10)	Fala	Frequência	14.07	3.33	9.00	10.83	Z = -2.240 (p = .025*)
		Duração	28.24	28.02	29.17	28.96	Z = -.459 (p = .646)
	Ri e Sorri	Frequência	2.40	2.87	1.83	3.30	Z = -1.266 (p = .205)
		Duração	6.26	8.64	7.86	15.59	Z = -.420 (p = .674)
	Aproxima-se	Frequência	35.37	11.97	29.40	10.63	Z = -1.378 (p = .168)
		Duração	295.96	53.39	337.28	55.01	Z = -1.886 (p = .059)
	Acaricia	Frequência	8.13	4.61	8.70	5.40	Z = -.153 (p = .878)
		Duração	70.56	39.02	100.02	95.57	Z = -.663 (p = .508)
	Brinca c/ objecto	Frequência	13.23	2.95	10.27	3.25	Z = -2.371 (p = .018*)
		Duração	103.89	44.09	74.50	43.33	Z = -2.090 (p = .037*)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.20	.36	.30	.64	Z = -.105 (p = .916)
		Duração	.62	1.14	3.11	6.18	Z = -1.183 (p = .237)
	Afasta-se	Frequência	.70	1.43	.20	.36	Z = -1.095 (p = .273)
		Duração	1.69	4.49	2.23	6.34	Z = -.730 (p = .465)
S/ Esquizofrenia (n=16)	Fala	Frequência	12.81	11.68	19.69	13.41	Z = -2.172 (p = .030*)
		Duração	30.49	32.99	37.23	50.79	Z = -.511 (p = .609)
	Ri e Sorri	Frequência	2.79	2.49	4.04	5.32	Z = -1.141 (p = .254)
		Duração	6.26	6.72	8.02	11.74	Z = -.852 (p = .394)
	Aproxima-se	Frequência	28.29	9.36	32.69	13.59	Z = -1.577 (p = .115)
		Duração	257.76	88.42	320.86	70.07	Z = -2.379 (p = .017*)
	Acaricia	Frequência	8.17	4.51	7.13	4.59	Z = -.994 (p = .320)
		Duração	71.41	49.47	83.12	75.28	Z = .000 (p = 1.000)
	Brinca c/ objecto	Frequência	10.94	5.24	11.06	5.60	Z = -.104 (p = .918)
		Duração	101.38	75.00	97.59	90.70	Z = -.103 (p = .918)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.33	.60	.21	.47	Z = -.599 (p = .549)
		Duração	1.94	3.74	1.68	3.84	Z = -.280 (p = .779)
	Afasta-se	Frequência	.17	.40	.38	.50	Z = -1.411 (p = .158)
		Duração	.40	.93	.85	1.28	Z = -1.260 (p = .208)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração) segundo a história de **Internamentos Anteriores**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon	
			Média	DP	Média	DP		
Sim (n=20)	Fala	Frequência	12.52	10.38	15.93	12.74	Z = -.876 (p = .376)	
		Duração	25.15	29.38	37.48	47.94	Z = -1.083 (p = .279)	
	Ri e Sorri	Frequência	3.15	2.74	3.97	5.11	Z = -.649 (p = .517)	
		Duração	7.38	7.96	9.60	14.48	Z = -.849 (p = .396)	
	Aproxima-se	Frequência	30.50	10.59	29.83	11.70	Z = -.317 (p = .751)	
		Duração	275.41	86.95	341.14	53.82	Z = -2.987 (p = .003**)	
	Acaricia	Frequência	8.68	4.17	8.13	5.36	Z = -.805 (p = .421)	
		Duração	72.79	48.22	92.25	90.80	Z = -.224 (p = .823)	
	Brinca c/ objecto	Frequência	11.20	4.77	10.32	4.52	Z = -.745 (p = .456)	
		Duração	89.38	44.84	66.11	38.60	Z = -1.904 (p = .057)	
	Brinca s/ objecto	Frequência	.22	.31	.20	.44	Z = -.160 (p = .873)	
		Duração	1.82	3.40	1.64	3.60	Z = -.178 (p = .859)	
	Afasta-se	Frequência	.40	1.05	.32	.46	Z = -.422 (p = .673)	
		Duração	.98	3.23	1.63	4.53	Z = -1.540 (p = .123)	
	Não (n=6)	Fala	Frequência	15.89	17.64	14.39	16.49	Z = -.944 (p = .345)
			Duração	44.54	32.52	22.99	20.08	Z = -2.023 (p = .043*)
Ri e Sorri		Frequência	.94	.83	.61	.93	Z = -1.095 (p = .273)	
		Duração	2.52	2.65	2.50	2.77	Z = -.674 (p = .500)	
Aproxima-se		Frequência	32.72	12.31	36.72	14.36	Z = -1.153 (p = .249)	
		Duração	262.59	38.76	280.63	78.25	Z = -.943 (p = .345)	
Acaricia		Frequência	6.39	5.31	6.39	2.62	Z = -.105 (p = .917)	
		Duração	65.40	34.63	80.86	48.43	Z = -.734 (p = .463)	
Brinca c/ objecto		Frequência	13.89	3.38	12.22	5.72	Z = -1.577 (p = .115)	
		Duração	145.56	99.14	164.02	119.17	Z = -.734 (p = .463)	
Brinca s/ objecto		Frequência	.50	.94	.39	.80	Z = -.272 (p = .785)	
		Duração	.15	.36	4.20	7.76	Z = -1.461 (p = .144)	
Afasta-se		Frequência	.28	.53	.28	.44	Z = .000 (p = 1.000)	
		Duração	.58	1.01	.57	.76	Z = .000 (p = 1.000)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes *em interação com o animal*  
(frequência e duração) em grupos extremos\* de Ira Traço

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon	
			Média	DP	Média	DP		
≤ P25 (n=6)	Fala	Frequência	11.22	9.49	18.17	15.09	Z = -1.363 (p = .173)	
		Duração	24.19	23.07	9.11	9.58	Z = -1.753 (p = .080)	
	Ri e Sorri	Frequência	2.72	3.32	2.72	4.78	Z = -.365 (p = .715)	
		Duração	4.12	5.01	.94	1.73	Z = -2.023 (p = .043*)	
	Aproxima-se	Frequência	28.61	10.55	33.22	11.78	Z = -1.153 (p = .249)	
		Duração	279.39	75.70	291.31	87.63	Z = -.314 (p = .753)	
	Acaricia	Frequência	8.78	6.20	8.06	2.94	Z = -.314 (p = .753)	
		Duração	37.79	20.54	55.44	25.00	Z = -1.992 (p = .046*)	
	Brinca c/ objecto	Frequência	11.28	5.15	11.11	6.80	Z = -.314 (p = .753)	
		Duração	139.33	97.87	152.49	129.81	Z = -.734 (p = .463)	
	Brinca s/ objecto	Frequência	.22	.34	.33	.66	Z = -.535 (p = .593)	
		Duração	1.19	1.82	.57	1.39	Z = -.730 (p = .465)	
	Afasta-se	Frequência	.39	.61	.38	.54	Z = -.368 (p = .713)	
		Duração	.60	1.23	.00	.00	Z = -1.342 (p = .180)	
	≥ P75 (n=6)	Fala	Frequência	14.50	13.96	12.78	10.89	Z = -.734 (p = .463)
			Duração	27.35	26.91	27.34	24.58	Z = -.314 (p = .753)
Ri e Sorri		Frequência	2.50	3.26	3.00	3.91	Z = -1.342 (p = .180)	
		Duração	5.97	8.62	10.83	19.12	Z = -.314 (p = .753)	
Aproxima-se		Frequência	30.61	9.11	33.50	12.64	Z = -.946 (p = .344)	
		Duração	269.37	94.00	318.61	54.37	Z = -.943 (p = .345)	
Acaricia		Frequência	8.72	4.95	7.67	5.07	Z = -1.483 (p = .138)	
		Duração	76.36	34.10	126.77	95.62	Z = -.943 (p = .345)	
Brinca c/ objecto		Frequência	12.06	4.60	11.89	2.82	Z = -.213 (p = .832)	
		Duração	84.31	57.32	57.44	51.63	Z = -.943 (p = .345)	
Brinca s/ objecto		Frequência	.17	.28	.33	.82	Z = .000 (p = 1.000)	
		Duração	2.10	3.86	2.77	5.86	Z = -.730 (p = .465)	
Afasta-se		Frequência	.72	1.61	.61	.53	Z = -.368 (p = .713)	
		Duração	3.20	5.55	4.12	8.05	Z = -.535 (p = .593)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

A evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração) em grupos extremos\* de **Ira Controlo**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Fala	Frequência	18.11	11.95	15.39	8.39	Z = -.943 (p = .345)
		Duração	16.12	17.88	64.40	73.83	Z = -1.753 (p = .080)
	Ri e Sorri	Frequência	2.00	1.46	1.61	1.78	Z = -1.219 (p = .223)
		Duração	6.66	8.56	9.86	17.04	Z = -.105 (p = .917)
	Aproxima-se	Frequência	30.00	8.26	28.72	9.87	Z = -1.153 (p = .249)
		Duração	279.63	66.94	313.44	111.39	Z = -.943 (p = .345)
	Acaricia	Frequência	6.22	3.33	5.61	3.32	Z = -.944 (p = .345)
		Duração	91.17	57.65	99.59	96.35	Z = -.734 (p = .463)
	Brinca c/ objecto	Frequência	12.50	4.77	10.11	6.47	Z = -1.214 (p = .225)
		Duração	120.22	110.43	142.73	135.12	Z = -1.363 (p = .173)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.22	.34	.22	.40	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	1.79	3.97	3.06	5.86	Z = -1.069 (p = .285)
	Afasta-se	Frequência	.28	.53	.22	.54	Z = -.447 (p = .655)
		Duração	.48	.94	1.08	1.67	Z = -1.095 (p = .273)
≥ P75 (n=7)	Fala	Frequência	12.19	13.88	15.24	19.20	Z = -.105 (p = .917)
		Duração	35.81	23.17	32.36	15.23	Z = .000 (p = 1.000)
	Ri e Sorri	Frequência	3.24	3.05	5.14	7.24	Z = -.847 (p = .397)
		Duração	9.53	9.23	13.71	17.79	Z = -1.153 (p = .249)
	Aproxima-se	Frequência	31.53	9.43	32.43	10.61	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	291.32	80.42	327.59	42.05	Z = -1.521 (p = .128)
	Acaricia	Frequência	6.81	3.20	10.53	5.51	Z = -1.183 (p = .237)
		Duração	86.90	45.06	68.80	59.98	Z = -1.014 (p = .310)
	Brinca c/ objecto	Frequência	13.76	3.64	12.38	3.21	Z = -1.101 (p = .271)
		Duração	91.88	61.92	94.46	39.13	Z = -.507 (p = .612)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.67	.82	.05	.13	Z = -2.032 (p = .042*)
		Duração	1.18	1.30	2.83	7.48	Z = -.674 (p = .500)
	Afasta-se	Frequência	.62	1.50	.33	.43	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	2.09	5.36	3.52	7.40	Z = -1.826 (p = .068)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.



A evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o animal**  
(frequência e duração) em grupos extremos\* de **Ira Expressão**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Fala	Frequência	10.50	7.40	17.28	17.18	Z = -.524 (p = .600)
		Duração	10.14	7.37	17.75	10.39	Z = -1.782 (p = .075)
	Ri e Sorri	Frequência	3.78	3.00	6.33	7.31	Z = -1.153 (p = .249)
		Duração	6.60	8.98	11.70	19.14	Z = -1.214 (p = .225)
	Aproxima-se	Frequência	27.33	6.30	26.33	9.09	Z = -.946 (p = .344)
		Duração	260.26	126.47	223.81	41.77	Z = -1.363 (p = .173)
	Acaricia	Frequência	7.83	4.10	9.50	5.20	Z = -.314 (p = .753)
		Duração	66.21	47.58	54.27	92.64	Z = -.943 (p = .345)
	Brinca c/ objecto	Frequência	11.78	6.64	10.50	4.88	Z = -.420 (p = .674)
		Duração	90.41	55.30	78.10	46.76	Z = -.105 (p = .917)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.33	.30	.00	.00	Z = -1.857 (p = .063)
		Duração	.81	.93	.55	1.36	Z = -.365 (p = .715)
	Afasta-se	Frequência	.67	1.63	.11	.27	Z = -1.000 (p = .317)
		Duração	2.38	5.82	3.97	8.01	Z = -1.604 (p = .109)
≥ P75 (n=6)	Fala	Frequência	13.61	14.36	19.17	15.83	Z = -1.997 (p = .046*)
		Duração	47.21	46.90	62.78	75.84	Z = -.943 (p = .345)
	Ri e Sorri	Frequência	2.72	2.17	3.56	3.27	Z = -1.084 (p = .279)
		Duração	6.88	8.69	11.67	16.74	Z = -1.363 (p = .173)
	Aproxima-se	Frequência	30.56	11.39	34.50	15.70	Z = -.943 (p = .345)
		Duração	289.47	46.43	332.86	76.26	Z = -1.782 (p = .075)
	Acaricia	Frequência	8.11	4.64	4.00	2.80	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	94.36	56.48	101.24	61.28	Z = -.734 (p = .463)
	Brinca c/ objecto	Frequência	13.00	3.87	12.39	5.95	Z = -.105 (p = .916)
		Duração	84.02	49.13	74.77	23.95	Z = -.314 (p = .753)
	Brinca s/ objecto	Frequência	.44	.93	.28	.39	Z = -.184 (p = .854)
		Duração	2.27	4.81	.92	2.25	Z = -1.342 (p = .180)
	Afasta-se	Frequência	.00	.00	.17	.28	Z = -1.342 (p = .180)
		Duração	.07	.16	.76	1.23	Z = -1.342 (p = .180)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

b) Evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par** tendo em consideração as variáveis sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira

A evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**, nas **sessões com animal** (frequência e duração), segundo o **Sexo**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
Masculino	Fala	Frequência	2.39	2.57	1.92	2.59	Z = -.702 (p = .483)
		Duração	3.42	5.43	4.92	5.91	Z = -.978 (p = .328)
	Ri e Sorri	Frequência	.36	.41	.53	.86	Z = -.781 (p = .435)
		Duração	.52	.64	1.30	2.93	Z = -.700 (p = .484)
	Toca	Frequência	1.17	1.80	2.89	4.88	Z = -1.963 (p = .050)
		Duração	1.39	2.41	5.03	6.33	Z = -2.547 (p = .011*)
	Joga	Frequência	20.61	17.81	15.08	10.23	Z = -1.493 (p = .135)
		Duração	62.17	59.82	81.08	105.98	Z = -1.020 (p = .308)
	Alheia-se	Frequência	2.42	6.92	1.22	2.35	Z = -.070 (p = .944)
		Duração	7.75	20.45	4.33	6.10	Z = -.178 (p = .859)
	Enfado	Frequência	.97	1.45	1.36	1.89	Z = -1.592 (p = .111)
		Duração	1.12	1.41	2.46	2.74	Z = -1.778 (p = .075)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
Feminino	Fala	Frequência	3.74	3.95	4.43	3.75	Z = -.525 (p = .599)
		Duração	8.21	9.03	10.82	12.44	Z = -.471 (p = .638)
	Ri e Sorri	Frequência	.62	.96	1.79	2.09	Z = -2.769 (p = .006*)
		Duração	1.78	3.45	8.80	17.97	Z = -2.578 (p = .010*)
	Toca	Frequência	3.05	4.61	3.26	4.93	Z = -.236 (p = .814)
		Duração	8.00	12.96	3.63	6.17	Z = -1.570 (p = .117)
	Joga	Frequência	12.02	9.22	12.88	10.83	Z = -1.119 (p = .263)
		Duração	26.89	24.28	43.30	37.42	Z = -1.977 (p = .048*)
	Alheia-se	Frequência	.38	.98	.88	1.68	Z = -1.793 (p = .073)
		Duração	2.45	5.65	5.14	14.21	Z = -1.244 (p = .214)
	Enfado	Frequência	1.86	1.99	1.38	1.19	Z = -.673 (p = .501)
		Duração	6.23	10.68	2.52	2.10	Z = -1.511 (p = .131)
	Chora	Frequência	.05	.12	.02	.09	Z = -.577 (p = .564)
		Duração	1.49	5.31	.42	1.56	Z = -.535 (p = .593)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em *interacção com o seu par*,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração), por **grupo etário**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 45 Anos (n=20)	Fala	Frequência	3.23	3.46	2.88	3.13	Z = -.398 (p = .691)
		Duração	7.55	8.32	6.51	7.29	Z = -.224 (p = .823)
	Ri e Sorri	Frequência	.52	.80	1.15	1.88	Z = -1.966 (p = .049*)
		Duração	1.51	2.91	6.39	15.36	Z = -2.273 (p = .023*)
	Toca	Frequência	2.02	3.50	3.65	5.21	Z = -2.205 (p = .027*)
		Duração	5.67	11.19	3.57	5.33	Z = -.227 (p = .820)
	Joga	Frequência	16.58	13.01	14.63	10.72	Z = -.710 (p = .478)
		Duração	48.08	51.13	67.88	86.35	Z = -1.456 (p = .145)
	Alheia-se	Frequência	1.68	5.40	1.27	2.20	Z = -1.228 (p = .220)
		Duração	6.37	16.23	5.38	12.44	Z = -.094 (p = .925)
	Enfado	Frequência	1.52	1.97	1.33	.80	Z = -.216 (p = .828)
		Duração	4.29	9.05	2.66	2.48	Z = -.327 (p = .744)
	Chora	Frequência	.03	.10	.00	.00	Z = -1.414 (p = .157)
		Duração	1.05	1.45	.29	1.31	Z = -.535 (p = .593)
> 45 Anos (n=6)	Fala	Frequência	2.72	3.42	4.56	4.20	Z = -1.156 (p = .248)
		Duração	.84	1.45	13.39	16.69	Z = -2.023 (p = .043*)
	Ri e Sorri	Frequência	.44	.66	1.39	1.22	Z = -2.032 (p = .042*)
		Duração	.16	.38	1.85	4.03	Z = -1.342 (p = .180)
	Toca	Frequência	2.72	4.48	1.22	2.67	Z = -1.753 (p = .080)
		Duração	2.53	4.54	6.64	8.55	Z = -.943 (p = .345)
	Joga	Frequência	14.00	19.13	11.44	9,77	Z = -.674 (p = .500)
		Duração	26.81	25.76	36.94	31.25	Z = -2.201 (p = .028*)
	Alheia-se	Frequência	.11	.27	.28	.53	Z = -.447 (p = .655)
		Duração	.00	.00	2.73	3.68	Z = -1.826 (p = .068)
	Enfado	Frequência	1.22	1.09	2.17	2.86	Z = -.962 (p = .336)
		Duração	2.48	4.47	1.92	2.01	Z = -.365 (p = .715)
	Chora	Frequência	.00	.00	.06	.14	Z = -1.000 (p = .317)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**, nas **sessões com animal** (frequência e duração), segundo a **Escolaridade**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 9º Ano (n=13)	Fala	Frequência	3.92	3.75	3.49	3.50	Z = -.307 (p = .759)
		Duração	4.20	7.13	4.60	7.20	Z = -.784 (p = .433)
	Ri e Sorri	Frequência	.51	.81	.90	1.20	Z = -1.630 (p = .103)
		Duração	1.01	1.57	1.14	1.95	Z = -.491 (p = .624)
	Toca	Frequência	2.74	3.49	4.54	5.53	Z = -1.292 (p = .196)
		Duração	.51	1.18	1.34	2.22	Z = -1.682 (p = .092)
	Joga	Frequência	15.90	16.43	12.82	11.41	Z = -670 (p = .503)
		Duração	53.48	49.55	59.56	82.58	Z = -.105 (p = .917)
	Alheia-se	Frequência	.51	1.06	.95	1.73	Z = -1.283 (p = .199)
		Duração	3.75	5.78	6.19	15.08	Z = -.178 (p = .859)
	Enfado	Frequência	1.31	1.67	1.21	.92	Z = -.356 (p = .722)
		Duração	6.06	11.16	2.15	1.91	Z = -1.245 (p = .213)
	Chora	Frequência	.05	.13	.03	.09	Z = -.577 (p = .564)
		Duração	1.61	5.50	.00	.00	Z = -1.342 (p = .180)
> 9º Ano (n=13)	Fala	Frequência	2.31	2.92	3.05	3.52	Z = -.534 (p = .593)
		Duração	7.80	8.36	11.59	11.83	Z = -.664 (p = .507)
	Ri e Sorri	Frequência	.49	.73	1.51	2.15	Z = -2.250 (p = .024*)
		Duração	1.39	3.41	9.54	18.61	Z = -2.756 (p = .006*)
	Toca	Frequência	1.62	3.88	1.64	3.62	Z = -.256 (p = .798)
		Duração	9.39	12.91	7.21	7.44	Z = -.594 (p = .552)
	Joga	Frequência	16.08	12.35	14.97	9.65	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	32.86	43.64	61.92	75.89	Z = -2.691 (p = .007*)
	Alheia-se	Frequência	2.13	6.68	1.13	2.28	Z = -.679 (p = .497)
		Duração	6.04	19.92	3.34	4.63	Z = -.770 (p = .441)
	Enfado	Frequência	1.59	1.96	1.54	1.98	Z = -.513 (p = .608)
		Duração	1.68	2.12	2.83	2.78	Z = -1.601 (p = .109)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	.45	1.62	Z = -1.000 (p = .317)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em *interacção com o seu par*, nas **sessões com animal** (frequência e duração), segundo o **Diagnóstico Médico**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
C/ Esquizofrenia (n=10)	Fala	Frequência	2.37	3.36	1.37	1.49	Z = -.843 (p = .399)
		Duração	4.71	8.02	8.61	14.16	Z = -.889 (p = .374)
	Ri e Sorri	Frequência	.50	.50	.87	1.16	Z = -.780 (p = .436)
		Duração	.46	1.01	1.70	2.84	Z = -1.352 (p = .176)
	Toca	Frequência	1.23	2.03	2.77	4.90	Z = -1.706 (p = .088)
		Duração	3.09	3.57	2.99	3.02	Z = -.560 (p = .575)
	Joga	Frequência	21.57	19.54	14.77	10.20	Z = -1.543 (p = .123)
		Duração	19.32	26.06	19.95	28.23	Z = -.561 (p = .575)
	Alheia-se	Frequência	.77	1.17	.97	1.93	Z = -.527 (p = .598)
		Duração	4.40	6.27	7.20	16.89	Z = -.169 (p = .866)
	Enfado	Frequência	2.00	2.07	1.73	2.10	Z = -.103 (p = .918)
		Duração	5.80	12.84	1.43	1.97	Z = -1.183 (p = .237)
	Chora	Frequência	.03	.11	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)
		Duração	.10	.32	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)
S/ Esquizofrenia (n=16)	Fala	Frequência	3.58	3.43	4.46	3.82	Z = -.735 (p = .462)
		Duração	6.81	7.86	7.78	7.35	Z = -.621 (p = .535)
	Ri e Sorri	Frequência	.50	.89	1.42	2.02	Z = -2.769 (p = .006*)
		Duração	1.66	3.18	7.61	17.07	Z = -2.237 (p = .025*)
	Toca	Frequência	2.77	4.34	3.29	4.90	Z = -.157 (p = .875)
		Duração	6.11	12.54	5.08	7.48	Z = -.175 (p = .861)
	Joga	Frequência	12.50	8.67	13.35	10.83	Z = -.621 (p = .535)
		Duração	58.08	51.46	86.23	88.23	Z = -1.862 (p = .063)
	Alheia-se	Frequência	1.67	6.05	1.08	2.07	Z = -1.297 (p = .195)
		Duração	5.21	17.96	3.24	5.00	Z = -.1.156 (p = .248)
	Enfado	Frequência	1.10	1.56	1.15	1.04	Z = -1.109 (p = .267)
		Duração	2.67	2.91	3.15	2.40	Z = -.909 (p = .363)
	Chora	Frequência	.02	.08	.02	.08	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	1.24	4.98	.037	1.46	Z = -.447 (p = .655)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em **interação com o seu par**,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração), segundo a história  
de **Internamentos Anteriores**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
Sim (n=20)	Fala	Frequência	3.45	3.34	3.60	3.67	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	5.90	7.97	9.11	11.22	Z = -1.288 (p = .198)
	Ri e Sorri	Frequência	.63	.82	1.43	1.87	Z = -2.679 (p = .007*)
		Duração	1.28	2.02	6.57	15.42	Z = -2.517 (p = .012*)
	Toca	Frequência	2.77	4.00	3.92	5.22	Z = -1.067 (p = .286)
		Duração	5.98	11.25	4.62	6.81	Z = -.465 (p = .642)
	Joga	Frequência	13.48	11.07	12.08	8.99	Z = -.725 (p = .469)
		Duração	30.37	26.64	38.04	34.32	Z = -1.381 (p = .167)
	Alheia-se	Frequência	1.58	5.42	1.20	2.20	Z = -1.484 (p = .138)
		Duração	1.36	2.59	2.81	4.49	Z = -1.642 (p = .101)
	Enfado	Frequência	1.45	1.68	1.42	1.69	Z = -.502 (p = .616)
		Duração	4.28	9.29	2.12	2.04	Z = -.310 (p = .756)
	Chora	Frequência	.03	.10	.02	.07	Z = -.577 (p = .564)
		Duração	1.00	4.45	.29	1.31	Z = -.447 (p = .655)
Não (n=6)	Fala	Frequência	2.00	3.64	2.17	2.54	Z = -.535 (p = .593)
		Duração	6.35	8.05	4.72	5.31	Z = -.105 (p = .917)
	Ri e Sorri	Frequência	.06	.14	.44	.93	Z = -.816 (p = .414)
		Duração	.93	1.19	1.25	1.31	Z = -.524 (p = .600)
	Toca	Frequência	.22	.40	.33	.37	Z = -.557 (p = .577)
		Duração	1.52	2.49	3.11	3.34	Z = -1.753 (p = .080)
	Joga	Frequência	24.33	20.97	19.94	13.33	Z = -.315 (p = .752)
		Duração	85.84	74.01	136.38	129.59	Z = -1.572 (p = .116)
	Alheia-se	Frequência	.44	.72	.50	.91	Z = -.272 (p = .785)
		Duração	16.70	28.22	11.29	21.56	Z = -.944 (p = .345)
	Enfado	Frequência	1.44	2.29	1.22	.83	Z = -.271 (p = .786)
		Duração	2.51	1.95	3.73	3.13	Z = -1.153 (p = .249)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.17	.41	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes em *interacção com o seu par*, nas **sessões com animal** (frequência e duração), em grupos extremos\* de **Ira Traço**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	<b>Fala</b>	Frequência	3.11	.83	3.67	4.21	Z = -.365 (p = .715)
		Duração	1.59	3.09	1.85	2.95	Z = -.105 (p = .917)
	<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	.44	1.09	.77	1.31	Z = -1.604 (p = .109)
		Duração	.56	.79	.52	1.28	Z = -.365 (p = .715)
	<b>Toca</b>	Frequência	1.28	2.41	1.89	3.98	Z = -.962 (p = .336)
		Duração	.02	.05	.42	.86	Z = -1.069 (p = .285)
	<b>Joga</b>	Frequência	12.78	9.23	12.67	11.46	Z = -.105 (p = .916)
		Duração	99.01	62.35	121.66	139.05	Z = -.314 (p = .753)
	<b>Alheia-se</b>	Frequência	.22	.40	1.00	1.03	Z = -1.633 (p = .102)
		Duração	1.60	2.85	2.92	6.41	Z = .000 (p = 1.000)
	<b>Enfado</b>	Frequência	1.72	2.27	1.39	.77	Z = -.135 (p = .893)
		Duração	3.26	4.06	3.43	3.21	Z = -.314 (p = .753)
	<b>Chora</b>	Frequência	.06	.14	.06	.14	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
≥ P75 (n=6)	<b>Fala</b>	Frequência	1.39	1.76	2.06	2.32	Z = -2.060 (p = .039*)
		Duração	7.05	9.46	12.85	16.94	Z = -.135 (p = .893)
	<b>Ri e Sorri</b>	Frequência	.50	.62	1.50	1.17	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	.77	1.24	3.78	4.64	Z = -1.214 (p = .225)
	<b>Toca</b>	Frequência	.39	.33	.61	.93	Z = -.412 (p = .680)
		Duração	4.31	4.47	4.84	6.77	Z = -.105 (p = .917)
	<b>Joga</b>	Frequência	20.50	17.46	18.33	11.61	Z = -.405 (p = .686)
		Duração	8.83	9.74	18.38	21.08	Z = -1.572 (p = .116)
	<b>Alheia-se</b>	Frequência	4.44	9.77	1.50	3.35	Z = -1.604 (p = .109)
		Duração	3.37	8.25	11.07	21.40	Z = -1.604 (p = .109)
	<b>Enfado</b>	Frequência	2.44	1.88	2.67	2.51	Z = -.271 (p = .786)
		Duração	2.43	3.25	2.92	2.38	Z = .000 (p = 1.000)
	<b>Chora</b>	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.17	.41	.98	2.39	Z = -.447 (p = .655)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

