



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Ana Luísa de Moraes Lombardi Balbi

**Estratégias dos profissionais de saúde na  
gestão da violência no trabalho**



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Ana Luísa de Moraes Lombardi Balbi

**Estratégias dos profissionais de saúde na  
gestão da violência no trabalho**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho realizado sob orientação de

**Professora Doutora Isabel Maria Soares da Silva**

## Índice

Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Objetivos .....	10
Metodologia.....	10
Participantes .....	10
Instrumentos .....	12
Questionário Demográfico e Profissional.....	12
Escala de Agressão e Violência no Trabalho.....	12
Inventário de Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho. ....	13
Questionário Geral de Saúde – QGS-12. ....	14
Procedimento .....	15
Resultados .....	15
Propriedades psicométricas do Inventário de Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho.....	15
Caracterização das Estratégias de Gestão da Violência no Trabalho .....	18
Análise da Relação Entre as Estratégias de Gestão da Violência e Variáveis Individuais e Organizacionais .....	21
Discussão.....	23
Referências .....	26

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	11
Tabela 2 – Caracterização do Serviço Atual.....	12
Tabela 3 – Resultados de Análise Fatorial Exploratória do Inventário de Estratégias .....	17
Tabela 4 - Estatísticas Descritivas, Matriz de Correlações entre as Dimensões do Inventário de Estratégias e Alpha de Cronbach de cada Dimensão (apresentados na diagonal) .....	18
Tabela 5 – Frequência de Uso de Estratégias.....	19
Tabela 6 - Matriz de Correlações entre as Dimensões do Inventário de Estratégias, as da Escala de Violência e a Saúde Psicológica .....	20
Tabela 7 - Análise de Regressão Linear Múltipla para Predizer o Uso de Estratégias de Gestão e a Saúde Psicológica a partir das Dimensões de Violência no Trabalho .....	21
Tabela 8 - Diferenças entre as Estratégias de Prevenção e Gestão da Violência em função da Idade .....	22

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe, que mesmo com a distância ofereceu todo o apoio que podia, esteve sempre atenta e interessada em meu trabalho, escutou todas as minhas reclamações, deu seu amor que é o mais próximo possível do incondicional e só deu algumas broncas no processo.

À Professora Doutora Isabel Maria Soares Silva, que esteve sempre presente para orientar, oferecer respostas e, o mais importante, levantar questionamentos sobre como devemos nos posicionar como profissionais psicólogos.

Aos professores Paulo Ferrinho e Inês Fronteira, que colaboraram com a revisão do inventário de estratégias e foram imensamente gentis em seu feedback.

À minha família em Braga, em especial a Camila, a Lili, a Marina e a Ninna, que comiseraram comigo, me ajudaram quando eu achei que não fosse dar conta, que me fizeram companhia quando eu precisei e que compartilharam a minha dor de estar longe da zona de conforto e das pessoas mais amadas.

Aos meus amigos do Brasil que, por mais que houvesse distância, sempre mandaram suas energias positivas para me fortalecer durante os momentos tempestuosos dos últimos anos.

Aos meus colegas do grupo de investigação, pela disponibilidade em ajudar, compartilhar experiências e sempre responder aos clamores de ajuda.

À Escola de Psicologia da Universidade do Minho que tornou possível essa experiência em contexto português, tão diferente daquela que era minha realidade até então.

A todos os membros do júri por disponibilizarem seu tempo para ler e avaliar o presente estudo.