A evolução dos comportamentos dos doentes em **interação com o seu par**,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração), em grupos extremos\*  
**de Ira Controlo**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Fala	Frequência	3.00	3.19	3.50	3.15	Z = -.730 (p = .465)
		Duração	6.16	7.41	5.70	6.18	Z = -.314 (p = .753)
	Ri e Sorri	Frequência	.22	.27	.33	.52	Z = -.378 (p = .705)
		Duração	1.03	1.42	12.91	26.33	Z = -1.782 (p = .075)
	Toca	Frequência	.56	1.07	.94	1.02	Z = -1.095 (p = .273)
		Duração	8.04	15.33	3.45	5.61	Z = -.674 (p = .500)
	Joga	Frequência	13.06	8.60	13.11	13.36	Z = -.105 (p = .917)
		Duração	71.32	83.52	138.34	128.63	Z = -1.992 (p = .046*)
	Alheia-se	Frequência	4.56	9.70	2.00	3.21	Z = -.647 (p = .518)
		Duração	.10	.25	.93	1.46	Z = -1.069 (p = .285)
	Enfado	Frequência	1.33	2.38	1.00	.73	Z = -.365 (p = .715)
		Duração	2.33	1.89	4.13	3.48	Z = -1.992 (p = .046*)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	.98	2.39	Z = -1.000 (p = .317)
≥ P75 (n=7)	Fala	Frequência	2.52	3.46	2.00	2.98	Z = -.674 (p = .500)
		Duração	6.52	8.19	16.48	15.67	Z = -2.028 (p = .043*)
	Ri e Sorri	Frequência	.33	.27	1.48	1.43	Z = -1.577 (p = .854)
		Duração	.89	1.35	2.49	3.42	Z = -1.572 (p = .116)
	Toca	Frequência	2.48	4.21	3.00	5.44	Z = -.687 (p = .492)
		Duração	4.54	3.76	2.12	2.58	Z = -.676 (p = .499)
	Joga	Frequência	23.67	22.64	14.67	9.92	Z = -1.439 (p = .150)
		Duração	33.05	29.87	44.89	37.64	Z = -1.521 (p = .128)
	Alheia-se	Frequência	.00	.00	.14	.38	Z = -1.000 (p = .317)
		Duração	11.94	26.67	2.52	4.79	Z = -1.214 (p = .225)
	Enfado	Frequência	2.29	2.32	1.95	2.41	Z = -.256 (p = .798)
		Duração	3.00	2.90	2.38	2.01	Z = -.943 (p = .345)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	2.84	7.52	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.



A evolução dos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**,  
nas **sessões com animal** (frequência e duração), em grupos extremos\*  
**de Ira Expressão**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Fala	Frequência	3.06	3.32	4.89	4.83	Z = -.730 (p = .465)
		Duração	.62	1.09	12.02	17.29	Z = -2.201 (p = .028*)
	Ri e Sorri	Frequência	.56	.46	1.89	1.15	Z = -1.997 (p = .046*)
		Duração	.72	1.51	2.70	3.96	Z = -1.604 (p = .109)
	Toca	Frequência	3.94	4.20	3.50	5.04	Z = -.954 (p = .340)
		Duração	3.45	4.48	3.23	7.21	Z = -.405 (p = .686)
	Joga	Frequência	14.00	18.64	10.06	9.39	Z = -.314 (p = .753)
		Duração	20.77	23.34	31.10	44.19	Z = -2.201 (p = .028*)
	Alheia-se	Frequência	.06	.14	.11	.27	Z = -.447 (p = .655)
		Duração	1.41	3.46	1.13	2.05	Z = .000 (p = 1.000)
	Enfado	Frequência	1.50	2.37	1.83	2.67	Z = -.677 (p = .498)
		Duração	9.72	15.90	2.47	2.78	Z = -1.214 (p = .225)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
≥ P75 (n=6)	Fala	Frequência	2.89	3.87	2.61	2.27	Z = -.211 (p = .833)
		Duração	9.73	9.20	7.93	7.58	Z = -.674 (p = .500)
	Ri e Sorri	Frequência	.39	.95	1.89	2.96	Z = -1.826 (p = .068)
		Duração	2.45	5.00	16.37	26.56	Z = -1.926 (p = .833)
	Toca	Frequência	3.67	5.70	4.33	5.84	Z = -.730 (p = .465)
		Duração	14.40	18.13	7.36	7.89	Z = -1.214 (p = .225)
	Joga	Frequência	12.94	9.60	13.00	12.11	Z = -.135 (p = .893)
		Duração	32.09	28.98	53.19	42.35	Z = -.943 (p = .345)
	Alheia-se	Frequência	.22	.34	.72	.71	Z = -1.219 (p = .223)
		Duração	13.24	29.03	5.23	7.16	Z = .000 (p = 1.000)
	Enfado	Frequência	.83	.57	.78	.66	Z = -.137 (p = .891)
		Duração	1.09	1.33	1.74	1.51	Z = -1.095 (p = .273)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

c) Evolução dos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* tendo em consideração as variáveis sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira

A evolução dos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), nas sessões com animal, segundo o **Sexo**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
Masculino (n=12)	Deitado	Frequência	.25	.59	.56	.62	Z = -2.310 (p = .021*)
		Duração	6.80	23.28	108.77	110.09	Z = -2.666 (p = .008*)
	Sentado	Frequência	4.03	3.53	3.75	3.35	Z = -.134 (p = .433)
		Duração	234.93	202.86	203.69	169.83	Z = -.784 (p = .345)
	Abaixado	Frequência	1.14	1.57	1.28	1.20	Z = -.632 (p = .528)
		Duração	26.06	34.54	33.02	29.40	Z = -.663 (p = .508)
	De pé	Frequência	11.44	9.37	7.22	5.91	Z = -2.135 (p = .033*)
		Duração	187.75	161.36	144.48	147.97	Z = -2.667 (p = .008*)
	Andar	Frequência	5.31	5.66	4.31	4.18	Z = -.669 (p = .504)
		Duração	27.98	28.95	24.14	24.01	Z = -.392 (p = .695)
De Fumo	Frequência	.50	1.34	.11	.38	Z = -1.604 (p = .109)	
	Duração	10.02	25.97	7.35	25.46	Z = -1.069 (p = .285)	
Feminino (n=14)	Deitado	Frequência	.10	.24	.26	.46	Z = -1.890 (p = .059)
		Duração	5.21	13.40	32.93	57.27	Z = -1.826 (p = .068)
	Sentado	Frequência	6.57	7.04	5.14	4.46	Z = -.039 (p = .969)
		Duração	320.42	126.03	378.63	132.00	Z = -1.538 (p = .124)
	Abaixado	Frequência	1.33	2.22	1.12	1.22	Z = -.416 (p = .677)
		Duração	22.83	35.90	29.06	40.05	Z = -.889 (p = .374)
	De pé	Frequência	7.33	8.27	6.31	8.92	Z = -.978 (p = .328)
		Duração	92.47	83.92	54.41	76.47	Z = -1.245 (p = .213)
	Andar	Frequência	1.98	2.19	1.83	2.82	Z = -.312 (p = .755)
		Duração	9.25	14.48	10.75	20.73	Z = -.196 (p = .844)
De Fumo	Frequência	.05	.18	.02	.09	Z = -.447 (p = .655)	
	Duração	.00	.00	.13	.50	Z = -1.000 (p = .317)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*  
(frequência e duração), nas **sessões com animal**, por **grupo etário**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon	
			Média	DP	Média	DP		
≤ 45 Anos (n=20)	Deitado	Frequência	.18	.48	.47	.58	Z = -2.812 (p = .005**)	
		Duração	7.68	20.58	48.36	57.03	Z = -2.803 (p = .005**)	
	Sentado	Frequência	5.60	5.91	4.12	3.38	Z = -.363 (p = .717)	
		Duração	298.82	149.37	317.94	162.98	Z = -.411 (p = .681)	
	Abaixado	Frequência	1.50	2.11	1.28	1.22	Z = -.420 (p = .674)	
		Duração	23.61	35.49	34.92	37.40	Z = -1.144 (p = .149)	
	De pé	Frequência	10.37	9.56	7.22	7.58	Z = -2.225 (p = .026*)	
		Duração	140.38	142.03	97.05	134.18	Z = -2.548 (p = .011*)	
	Andar	Frequência	3.67	4.66	3.00	3.66	Z = -.568 (p = .570)	
		Duração	20.79	26.26	16.16	21.74	Z = -1.107 (p = .268)	
	De Fumo	Frequência	.30	1.05	.08	.30	Z = -1.289 (p = .197)	
		Duração	6.01	20.39	4.50	19.70	Z = -.730 (p = .465)	
	> 45 Anos (n=6)	Deitado	Frequência	.11	.27	.17	.41	Z = -1.000 (p = .317)
			Duração	.14	.34	133.19	153.70	Z = -1.604 (p = .109)
Sentado		Frequência	4.72	5.60	5.78	5.75	Z = -.365 (p = .715)	
		Duração	221.44	225.77	231.05	201.01	Z = -.105 (p = .917)	
Abaixado		Frequência	.39	.49	.89	1.11	Z = -1.289 (p = .717)	
		Duração	26.70	34.54	17.45	22.30	Z = -.730 (p = .465)	
De pé		Frequência	5.44	4.80	5.11	7.92	Z = -.135 (p = .893)	
		Duração	123.34	102.00	92.41	73.62	Z = -.944 (p = .345)	
Andar		Frequência	3.00	3.78	2.89	4.01	Z = -.405 (p = .686)	
		Duração	8.24	8.78	19.50	28.46	Z = -.944 (p = .345)	
De Fumo		Frequência	.11	.27	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)	
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), nas **sessões com animal**, segundo a **Escolaridade**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 9º Ano (n=13)	Deitado	Frequência	.13	.26	.46	.57	Z = -2.392 (p = .017*)
		Duração	.00	.00	47.44	66.55	Z = -2.192 (p = .028*)
	Sentado	Frequência	6.87	7.23	5.23	4.44	Z = -.311 (p = .755)
		Duração	288.07	146.72	324.07	140.74	Z = -.594 (p = .552)
	Abaixado	Frequência	.90	1.29	1.28	1.10	Z = -1.187 (p = .235)
		Duração	17.55	21.54	18.51	22.98	Z = -.089 (p = .929)
	De pé	Frequência	9.77	9.05	7.38	6.94	Z = -1.490 (p = .136)
		Duração	153.96	138.52	97.85	133.09	Z = -2.192 (p = .028*)
	Andar	Frequência	3.72	5.01	3.79	4.44	Z = -.385 (p = .700)
		Duração	14.14	22.98	19.35	24.51	Z = -.314 (p = .753)
De Fumo	Frequência	.05	.18	.03	.09	Z = -.447 (p = .655)	
	Duração	9.25	25.02	6.93	24.42	Z = -2.730 (p = .465)	
> 9º Ano (n=13)	Deitado	Frequência	.21	.57	.33	.54	Z = -1.667 (p = .096)
		Duração	11.88	24.83	88.43	111.45	Z = -2.366 (p = .018*)
	Sentado	Frequência	3.92	3.42	3.77	3.46	Z = -.118 (p = .906)
		Duração	273.86	192.95	271.70	201.25	Z = -.314 (p = .753)
	Abaixado	Frequência	1.59	2.38	1.10	1.31	Z = -.664 (p = .507)
		Duração	31.09	43.96	43.27	40.97	Z = -1.274 (p = .203)
	De pé	Frequência	8.69	9.00	6.08	8.35	Z = -1.478 (p = .139)
		Duração	118.93	128.57	94.11	114.25	Z = -1.274 (p = .203)
	Andar	Frequência	3.31	3.92	2.15	2.60	Z = -1.687 (p = .092)
		Duração	21.64	25.02	14.51	21.83	Z = -.978 (p = .328)
De Fumo	Frequência	.46	1.29	.10	.37	Z = -1.604 (p = .109)	
	Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), **nas sessões com animal**, segundo **Diagnóstico Médico**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
C/ Esquizofrenia (n=10)	Deitado	Frequência	.03	.11	.33	.42	Z = -2.264 (p = .024*)
		Duração	.00	.00	60.79	74.50	Z = -2.023 (p = .043*)
	Sentado	Frequência	3.30	3.29	2.93	2.32	Z = -.059 (p = .953)
		Duração	358.25	135.61	384.92	119.60	Z = -.459 (p = .646)
	Abaixado	Frequência	1.00	1.47	.87	.88	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	8.69	15.87	18.40	30.98	Z = -.944 (p = .345)
	De pé	Frequência	10.37	7.45	6.70	5.39	Z = -2.192 (p = .028*)
		Duração	108.19	99.93	41.66	59.65	Z = -2.240 (p = .025*)
	Andar	Frequência	5.67	5.54	4.97	4.77	Z = -.833 (p = .405)
		Duração	19.88	32.47	10.93	18.16	Z = -1.260 (p = .208)
De Fumo	Frequência	.50	1.47	.17	.42	Z = -.816 (p = .414)	
	Duração	.00	.00	.19	.59	Z = -1.000 (p = .317)	
S/ Esquizofrenia (n=16)	Deitado	Frequência	.25	.54	.44	.63	Z = -1.983 (p = .047*)
		Duração	9.65	22.72	72.40	104.03	Z = -2.521 (p = .012*)
	Sentado	Frequência	6.71	6.61	5.48	4.52	Z = -.031 (p = .975)
		Duração	232.66	172.01	243.49	180.68	Z = -.259 (p = .796)
	Abaixado	Frequência	1.40	2.17	1.40	1.33	Z = -.089 (p = .929)
		Duração	34.09	39.76	38.69	35.86	Z = -.672 (p = .501)
	De pé	Frequência	8.52	9.81	6.75	8.81	Z = -1.049 (p = .294)
		Duração	154.10	149.17	129.93	138.88	Z = -1.590 (p = .112)
	Andar	Frequência	2.17	3.00	1.73	2.09	Z = -.252 (p = .801)
		Duração	16.65	17.62	20.69	25.20	Z = -.440 (p = .660)
De Fumo	Frequência	.10	.29	.00	.00	Z = -1.342 (p = .180)	
	Duração	7.52	22.69	5.51	22.05	Z = -1.069 (p = .285)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*  
(frequência e duração), nas sessões com animal, segundo a história  
de **Internamentos Anteriores**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon	
			Média	DP	Média	DP		
Sim (n=20)	Deitado	Frequência	.22	.49	.47	.61	Z = -2.539 (p = .011*)	
		Duração	3.69	11.34	69.89	99.47	Z = -2.666 (p = .008*)	
	Sentado	Frequência	4.17	3.96	4.63	4.23	Z = -1.091 (p = .275)	
		Duração	316.81	165.06	337.39	164.57	Z = -.336 (p = .737)	
	Abaixado	Frequência	1.15	1.68	1.07	1.06	Z = .000 (p = 1.000)	
		Duração	20.59	34.37	29.01	37.25	Z = -1.477 (p = .140)	
	De pé	Frequência	9.60	9.56	5.52	6.80	Z = -2.841 (p = .004**)	
		Duração	98.11	87.90	57.20	69.69	Z = -1.870 (p = .062)	
	Andar	Frequência	2.75	3.43	2.27	2.91	Z = -.617 (p = .537)	
		Duração	11.31	19.27	9.86	17.56	Z = -.610 (p = .542)	
	De Fumo	Frequência	.28	1.04	.08	.30	Z = -1.289 (p = .197)	
		Duração	1.63	6.76	.00	.00	Z = -1.342 (p = .180)	
	Não (n=6)	Deitado	Frequência	.00	.00	.17	.18	Z = -1.732 (p = .083)
			Duração	13.45	32.95	61.41	70.42	Z = -1.826 (p = .068)
Sentado		Frequência	9.50	8.88	4.06	3.26	Z = -1.572 (p = .116)	
		Duração	161.48	124.39	166.20	135.41	Z = -.314 (p = .753)	
Abaixado		Frequência	1.56	2.71	1.61	1.57	Z = -.365 (p = .715)	
		Duração	36.76	35.48	37.15	27.56	Z = -.105 (p = .917)	
De pé		Frequência	8.00	6.55	10.78	9.15	Z = -.674 (p = .500)	
		Duração	264.23	180.25	225.26	171.25	Z = -2.201 (p = .028*)	
Andar		Frequência	6.06	6.52	5.33	5.12	Z = -.524 (p = .600)	
		Duração	39.81	26.11	40.50	24.06	Z = -.105 (p = .917)	
De Fumo		Frequência	.17	.41	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)	
		Duração	14.63	35.83	15.01	35.86	Z = -1.342 (p = .180)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

A evolução dos comportamentos dos doentes **não dirigidos aos protagonistas** (frequência e duração), nas **sessões com animal**, em grupos extremos\* de Ira Traço

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon	
			Média	DP	Média	DP		
≤ P25 (n=6)	Deitado	Frequência	.00	.00	.22	.27	Z = -1.633 (p = .102)	
		Duração	.00	.00	39.23	49.41	Z = -1.604 (p = .109)	
	Sentado	Frequência	11.11	8.51	6.06	4.71	Z = -1.363 (p = .173)	
		Duração	253.48	188.07	194.87	157.34	Z = -1.363 (p = .173)	
	Abaixado	Frequência	.56	.62	1.39	1.39	Z = -1.841 (p = .317)	
		Duração	11.11	13.45	33.70	28.94	Z = -1.572 (p = .116)	
	De pé	Frequência	5.00	3.85	6.11	6.92	Z = -.271 (p = .786)	
		Duração	234.50	203.83	213.64	186.38	Z = -.943 (p = .345)	
	Andar	Frequência	1.50	1.38	2.67	2.97	Z = -1.054 (p = .292)	
		Duração	14.48	11.26	39.36	32.46	Z = -1.782 (p = .075)	
	De Fumo	Frequência	.17	.41	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)	
		Duração	20.05	35.25	14.70	36.01	Z = -1.069 (p = .285)	
	≥ P75 (n=6)	Deitado	Frequência	.33	.82	.33	.67	Z = .000 (p = 1.000)
			Duração	.00	.00	111.74	134.62	Z = -1.604 (p = .109)
Sentado		Frequência	2.78	2.60	2.78	1.71	Z = -.271 (p = .786)	
		Duração	368.53	194.47	325.62	196.13	Z = -.734 (p = .463)	
Abaixado		Frequência	1.11	2.08	.72	1.04	Z = -.535 (p = .593)	
		Duração	26.64	35.16	20.82	27.69	Z = -.535 (p = .593)	
De pé		Frequência	9.50	7.37	4.72	6.42	Z = -2.023 (p = .043*)	
		Duração	58.66	78.88	45.84	53.81	Z = -.365 (p = .715)	
Andar		Frequência	7.28	7.10	3.89	5.46	Z = -2.023 (p = .043*)	
		Duração	12.17	13.34	10.49	13.84	Z = -.365 (p = .715)	
De Fumo		Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)	
		Duração	.00	.00	.31	.76	Z = -1.000 (p = .317)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

A evolução dos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* (frequência e duração), nas **sessões com animal**, em diferentes grupos extremos\*  
de **Ira Controlo**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	<b>Deitado</b>	Frequência	.33	.82	.39	.65	Z = -.577 (p = .564)
		Duração	6.96	17.05	37.18	58.23	Z = -1.342 (p = .180)
	<b>Sentado</b>	Frequência	8.78	9.13	3.72	2.65	Z = -1.363 (p = .173)
		Duração	233.82	152.23	243.00	212.45	Z = -.105 (p = .917)
	<b>Abaixado</b>	Frequência	1.39	2.07	1.39	1.39	Z = -.135 (p = .893)
		Duração	20.21	22.49	47.02	32.48	Z = -1.153 (p = .249)
	<b>De pé</b>	Frequência	8.94	6.48	4.22	3.10	Z = -1.572 (p = .116)
		Duração	214.29	219.04	174.75	208.44	Z = -1.363 (p = .173)
	<b>Andar</b>	Frequência	3.89	4.33	2.22	2.17	Z = -1.156 (p = .248)
		Duração	13.59	12.72	25.12	31.42	Z = -.734 (p = .463)
	<b>De Fumo</b>	Frequência	.94	1.87	.22	.54	Z = -1.342 (p = .180)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
≥ P75 (n=7)	<b>Deitado</b>	Frequência	.19	.33	.43	.66	Z = -1.633 (p = .102)
		Duração	11.53	30.51	24.19	49.86	Z = -1.342 (p = .180)
	<b>Sentado</b>	Frequência	3.33	3.63	3.71	4.47	Z = -.526 (p = .599)
		Duração	315.82	190.71	401.71	162.13	Z = -2.197 (p = .028*)
	<b>Abaixado</b>	Frequência	1.33	2.54	1.67	1.32	Z = -.943 (p = .345)
		Duração	23.48	37.45	16.62	30.42	Z = -1.095 (p = .273)
	<b>De pé</b>	Frequência	8.67	9.74	9.71	9.83	Z = -.420 (p = .674)
		Duração	82.99	97.87	65.35	80.14	Z = -2.023 (p = .043*)
	<b>Andar</b>	Frequência	4.19	4.12	3.71	4.13	Z = -.841 (p = .400)
		Duração	22.31	34.51	12.43	19.62	Z = -1.483 (p = .138)
	<b>De Fumo</b>	Frequência	.14	.26	.00	.00	Z = -1.342 (p = .180)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.



A evolução dos comportamentos dos doentes **não dirigidos aos protagonistas**  
(frequência e duração), nas **sessões com animal**, em grupos extremos\*  
**de Ira Expressão**

	Comportamentos dos doentes		Primeira parte		Última parte		Teste de Wilcoxon	
			Média	DP	Média	DP		
≤ P25 (n=6)	<b>Deitado</b>	Frequência	.17	.28	.39	.62	Z = -1.342 (p = .180)	
		Duração	.14	.34	48.96	119.92	Z = -1.000 (p = .317)	
	<b>Sentado</b>	Frequência	2.89	2.96	4.61	4.66	Z = -1.761 (p = .078)	
		Duração	269.56	211.47	390.29	218.67	Z = -1.572 (p = .116)	
	<b>Abaixado</b>	Frequência	.56	1.05	1.06	1.31	Z = -1.342 (p = .180)	
		Duração	22.59	26.47	8.07	17.60	Z = -1.069 (p = .285)	
	<b>De pé</b>	Frequência	6.22	10.18	3.50	4.56	Z = -.736 (p = .461)	
		Duração	123.49	109.08	42.22	69.83	Z = -1.826 (p = .068)	
	<b>Andar</b>	Frequência	2.06	4.07	2.00	3.37	Z = -.184 (p = .854)	
		Duração	3.94	4.07	5.80	10.52	Z = .000 (p = 1.000)	
	<b>De Fumo</b>	Frequência	.11	.27	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)	
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)	
	≥ P75 (n=6)	<b>Deitado</b>	Frequência	.11	.27	.33	.56	Z = -1.414 (p = .157)
			Duração	25.61	32.55	96.88	60.29	Z = -2.023 (p = .043*)
<b>Sentado</b>		Frequência	5.39	3.85	4.72	4.50	Z = -.405 (p = .686)	
		Duração	335.93	170.92	281.56	118.85	Z = -.734 (p = .463)	
<b>Abaixado</b>		Frequência	2.00	2.97	1.50	1.44	Z = -.730 (p = .461)	
		Duração	40.84	56.83	54.20	50.28	Z = -.674 (p = .500)	
<b>De pé</b>		Frequência	11.06	11.01	8.83	11.41	Z = -.674 (p = .500)	
		Duração	52.77	62.96	67.19	74.63	Z = -.944 (p = .345)	
<b>Andar</b>		Frequência	1.94	1.90	1.11	1.00	Z = -.813 (p = .416)	
		Duração	19.20	27.08	9.36	11.15	Z = -.105 (p = .917)	
<b>De Fumo</b>		Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)	
		Duração	5.04	12.35	.00	.00	Z = 1.000 (p = .317)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

**Apêndice 3** – Quadros de referência de análise das diferenças dos comportamentos dos doentes nas sessões com e sem animal, em separado segundo as variáveis socio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira, a partir dos quais se elaboraram os quadros síntese apresentados no texto relativo ao Estudo 3 (pp. 240-256).

a) Comparação dos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par** tendo em consideração as variáveis sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par** nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) segundo o **Sexo**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
Masculino (n=14)	Fala	Frequência	2.15	2.43	29.63	20.32	Z = -3.059 (p = .002**)
		Duração	4.17	5.21	138.67	138.48	Z = -3.059 (p = .002**)
	Ri e Sorri	Frequência	.44	.60	1.46	1.59	Z = -2.255 (p = .024*)
		Duração	.91	1.59	7.92	11.79	Z = -2.310 (p = .021*)
	Toca	Frequência	2.03	3.26	1.63	1.73	Z = -.296 (p = .767)
		Duração	3.21	3.48	2.54	3.15	Z = -1.599 (p = .110)
	Joga	Frequência	17.85	13.16	28.67	21.15	Z = -1.600 (p = .110)
		Duração	71.63	81.08	206.08	108.93	Z = -2.589 (p = .010*)
	Alheia-se	Frequência	1.82	4.60	2.17	2.81	Z = -.459 (p = .646)
		Duração	6.04	11.94	23.99	41.35	Z = -1.274 (p = .203)
	Enfado	Frequência	1.17	1.34	4.08	5.41	Z = -2.446 (p = .014*)
		Duração	1.79	1.83	24.23	32.27	Z = -2.934 (p = .003**)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
Feminino (n=14)	Fala	Frequência	4.08	3.19	41.43	16.18	Z = -3.296 (p = .001**)
		Duração	9.52	8.26	198.11	116.03	Z = -3.296 (p = .001**)
	Ri e Sorri	Frequência	1.20	1.43	2.46	3.70	Z = -1.023 (p = .306)
		Duração	5.29	9.63	9.01	15.16	Z = -.622 (p = .534)
	Toca	Frequência	3.15	4.55	.79	1.31	Z = -1.505 (p = .132)
		Duração	5.81	9.26	2.95	6.04	Z = -1.084 (p = .279)
	Joga	Frequência	12.45	9.92	26.29	11.16	Z = -3.107 (p = .002**)
		Duração	35.09	28.25	241.82	134.25	Z = -3.296 (p = .001**)
	Alheia-se	Frequência	.63	1.29	1.50	2.35	Z = -1.688 (p = .091)
		Duração	3.80	9.71	14.29	19.71	Z = -1.988 (p = .047*)
	Enfado	Frequência	1.62	1.44	3.25	3.16	Z = -2.512 (p = .012*)
		Duração	4.38	5.30	25.11	41.99	Z = -2.341 (p = .019*)
	Chora	Frequência	.04	.07	.11	.40	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.96	2.70	3.08	10.35	Z = -.365 (p = .715)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**, nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração), por **grupo etário**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 45 Anos (n=20)	Fala	Frequência	3.06	3.04	35.55	19.72	Z = -3.920 (p = .000**)
		Duração	7.03	7.33	183.38	121.09	Z = -3.920 (p = .000**)
	Ri e Sorri	Frequência	.83	1.26	2.15	3.15	Z = -2.050 (p = .040*)
		Duração	3.95	8.25	10.02	14.80	Z = -1.444 (p = .149)
	Toca	Frequência	2.83	4.15	1.33	1.53	Z = -.829 (p = .407)
		Duração	4.62	8.02	2.95	5.26	Z = -.828 (p = .408)
	Joga	Frequência	15.61	11.10	28.38	17.40	Z = -2.857 (p = .004**)
		Duração	57.98	66.56	210.47	112.61	Z = -3.547 (p = .000**)
	Alheia-se	Frequência	1.48	3.67	1.90	2.54	Z = -.924 (p = .355)
		Duração	5.87	11.96	19.35	34.21	Z = -1.810 (p = .070)
	Enfado	Frequência	1.33	1.24	3.93	4.71	Z = -3.269 (p = .001**)
		Duração	3.48	4.59	30.33	40.55	Z = -3.397 (p = .001**)
	Chora	Frequência	.02	.05	.08	.34	Z = -.447 (p = .655)
		Duração	.67	2.28	2.16	8.68	Z = -.365 (p = .715)
> 45 Anos (n=6)	Fala	Frequência	3.64	2.97	37.42	16.99	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	7.12	8.35	128.32	152.45	Z = -2.201 (p = .028*)
	Ri e Sorri	Frequência	.92	.85	1.50	2.10	Z = -.677 (p = .498)
		Duração	1.00	2.20	3.46	5.74	Z = -1.604 (p = .109)
	Toca	Frequência	1.97	3.55	.67	1.63	Z = -.944 (p = .345)
		Duração	4.58	3.71	2.14	3.32	Z = -2.201 (p = .028*)
	Joga	Frequência	12.72	14.11	24.08	12.15	Z = -1.992 (p = .046*)
		Duração	31.87	28.26	274.83	150.33	Z = -2.201 (p = .028*)
	Alheia-se	Frequência	.19	.31	1.50	2.76	Z = -1.604 (p = .109)
		Duração	1.37	1.84	16.81	20.98	Z = -1.461 (p = .144)
	Enfado	Frequência	1.69	1.89	2.67	2.34	Z = -1.214 (p = .225)
		Duração	2.20	2.74	5.97	9.00	Z = -1.095 (p = .273)
	Chora	Frequência	.03	.07	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**  
nas sessões **com e sem animal** (frequência e duração) segundo a **Escolaridade**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 9º Ano (n=13)	Fala	Frequência	3.71	3.36	38.23	17.41	Z = -3.180 (p = .001**)
		Duração	4.40	6.61	160.14	108.52	Z = -3.180 (p = .001**)
	Ri e Sorri	Frequência	.71	.94	1.69	2.23	Z = -1.584 (p = .113)
		Duração	1.08	1.68	7.63	12.08	Z = -1.680 (p = .093)
	Toca	Frequência	3.64	4.11	1.54	1.86	Z = -1.604 (p = .109)
		Duração	.92	1.45	1.79	5.61	Z = -1.601 (p = .109)
	Joga	Frequência	14.36	13.27	30.00	20.49	Z = -2.691 (p = .007*)
		Duração	56.52	64.18	208.59	154.40	Z = -2.621 (p = .009*)
	Alheia-se	Frequência	.73	1.33	2.42	2.90	Z = -2.245 (p = .025*)
		Duração	4.97	10.19	8.91	16.14	Z = -.764 (p = .445)
	Enfado	Frequência	1.26	1.5	4.31	5.61	Z = -2.535 (p = .011*)
		Duração	4.11	5.52	34.46	46.66	Z = -2.353 (p = .019*)
	Chora	Frequência	.04	.07	.12	.42	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.80	2.75	3.32	10.73	Z = -.535 (p = .593)
> 9º Ano (n=13)	Fala	Frequência	2.68	2.56	33.73	20.56	Z = -3.180 (p = .001**)
		Duração	9.70	7.43	181.20	148.49	Z = -3.180 (p = .001**)
	Ri e Sorri	Frequência	1.00	1.38	2.31	3.54	Z = -1.480 (p = .139)
		Duração	5.46	10.00	9.38	15.14	Z = -1.255 (p = .209)
	Toca	Frequência	1.63	3.71	.81	1.11	Z = -.089 (p = .929)
		Duração	8.30	8.72	3.73	3.90	Z = -1.363 (p = .173)
	Joga	Frequência	15.53	10.22	24.77	10.63	Z = -2.197 (p = .028*)
		Duração	47.39	58.70	242.06	81.50	Z = -3.180 (p = .001**)
	Alheia-se	Frequência	1.63	4.45	1.19	2.05	Z = -.051 (p = .959)
		Duração	4.69	11.48	28.62	39.59	Z = -2.293 (p = .022*)
	Enfado	Frequência	1.56	1.62	2.96	2.38	Z = -2.438 (p = .015*)
		Duração	2.26	2.19	14.95	21.94	Z = -3.059 (p = .002**)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.23	.81	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em *interacção com o seu par* nas sessões com e sem animal (frequência e duração) segundo **Diagnóstico Médico**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
C/ Esquizofrenia (n=10)	Fala	Frequência	1.87	2.36	28.15	12.60	Z = -2.803 (p = .005**)
		Duração	6.66	8.54	201.21	155.18	Z = -2.803 (p = .005**)
	Ri e Sorri	Frequência	.68	.73	2.85	3.76	Z = -2.100 (p = .036*)
		Duração	1.08	1.57	7.94	12.67	Z = -1.352 (p = .176)
	Toca	Frequência	2.00	3.45	1.00	1.31	Z = -.339 (p = .734)
		Duração	3.04	2.22	3.21	6.39	Z = -1.362 (p = .173)
	Joga	Frequência	18.17	14.30	29.30	17.04	Z = -1.988 (p = .047*)
		Duração	19.64	26.60	218.89	105.31	Z = -2.803 (p = .005**)
	Alheia-se	Frequência	.87	1.51	2.45	2.69	Z = -2.018 (p = .044*)
		Duração	5.80	11.23	17.53	24.24	Z = -1.352 (p = .176)
	Enfado	Frequência	1.87	1.62	5.75	6.12	Z = -2.397 (p = .017*)
		Duração	3.62	6.43	27.79	50.24	Z = -1.820 (p = .069)
	Chora	Frequência	.02	.05	.15	.47	Z = -1.000 (p = .317)
		Duração	.05	.16	.43	1.37	Z = -1.000 (p = .317)
S/ Esquizofrenia (n=16)	Fala	Frequência	4.02	3.08	40.88	20.69	Z = -3.516 (p = .000**)
		Duração	7.29	6.88	151.59	108.60	Z = -3.516 (p = .000**)
	Ri e Sorri	Frequência	.96	1.39	1.47	2.22	Z = -.906 (p = .365)
		Duração	4.64	9.16	8.86	14.31	Z = -1.572 (p = .116)
	Toca	Frequência	3.03	4.32	1.28	1.71	Z = -.967 (p = .333)
		Duração	5.59	8.97	2.47	3.77	Z = -1.293 (p = .196)
	Joga	Frequência	12.93	9.54	26.19	16.12	Z = -2.783 (p = .005**)
		Duração	72.15	67.32	229.35	134.81	Z = -3.103 (p = .002**)
	Alheia-se	Frequência	1.38	4.01	1.41	2.44	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	4.23	10.58	19.54	35.73	Z = -1.922 (p = .055)
	Enfado	Frequência	1.13	1.18	2.31	1.78	Z = -2.482 (p = .013*)
		Duração	2.91	2.16	22.78	27.70	Z = -3.361 (p = .001**)
	Chora	Frequência	.02	.05	.00	.00	Z = -1.414 (p = .157)
		Duração	.81	2.55	2.43	9.71	Z = .000 (p = 1.000)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par** nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) segundo a história de **Internamentos Anteriores**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
Sim (n=20)	Fala	Frequência	3.53	2.97	36.58	18.00	Z = -3.920 (p = .000**)
		Duração	7.51	7.87	163.35	136.52	Z = -3.920 (p = .000**)
	Ri e Sorri	Frequência	1.03	1.26	2.23	3.15	Z = -2.016 (p = .044*)
		Duração	3.92	8.32	7.23	13.19	Z = -1.161 (p = .245)
	Toca	Frequência	3.34	4.29	1.30	1.63	Z = -1.503 (p = .133)
		Duração	5.30	8.00	3.09	5.32	Z = -1.444 (p = .149)
	Joga	Frequência	12.78	9.45	27.00	14.56	Z = -3.360 (p = .001**)
		Duração	34.21	26.24	228.45	126.67	Z = -3.883 (p = .000**)
	Alheia-se	Frequência	1.39	3.68	2.13	2.79	Z = -1.393 (p = .164)
		Duração	2.08	2.93	14.35	20.58	Z = -2.040 (p = 0.041*)
	Enfado	Frequência	1.43	1.41	2.90	2.89	Z = -2.702 (p = .007*)
		Duração	3.20	4.70	21.27	38.19	Z = -2.896 (p = .004**)
	Chora	Frequência	.03	.06	.08	.34	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.64	2.29	1.94	8.68	Z = .000 (p = 1.000)
Não (n=6)	Fala	Frequência	2.08	2.95	34.00	23.06	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	5.53	5.91	195.10	100.01	Z = -2.201 (p = .028*)
	Ri e Sorri	Frequência	.25	.46	1.25	1.99	Z = -1.069 (p = .285)
		Duração	1.09	1.11	12.78	14.67	Z = -1.782 (p = .075)
	Toca	Frequência	.28	.31	.75	1.26	Z = -.736 (p = .461)
		Duração	2.31	2.71	1.66	2.71	Z = -.944 (p = .345)
	Joga	Frequência	22.14	15.95	28.67	22.51	Z = -.674 (p = .500)
		Duração	111.11	100.94	214.92	116.06	Z = -1.572 (p = .116)
	Alheia-se	Frequência	.47	.70	.75	.99	Z = -.677 (p = .498)
		Duração	13.94	20.04	33.47	54.28	Z = -1.153 (p = .249)
	Enfado	Frequência	1.33	1.41	6.08	7.09	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	3.12	2.24	36.17	33.59	Z = -2.201 (p = .028*)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.08	.21	.72	1.77	Z = .000 (p = 1.000)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par** nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) em grupos extremos\* de Ira Traço