**E, por fim, mas não menos importante, a Deus por ter me dado coragem e perseverança ao longo do caminho, os meus mais sinceros agradecimentos.**

## Estratégias dos profissionais de saúde na gestão da violência no trabalho

### Resumo

O presente estudo teve como principais objetivos estudar a relação entre a percepção de exposição à violência no trabalho, as estratégias para lidar com a mesma e a saúde psicológica, e contribuir para o desenvolvimento de um instrumento capaz de aferir algumas das estratégias utilizadas na gestão da violência. Os dados foram recolhidos através de inquérito *online*. Participaram no estudo 174 enfermeiros/as, dos quais 82.2% eram do sexo feminino. Os resultados indicaram que o inventário de estratégias apresenta 3 dimensões: Recursos em Casos de Violência/Ameaça de Violência, Chefia/Local e Gestão do Atendimento, com coeficientes de confiabilidade a variar entre .68 a .90. As estratégias voltadas para o atendimento foram as que apresentaram a maior frequência. Por exemplo, 36.8% dos profissionais referiram que procuraram informações sobre o histórico do utente antes de o atenderem, estratégia que referiram ter usado duas ou mais vezes durante o último ano. Verificou-se que os diferentes tipos de violência apresentam modelos de predição estatisticamente significativos para as estratégias e para a saúde psicológica dos profissionais, sendo que as violências física e vicariante foram os melhores preditores para sua utilização. Observou-se ainda que profissionais mais jovens recorrem às estratégias de gestão na violência com menos frequência.

Palavras-chave: violência no trabalho, estratégias de gestão, enfermeiros hospitalares, saúde psicológica;

## Health care professionals' strategies for managing workplace violence

### Abstract

The main goal of the present research was to study the relationship between the perception of exposition to workplace violence, strategies for managing it and psychological health, and to contribute to the development of a questionnaire capable of measuring some of the strategies more often used for preventing and managing violence. Data were collected through a survey available online. A total of 174 nurses participated in the study, of which 82.2% were female. The results indicated that the strategies' questionnaire can be divided into 3 dimensions: Resources in Case of Violence/Threat of Violence, Management/Location and Service Management, with *Cronbach's Alpha* varying between .68 to .90. Strategies focused on the service presented the highest frequencies. For example, 36.8% of the health professionals related to looking for information about the patients before meeting them at least two or more times in the last year. It was verified that the different kinds of violence presented prediction models statistically significant for the strategies and psychological health, with physical and vicarious violence as the best predictors. It was also observed that younger nurses' resort to the strategies less often.

Keywords: workplace violence, management strategies, hospital nurses, psychological health.

A violência no trabalho é um tema que tem sido amplamente discutido pela comunidade científica nos recentes anos (Edward, Ousey, Warelow, & Lui, 2014). No entanto, muito desta discussão está focada na caracterização dos atos violentos e suas vítimas, mas pouco em estratégias de prevenção e intervenção em situações de risco. Sabe-se que há diversos custos e consequências associados à violência, que produz efeitos negativos nas organizações, governos e, principalmente, nos trabalhadores, o que justifica o crescente interesse pelo tema (Lanctôt & Guay, 2014; Marques & Silva, 2017; Sousa, Silva, Veloso, Tzafrir, & Enosh, 2014; Zhao et al., 2015).

Existem diversas definições para violência no trabalho, como a da Organização Mundial de Saúde (Cooper & Swanson, 2002, p. 8-9) que define esse tipo de violência como “o uso intencional de poder, seja por ameaça ou de facto, contra outra pessoa ou grupo, numa circunstância relacionada ao trabalho, que resulta ou tem grande potencial de resultar em lesões, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento, ou privação”. Outra definição que tem fundamentado pesquisas na área é a da Organização Internacional do Trabalho (ILO, em inglês), em que a violência no local de trabalho é definida como “qualquer ação, incidente ou comportamento que se afaste da conduta razoável e na qual uma pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada, ferida no decurso, ou como resultado direto, do seu trabalho” (ILO, 2003, p. 4). Além dessas definições, ainda há possibilidade de dividir a violência em três categorias: o Tipo I inclui atos criminosos cometidos por pessoas que não estão relacionados com o local de trabalho e está muito ligada a furtos e afins; o Tipo II está associada a situações em que o agressor é alguém para quem a vítima ou organização presta um serviço; e, o Tipo III, que diz respeito à situações em que o agressor mantém ou mantinha uma relação profissional com a vítima (Cooper & Swanson, 2002; Di Martino, Hoel, & Cooper, 2003).