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Fala	Frequência	3.39	3.90	41.33	25.41	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	1.72	2.04	119.38	118.42	Z = -2.201 (p = .028*)
	Ri e Sorri	Frequência	.61	1.19	.83	2.04	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.54	.83	9.46	15.09	Z = -1.826 (p = .068)
	Toca	Frequência	1.58	3.16	.83	1.60	Z = -.962 (p = .336)
		Duração	.22	.43	.15	.36	Z = -1.604 (p = .109)
	Joga	Frequência	12.72	10.17	23.25	16.00	Z = -1.483 (p = .138)
		Duração	110.33	99.81	192.28	154.99	Z = -1.153 (p = .249)
	Alheia-se	Frequência	.61	.64	1.50	2.72	Z = -.736 (p = .461)
		Duração	2.26	4.61	5.47	8.86	Z = -.405 (p = .686)
	Enfado	Frequência	1.56	1.40	3.08	2.08	Z = -1.826 (p = .068)
		Duração	3.34	2.80	44.69	6.18	Z = -2.201 (p = .028*)
	Chora	Frequência	.06	.09	.00	.00	Z = -1.414 (p = .157)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
≥ P75 (n=6)	Fala	Frequência	1.72	2.03	39.75	23.73	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	9.95	8.97	181.70	157.68	Z = -2.201 (p = .028*)
	Ri e Sorri	Frequência	1.00	.81	3.42	4.73	Z = -1.214 (p = .225)
		Duração	2.28	2.47	8.92	14.07	Z = -1.214 (p = .225)
	Toca	Frequência	.50	.54	.58	.92	Z = -.406 (p = .684)
		Duração	4.58	2.46	2.90	4.30	Z = -.943 (p = .345)
	Joga	Frequência	19.42	13.53	33.33	21.44	Z = -1.363 (p = .173)
		Duração	13.61	15.01	174.69	98.62	Z = -2.201 (p = .028*)
	Alheia-se	Frequência	2.97	6.56	1.58	2.08	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	7.22	14.78	25.86	28.33	Z = -1.604 (p = .109)
	Enfado	Frequência	2.56	1.73	3.42	2.87	Z = -.946 (p = .344)
		Duração	2.68	2.53	15.60	22.46	Z = -1.826 (p = .068)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.57	1.17	.72	1.77	Z = -.447 (p = .655)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**  
nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) em grupos extremos\*  
de Ira Controlo

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Fala	Frequência	3.25	2.94	44.50	26.54	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	5.93	6.63	191.74	135.69	Z = -2.201 (p = .028*)
	Ri e Sorri	Frequência	.28	.33	1.33	1.83	Z = -1.095 (p = .273)
		Duração	6.97	13.25	9.55	15.06	Z = -.105 (p = .917)
	Toca	Frequência	.75	.96	1.67	1.66	Z = -1.753 (p = .080)
		Duração	5.75	10.30	1.86	4.08	Z = -.944 (p = .345)
	Joga	Frequência	13.08	10.76	27.00	22.28	Z = -1.214 (p = .225)
		Duração	104.83	105.57	198.08	114.81	Z = -1.363 (p = .173)
	Alheia-se	Frequência	3.28	6.42	1.00	2.21	Z = -1.782 (p = .075)
		Duração	.52	.70	16.19	21.59	Z = -1.826 (p = .068)
	Enfado	Frequência	1.17	1.50	2.25	2.34	Z = -1.367 (p = .172)
		Duração	3.23	2.55	29.28	32.81	Z = -2.201 (p = .028*)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.49	1.19	6.47	15.85	Z = -.447 (p = .655)
≥ P75 (n=7)	Fala	Frequência	2.26	3.11	27.07	13.46	Z = -2.366 (p = .018*)
		Duração	11.50	9.49	254.87	139.86	Z = -2.366 (p = .018*)
	Ri e Sorri	Frequência	.90	.72	3.43	4.43	Z = -1.690 (p = .091)
		Duração	1.69	2.02	9.59	13.16	Z = -1.782 (p = .075)
	Toca	Frequência	2.74	4.23	1.00	1.73	Z = -1.219 (p = .223)
		Duração	3.33	2.27	1.40	2.61	Z = -1.859 (p = .063)
	Joga	Frequência	19.17	15.85	29.21	8.97	Z = -1.859 (p = .063)
		Duração	38.97	31.63	305.57	94.06	Z = -2.366 (p = .018*)
	Alheia-se	Frequência	.07	.19	1.79	2.08	Z = -2.060 (p = .039*)
		Duração	7.23	15.53	19.79	51.30	Z = -.405 (p = .686)
	Enfado	Frequência	2.12	1.77	6.93	5.97	Z = -2.371 (p = .018*)
		Duração	2.69	2.41	9.10	10.46	Z = -1.572 (p = .116)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	1.42	3.76	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.



Diferenças nos comportamentos dos doentes em **interacção com o seu par**  
nas sessões com e sem animal (frequência e duração) em grupos extremos\*  
**de Ira Expressão**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Fala	Frequência	3.97	3.26	27.00	11.51	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	6.32	8.63	186.91	154.01	Z = -2.201 (p = .028*)
	Ri e Sorri	Frequência	1.22	.65	4.08	4.55	Z = -1.997 (p = .046*)
		Duração	1.71	2.45	7.10	13.82	Z = -.730 (p = .465)
	Toca	Frequência	3.72	4.22	1.42	2.20	Z = -1.367 (p = .172)
		Duração	3.34	3.46	1.10	2.70	Z = -2.023 (p = .043*)
	Joga	Frequência	12.03	13.76	33.25	20.56	Z = -1.992 (p = .046*)
		Duração	28.93	32.91	278.61	229.53	Z = -2.201 (p = .028*)
	Alheia-se	Frequência	.08	.14	1.50	2.57	Z = -1.461 (p = .144)
		Duração	1.27	1.76	9.42	14.59	Z = -1.069 (p = .285)
	Enfado	Frequência	1.67	2.15	3.08	3.22	Z = -1.625 (p = .104)
		Duração	6.10	7.67	8.65	11.07	Z = -.674 (p = .500)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	6.47	15.85	Z = -1.000 (p = .317)
≥ P75 (n=6)	Fala	Frequência	2.75	2.83	39.25	15.07	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	8.83	7.76	150.36	117.43	Z = -2.201 (p = .028*)
	Ri e Sorri	Frequência	1.14	1.94	1.67	2.60	Z = -.184 (p = .854)
		Duração	9.41	14.12	9.86	18.93	Z = .000 (p = 1.000)
	Toca	Frequência	4.00	5.69	1.00	1.26	Z = -.674 (p = .500)
		Duração	10.88	12.82	2.62	4.09	Z = -.944 (p = .345)
	Joga	Frequência	12.97	10.73	23.42	7.86	Z = -1.992 (p = .046*)
		Duração	42.64	25.69	176.28	139.02	Z = -1.992 (p = .046*)
	Alheia-se	Frequência	.47	.33	.75	.88	Z = -.406 (p = .684)
		Duração	9.24	16.84	24.43	54.88	Z = -.365 (p = .715)
	Enfado	Frequência	.81	.51	1.33	1.21	Z = -.948 (p = .343)
		Duração	1.42	1.29	22.20	32.76	Z = -2.023 (p = .043*)
	Chora	Frequência	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	.00	.00	.00	.00	Z = .000 (p = 1.000)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

b) Comparação dos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas* tendo em consideração as variáveis sócio-demográficas, clínicas e Experiência e Expressão da Ira

Diferenças nos comportamentos dos doentes não dirigidos aos protagonistas, nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) segundo o **Sexo**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
Masculino (n=12)	Deitado	Frequência	.40	.57	.21	.72	Z = -1.895 (p = .058)
		Duração	57.78	57.11	8.55	29.63	Z = -2.666 (p = .008*)
	Sentado	Frequência	3.89	3.27	2.21	2.21	Z = -.942 (p = .346)
		Duração	219.31	181.38	447.45	108.09	Z = -3.059 (p = .002**)
	Abaixado	Frequência	1.21	1.26	.29	1.01	Z = -2.809 (p = .005**)
		Duração	29.54	28.95	9.44	32.71	Z = -2.293 (p = .022*)
	De pé	Frequência	9.33	7.20	3.33	4.63	Z = -2.589 (p = .010*)
		Duração	166.11	153.16	40.13	50.60	Z = -2.667 (p = .008*)
	Andar	Frequência	4.81	4.64	3.42	4.76	Z = -.889 (p = .374)
		Duração	26.06	22.11	26.52	44.70	Z = -.706 (p = .480)
	De Fumo	Frequência	.31	.86	1.42	2.04	Z = -1.997 (p = .046*)
		Duração	8.69	25.35	96.39	152.56	Z = -2.197 (p = .028*)
Feminino (n=14)	Deitado	Frequência	.18	.34	.00	.00	Z = -1.841 (p = .066)
		Duração	19.07	31.89	.00	.00	Z = -1.826 (p = .068)
	Sentado	Frequência	5.86	2.25	6.82	7.85	Z = -2.826 (p = .005**)
		Duração	349.52	112.91	487.89	74.93	Z = -3.296 (p = .001**)
	Abaixado	Frequência	1.23	1.53	.00	.00	Z = -2.243 (p = .003**)
		Duração	25.94	33.55	.00	.00	Z = -2.934 (p = .003**)
	De pé	Frequência	6.82	7.85	1.25	2.18	Z = -2.934 (p = .003**)
		Duração	73.44	65.97	46.75	77.21	Z = -1.778 (p = .075)
	Andar	Frequência	1.90	2.37	1.32	2.68	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	10.00	13.96	7.78	13.89	Z = -1.491 (p = .136)
	De Fumo	Frequência	.04	.10	1.04	2.15	Z = -1.753 (p = .080)
		Duração	.07	.25	81.86	153.84	Z = -2.023 (p = .043*)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*,  
nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração), por **grupo etário**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 45 Anos (n=20)	Deitado	Frequência	.33	.50	.13	.56	Z = -2.387 (p = .017*)
		Duração	28.02	34.26	5.13	22.95	Z = -2.803 (p = .005**)
	Sentado	Frequência	4.86	3.75	2.33	2.28	Z = -2.221 (p = .026*)
		Duração	308.38	144.92	489.23	78.23	Z = -3.920 (p = .000**)
	Abaixado	Frequência	1.39	1.50	.18	.78	Z = -3.624 (p = .000**)
		Duração	29.26	32.48	5.67	25.34	Z = -3.243 (p = .001**)
	De pé	Frequência	8.79	7.85	2.40	3.78	Z = -3.420 (p = .001**)
		Duração	118.72	133.32	26.57	43.21	Z = -3.332 (p = .001**)
	Andar	Frequência	3.33	3.93	2.45	3.88	Z = -1.722 (p = .085)
		Duração	18.47	20.86	14.16	32.50	Z = -1.972 (p = .049*)
	De Fumo	Frequência	.19	.67	1.28	2.01	Z = -2.549 (p = .011*)
		Duração	5.26	19.76	108.68	164.81	Z = -2.845 (p = .004**)
> 45 Anos (n=6)	Deitado	Frequência	.14	.34	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)
		Duração	66.66	79.94	.00	.00	Z = -1.604 (p = .109)
	Sentado	Frequência	5.25	5.46	1.92	2.01	Z = -1.782 (p = .075)
		Duração	226.25	203.48	402.57	110.59	Z = -2.201 (p = .028*)
	Abaixado	Frequência	.64	.71	.00	.00	Z = -1.841 (p = .066)
		Duração	22.08	27.07	.00	.00	Z = -1.826 (p = .068)
	De pé	Frequência	5.28	6.06	1.58	3.20	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	107.87	79.78	100.77	94.93	Z = -.405 (p = .686)
	Andar	Frequência	2.94	3.73	1.75	4.05	Z = -.944 (p = .345)
		Duração	13.87	1560	24.01	35.32	Z = -.405 (p = .686)
	De Fumo	Frequência	1.00	2.45	.00	.00	Z = -.447 (p = .655)
		Duração	.00	.00	21.54	52.77	Z = -1.000 (p = .317)

\*Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*, nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) segundo a **Escolaridade**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ 9º Ano (n=13)	<b>Deitado</b>	Frequência	.29	.40	.00	.00	Z = -2.379 (p = .017*)
		Duração	23.72	33.28	.00	.00	Z = -2.201 (p = .028*)
	<b>Sentado</b>	Frequência	6.05	4.78	2.38	2.29	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	306.07	121.09	488.26	79.66	Z = -3.180 (p = .001**)
	<b>Abaixado</b>	Frequência	1.09	1.02	.00	.00	Z = -2.810 (p = .005**)
		Duração	18.03	14.72	.00	.00	Z = -2.934 (p = .003**)
	<b>De pé</b>	Frequência	8.58	7.50	2.88	4.33	Z = -3.181 (p = .001**)
		Duração	125.91	129.77	45.85	76.43	Z = -1.922 (p = .055)
	<b>Andar</b>	Frequência	3.76	4.60	3.04	4.66	Z = -.943 (p = .346)
		Duração	16.75	20.98	2.28	4.09	Z = -3.180 (p = .001**)
<b>De Fumo</b>	Frequência	.04	.10	1.38	2.27	Z = -2.201 (p = .028*)	
	Duração	8.09	24.36	141.14	191.11	Z = -2.380 (p = .017)	
> 9º Ano (n=13)	<b>Deitado</b>	Frequência	.27	.54	.19	.69	Z = -1.186 (p = .236)
		Duração	50.16	58.42	7.90	28.47	Z = -2.366 (p = .018*)
	<b>Sentado</b>	Frequência	3.85	3.04	2.08	2.16	Z = -1.538 (p = .124)
		Duração	272.78	194.52	450.19	102.68	Z = -3.180 (p = .001**)
	<b>Abaixado</b>	Frequência	1.35	1.71	.27	.97	Z = -2.940 (p = .003**)
		Duração	37.18	39.74	8.72	31.43	Z = -2.395 (p = .017*)
	<b>De pé</b>	Frequência	7.38	7.79	1.54	2.73	Z = -2.395 (p = .017*)
		Duração	106.52	117.46	41.54	54.57	Z = -2.803 (p = .005**)
	<b>Andar</b>	Frequência	2.73	2.94	1.54	2.82	Z = -2.045 (p = .041*)
		Duração	18.08	18.90	30.59	42.18	Z = -.711 (p = .477)
<b>De Fumo</b>	Frequência	.28	.83	1.04	1.92	Z = -1.461 (p = .144)	
	Duração	.00	.00	36.00	67.65	Z = -1.826 (p = .068)	

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*,  
nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração)  
segundo **Diagnóstico Médico**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
C/ Esquizofrenia (n=10)	Deitado	Frequência	.18	.25	.00	.00	Z = -2.264 (p = .024*)
		Duração	30.40	37.25	.00	.00	Z = -2.023 (p = .043*)
	Sentado	Frequência	3.12	2.62	1.30	.42	Z = -1.785 (p = .074)
		Duração	371.59	108.62	502.69	78.73	Z = -2.803 (p = .005**)
	Abaixado	Frequência	.93	1.07	.00	.00	Z = -2.530 (p = .011*)
		Duração	13.54	19.08	.00	.00	Z = -2.203 (p = .043*)
	De pé	Frequência	8.53	5.98	2.90	4.88	Z = -2.192 (p = .028*)
		Duração	74.93	70.25	15.28	34.73	Z = -2.521 (p = .012*)
	Andar	Frequência	5.32	5.07	2.60	4.70	Z = -1.125 (p = .260)
		Duração	15.40	24.25	18.66	44.65	Z = -.560 (p = .575)
	De Fumo	Frequência	.33	.94	1.30	2.12	Z = -1.461 (p = .144)
		Duração	.09	.30	37.51	60.81	Z = -1.604 (p = .109)
S/ Esquizofrenia (n=16)	Deitado	Frequência	.34	.56	.16	.63	Z = -1.693 (p = .090)
		Duração	41.03	55.14	6.42	25.66	Z = -2.521 (p = .012*)
	Sentado	Frequência	6.09	4.48	2.81	2.63	Z = -2.198 (p = .028*)
		Duração	238.07	167.59	448.32	95.96	Z = -3.516 (p = .000**)
	Abaixado	Frequência	1.40	1.55	.23	.88	Z = -3.186 (p = .001**)
		Duração	36.39	34.11	7.08	28.33	Z = -3.154 (p = .002**)
	De pé	Frequência	7.64	8.50	1.78	2.64	Z = -3.297 (p = .001**)
		Duração	142.02	140.95	61.45	73.92	Z = -2.045 (p = .041*)
	Andar	Frequência	1.95	2.05	2.09	3.37	Z = -1.605 (p = .109)
		Duração	18.67	16.78	15.05	24.13	Z = -1.500 (p = .134)
	De Fumo	Frequência	.05	.15	1.16	2.10	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	6.52	22.05	120.48	180.63	Z = -2.547 (p = .011*)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes ***não dirigidos aos protagonistas***, nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) segundo a história de **Internamentos Anteriores**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
Sim (n=20)	Deitado	Frequência	.34	.52	.13	.56	Z = -2.200 (p = .028*)
		Duração	36.79	50.44	.00	.00	Z = -2.666 (p = .008*)
	Sentado	Frequência	4.40	3.84	2.15	1.99	Z = -2.408 (p = .016*)
		Duração	327.10	151.39	466.93	93.78	Z = -3.920 (p = .000**)
	Abaixado	Frequência	1.10	1.19	.18	.78	Z = -3.521 (p = .000**)
		Duração	24.80	31.89	.00	.00	Z = -3.408 (p = .001**)
	De pé	Frequência	7.56	7.74	2.53	4.06	Z = -3.244 (p = .001**)
		Duração	77.66	67.77	50.84	72.44	Z = -2.249 (p = .025*)
	Andar	Frequência	2.51	2.89	2.63	4.32	Z = -.923 (p = .356)
		Duração	10.59	14.09	19.72	36.59	Z = -.327 (p = .744)
	De Fumo	Frequência	.18	.67	1.15	2.21	Z = -1.863 (p = .063)
		Duração	.81	3.38	74.84	135.86	Z = -2.380 (p = .017*)
Não (n=6)	Deitado	Frequência	.08	.09	.00	.00	Z = -1.732 (p = .083)
		Duração	37.43	45.71	17.11	41.90	Z = -1.826 (p = .068)
	Sentado	Frequência	6.78	4.70	2.50	2.97	Z = -1.572 (p = .116)
		Duração	163.84	125.49	476.90	94.35	Z = -2.201 (p = .028*)
	Abaixado	Frequência	1.58	2.02	.00	.00	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	36.95	28.10	18.89	46.26	Z = -1.572 (p = .116)
	De pé	Frequência	9.39	7.18	1.17	.98	Z = -2.207 (p = .027*)
		Duração	244.74	175.48	19.86	19.08	Z = -2.201 (p = .028*)
	Andar	Frequência	5.69	5.62	1.17	1.13	Z = -2.207 (p = .027*)
		Duração	40.15	18.84	5.49	8.70	Z = -2.201 (p = .028*)
	De Fumo	Frequência	.08	.20	1.42	1.66	Z = -1.826 (p = .068)
		Duração	14.82	35.85	134.34	199.00	Z = -1.826 (p = .068)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ ; \*\* Significativo para  $\alpha = .01$ .

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*,  
nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) em grupos extremos\*  
de Ira Traço

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Deitado	Frequência	.11	.14	.00	.00	Z = -1.633 (p = .102)
		Duração	19.61	24.71	.00	.00	Z = -1.604 (p = .109)
	Sentado	Frequência	8.58	4.94	2.50	1.87	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	224.17	168.08	472.34	85.46	Z = -2.201 (p = .028*)
	Abaixado	Frequência	.97	.94	.00	.00	Z = -2.032 (p = .042*)
		Duração	22.40	17.73	.00	.00	Z = -2.201 (p = .028*)
	De pé	Frequência	5.56	5.25	2.33	2.93	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	224.07	193.50	62.43	80.74	Z = -1.153 (p = .249)
	Andar	Frequência	2.08	2.00	2.50	3.78	Z = -.945 (p = .340)
		Duração	26.92	19.66	3.28	5.41	Z = -2.201 (p = .028*)
	De Fumo	Frequência	.08	.20	.83	1.44	Z = -1.342 (p = .180)
		Duração	17.37	35.10	127.65	209.08	Z = -1.461 (p = .144)
≥ P75 (n=6)	Deitado	Frequência	.33	.74	.42	1.02	Z = -.447 (p = .655)
		Duração	55.87	67.31	.00	.00	Z = -1.604 (p = .109)
	Sentado	Frequência	2.78	2.10	1.75	1.37	Z = -.943 (p = .345)
		Duração	347.07	188.35	469.28	98.55	Z = -2.201 (p = .028*)
	Abaixado	Frequência	.92	1.54	.58	1.43	Z = -1.841 (p = .066)
		Duração	23.73	28.53	.00	.00	Z = -1.604 (p = .109)
	De pé	Frequência	7.11	6.43	1.08	1.77	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	52.25	59.22	39.84	55.11	Z = -1.826 (p = .068)
	Andar	Frequência	5.58	6.07	1.00	1.97	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	11.33	12.99	21.34	33.05	Z = -.365 (p = .715)
	De Fumo	Frequência	.00	.00	1.58	2.58	Z = -1.342 (p = .180)
		Duração	.16	.38	50.02	80.85	Z = -1.342 (p = .180)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.

Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*,  
nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) em grupos extremos\*  
de **Ira Controlo**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	<b>Deitado</b>	Frequência	.36	.73	.42	1.02	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	22.07	34.26	.00	.00	Z = -1.342 (p = .180)
	<b>Sentado</b>	Frequência	6.25	4.72	1.83	1.37	Z = -1.782 (p = .075)
		Duração	238.41	176.40	499.96	37.94	Z = -2.201 (p = .028*)
	<b>Abaixado</b>	Frequência	1.39	1.52	.58	1.43	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	33.62	15.01	.00	.00	Z = -2.201 (p = .028*)
	<b>De pé</b>	Frequência	6.58	3.83	1.50	1.84	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	194.52	211.13	18.85	21.67	Z = -2.201 (p = .028*)
	<b>Andar</b>	Frequência	3.06	2.56	1.58	1.91	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	19.35	21.46	13.09	19.63	Z = -.524 (p = .600)
	<b>De Fumo</b>	Frequência	.58	1.20	1.17	1.63	Z = -1.342 (p = .180)
		Duração	.00	.00	102.34	149.39	Z = -1.826 (p = .068)
≥ P75 (n=7)	<b>Deitado</b>	Frequência	.31	.49	.00	.00	Z = -1.604 (p = .109)
		Duração	17.86	39.83	14.66	38.79	Z = -1.342 (p = .180)
	<b>Sentado</b>	Frequência	3.52	3.54	3.14	3.66	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	358.77	173.23	472.28	110.91	Z = -1.366 (p = .018)
	<b>Abaixado</b>	Frequência	1.50	1.82	.00	.00	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	20.05	33.35	16.19	42.83	Z = -.730 (p = .465)
	<b>De pé</b>	Frequência	9.19	9.00	1.57	2.70	Z = -2.201 (p = .028*)
		Duração	74.17	88.81	31.09	74.86	Z = -1.214 (p = .225)
	<b>Andar</b>	Frequência	3.95	4.04	1.86	3.70	Z = -1.367 (p = .172)
		Duração	17.37	26.82	3.90	8.28	Z = -2.023 (p = .043*)
	<b>De Fumo</b>	Frequência	.07	.13	1.07	2.21	Z = -1.214 (p = .225)
		Duração	.00	.00	103.81	170.96	Z = -1.604 (p = .109)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.



Diferenças nos comportamentos dos doentes *não dirigidos aos protagonistas*,  
nas **sessões com e sem animal** (frequência e duração) em grupos extremos\*  
de **Ira Expressão**

	Comportamentos dos doentes		Sessões com Animal		Sessões sem Animal		Teste de Wilcoxon
			Média	DP	Média	DP	
≤ P25 (n=6)	Deitado	Frequência	.28	.43	.00	.00	Z = -1.414 (p = .157)
		Duração	24.55	60.13	.00	.00	Z = -1.000 (p = .317)
	Sentado	Frequência	3.75	3.66	1.17	.26	Z = -1.572 (p = .116)
		Duração	329.93	208.27	476.06	93.28	Z = -2.201 (p = .028*)
	Abaixado	Frequência	.81	1.09	.00	.00	Z = -1.604 (p = .109)
		Duração	15.33	17.76	.00	.00	Z = -1.604 (p = .109)
	De pé	Frequência	4.86	7.14	2.58	5.63	Z = -1.841 (p = .066)
		Duração	82.96	80.48	42.83	80.51	Z = -1.461 (p = .144)
	Andar	Frequência	2.03	3.69	2.33	5.23	Z = .000 (p = 1.000)
		Duração	4.87	7.17	9.88	22.72	Z = -.365 (p = .715)
	De Fumo	Frequência	.06	.14	.08	.20	Z = -.447 (p = .655)
		Duração	.00	.00	83.31	149.95	Z = -1.342 (p = .180)
≥ P75 (n=6)	Deitado	Frequência	.22	.40	.00	.00	Z = -1.342 (p = .180)
		Duração	61.24	37.35	17.11	41.90	Z = -2.023 (p = .043*)
	Sentado	Frequência	5.06	3.51	2.67	2.96	Z = -1.572 (p = .116)
		Duração	308.75	131.84	466.08	100.73	Z = -2.201 (p = .028*)
	Abaixado	Frequência	1.75	1.97	.00	.00	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	47.52	51.57	18.89	46.26	Z = -1.214 (p = .225)
	De pé	Frequência	9.44	9.97	.50	.63	Z = -2.023 (p = .043*)
		Duração	59.98	67.58	43.44	64.13	Z = -.944 (p = .345)
	Andar	Frequência	1.53	1.29	.67	.93	Z = -2.207 (p = .027*)
		Duração	14.28	16.33	9.08	10.31	Z = -2.201 (p = .028*)
	De Fumo	Frequência	.00	.00	.17	.41	Z = -1.000 (p = .317)
		Duração	2.52	6.18	33.88	78.08	Z = -1.342 (p = .180)

\* Significativo para  $\alpha = .05$ .

\* Doentes com valores inferiores ou iguais ao percentil 25 / Doentes com valores iguais ou superiores ao percentil 75.



## **ANEXOS**



**Anexo 1** – Instrumento de medida utilizado no Estudo 1: Escala de Observação de Comportamentos Agressivos

**Anexo 2** – Pedidos de autorização para realização de trabalho de campo do Estudo 1

**Anexo 3** – Elementos de apoio à aplicação da Escala de Observação de Comportamentos Agressivos utilizada no Estudo 1

**Anexo 4** – Instrumento de medida utilizado no Estudo 2: State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)

**Anexo 5** – Pedidos de autorização para realização de trabalho de campo do Estudo 2

**Anexo 6** – Instrumentos de caracterização socio-demográfica e clínica da amostra do Estudo 3:

6.1- Questionário de caracterização e ficha de medicação com actualização

**Anexo 7** – Instrumentos de medida utilizados no Estudo 3:

7.1 - Escala de Observação dos Comportamentos Agressivos (*Staff Observation Aggression Scale- Revised*: SOAS-R. Nijman, 1999)

7.2 - Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica: BPRS (Ventura *et al.*, 1993)

7.3 – Inventário da Expressão da Ira Estado-Traço: STAXI-2 (Spielberger *et al.*, 199; adaptado para Português)



**Anexo 9** – Guião de Entrevista para aplicação do instrumento utilizado para avaliação da sintomatologia psiquiátrica (BPRS), no Estudo 3

**Anexo 10** – Pedidos de autorização para realização de trabalho de campo do Estudo 3

**Anexo 11** – Pedidos de autorização aos participantes do grupo experimental (Estudo 3) para gravação das sessões em vídeo e consentimento informado

**Anexo 12 – Configuração do programa *The Observer* (4.1) para observação dos comportamentos dos doentes**

The Observer 4

**Configuration Review - Isabel Marques**

Location : C:\My Documents\Noldus\The Observer\Workspaces\  
 Projects\Isabel Marques.opp,.ocp,.opd  
 Observation recorder: PC

**Description**

**Settings**

Setting	Value
Recording method	Continuous
Automatically generate key codes	No
Case sensitive	Yes
Duration of Observation	Maximum Duration: 0-00:19:00
Observation timing based on	Observed Time

**Independent Variables**

Number of Independent Variables: 1

Independent Variable Name	Type	Values
AAA	Nominal	com cão controlo (...Add while scoring)

**Subjects**

Number of Subjects: 1

Subject Name	Code
Subject	?

Element Descriptions:

Subject Name	Description
Subject	

**Behaviors**

Number of behavioral classes: 5

Behavioral Class 1: Posturas

Type: Nominal

Number of Elements: 6

Behavior Name	Code	Type	Modifier Class 1	Modifier Class 2
Deitado	d	State	(None)	(None)
sentado	s	State	Ambiente	(None)
erecto	7	State	SUJEITO	(None)
Zero	Z	State	(None)	(None)
ajoelhado	20	State	(None)	(None)
agachado	21	State	(None)	(None)

Element Descriptions:



Behavior Name	Description
Deitado	deitado no chão
sentado	
erecto	de pé
Zero	
ajoelhado	
agachado	

*Behavioral Class 2: Falar com*

*Type: Nominal*

*Number of Elements: 5*

Behavior Name	Code	Type	Modifier Class 1	Modifier Class 2
Falar com	4	State	SUJEITO	(None)
Rir	5	State	SUJEITO	(None)
Falar de enfado	E	State	SUJEITO	(None)
Chora	1	State	SUJEITO	(None)
ausente	A	State	(None)	(None)

*Element Descriptions:*

Behavior Name	Description
Falar com	
Rir	
Falar de enfado	
Chora	
ausente	

*Behavioral Class 3: Interação/cão*

*Type: Nominal*

*Number of Elements: 5*

Behavior Name	Code	Type	Modifier Class 1	Modifier Class 2
afastar	23	State	SUJEITO	(None)
Aproximar	PC	State	SUJEITO	(None)
Brincar	B	State	SUJEITO	(None)
Inactivo	p	State	(None)	(None)
nulo	N	State	(None)	(None)

*Element Descriptions:*

Behavior Name	Description
afastar	
Aproximar	
Brincar	
Inactivo	
nulo	

*Behavioral Class 4: outro*

*Type: Nominal*

*Number of Elements: 3*

Behavior Name	Code	Type	Modifier Class 1	Modifier Class 2
Fumar	3	State	(None)	(None)
não	U	State	(None)	(None)

Caricias                    c        State    SUJEITO                    (None)

4

*Element Descriptions:*

**Behavior Name            Description**

---

Fumar  
 não  
 Caricias

*Behavioral Class 5: Interação*

*Type: Nominal*

*Number of Elements: 2*

**Behavior Name            Code    Type    Modifier Class 1            Modifier Class 2**

---

Interação/ outro    T        State    SUJEITO                    Ambiente  
 sem                    S        State    (None)                    (None)

*Element Descriptions:*

**Behavior Name            Description**

---

Interação/ outro  
 sem

## Modifiers

*Number of modifier classes: 3*

*Modifier Class 1: SUJEITO*

*Type: Nominal*

*Number of Elements: 4*

**Modifier Name            Code**

---

Missing SUJEITO    ?  
 cão                    c  
 doente                d  
 Sozinho                8

*Element Descriptions:*

**Modifier Name            Description**

---

Missing SUJEITO  
 cão  
 doente  
 Sozinho

*Modifier Class 2: MOV*

*Type: Nominal*

*Number of Elements: 3*

**Modifier Name            Code**

---

Missing MOV            ?  
 Parado                9  
 andar                    10

*Element Descriptions:*

**Modifier Name            Description**

---

Missing MOV  
Parado  
andar

*Modifier Class 3: Ambiente*  
*Type: Nominal*  
*Number of Elements: 8*

**Modifier Name            Code**

---

Missing Ambiente	?
Cadeira	11
Chão	12
Janela	14
Nada	16
Toque	15
com objecto	17
sem objecto	18

*Element Descriptions:*

**Modifier Name            Description**

---

Missing Ambiente  
Cadeira  
Chão  
Janela  
Nada  
Toque  
com objecto  
sem objecto