O foco deste trabalho será no supracitado Tipo II, mais especificamente, nos prestadores de serviço no setor de saúde, pois ainda que esse fenómeno atinja quase todos os ambientes de trabalho, os serviços de saúde e assistência social apresentam as mais altas taxas de incidência - só nos Estados Unidos entre 2011 e 2013, 70% das agressões ocorridas durante o trabalho foram contra profissionais de saúde e assistentes sociais (OSHA, 2016). Em Portugal, segundo um estudo organizado pelo Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho em 2011, os relatos de violência nos últimos 12 meses variaram entre 37% a 78% dependendo do sector de trabalho (Direção-Geral da Saúde, 2012).

As pessoas nesses contextos de trabalho estão mais vulneráveis por ficarem expostas a comportamentos violentos dos pacientes derivados da dor, maus prognósticos e medicações que podem causar reações violentas, especialmente em emergências e alas psiquiátricas (Cooper & Swanson, 2002; Ferrinho et al., 2003; Lanctôt & Guay, 2014; Marques & Silva, 2017; Morken, Johansen, & Alsaker, 2015; Wei, Chiou, Chien, & Huang, 2015; Zhao et al., 2015). De acordo com a literatura previamente citada, estes profissionais também ficam expostos a comportamentos agressivos por parte de familiares e acompanhantes frustrados por longos períodos de espera e pouco conforto.

Os profissionais de enfermagem são os profissionais mais vulneráveis, com 66.9% dos relatos de violência em Portugal oriundos a esta categoria (Direção-Geral da Saúde, 2012). As mulheres jovens e com pouco tempo de experiência relatam mais casos de violência psicológica e verbal, porém homens têm maior probabilidade de sofrerem violência física, principalmente em alas psiquiátricas (Edward et al., 2014).

O impacto das agressões pode dar início a uma série de danos físicos e psicológicos nas vítimas. A maior parte das pessoas sujeitas a essas situações relatam que foram afetadas negativamente, e as consequências podem aparecer nas mais variadas formas como raiva, choque, medo, depressão, ansiedade e problemas no sono, além de perturbações mais graves como perturbação de stress pós-traumático (Cooper & Swanson, 2002; Lanctôt & Guay, 2014; Schub & Karakashian, 2017). Há também as consequências geradas na força de trabalho. Por exemplo, um estudo conduzido na China atestou que enfermeiros que tinham passado por episódios violentos no trabalho apresentavam saúde mental deteriorada, baixa satisfação com o trabalho, menor eficiência e uma diminuição na qualidade do serviço que prestavam como cuidadores (Zhao et al., 2015).

Com base nos dados acima referidos é possível perceber como a identificação e descrição de práticas utilizadas na prevenção e intervenção de ocorrências violentas é de imensa importância para fomentar o conhecimento que temos acerca do fenômeno e como diminuir sua incidência a partir de práticas que procurem a gestão e, principalmente, a prevenção de agressões no ambiente de trabalho.

Segundo literatura sobre o tema (Chappel & Di Martino, 2006; Di Martino et al., 2003; Lin, Juan, & Chu, 2014; Marques & Silva, 2017; Schat & Kelloway, 2003), as práticas de intervenção podem ser divididas em Intervenção Primária, Secundária e Terciária. O primeiro tipo tem como objetivo prevenir a violência e tem como foco as organizações, na criação de políticas e conscientizar o público, por exemplo, as políticas de tolerância zero com constantes avaliações de riscos ambientais. A prevenção secundária, por outro lado, inclui respostas e formas eficazes de denunciar a ocorrência de



acontecimentos violentos, além de atendimento emergencial, tratamento médico e inquiridos. E, por fim, a terciária trata dos meios mais eficazes de gerir as consequências, proporcionando formas de recuperação e reintegração após ocorrências de violência.

Partindo do princípio que a melhor forma de lidar com o fenómeno perpassa a organização como um todo, uma das estratégias mais referidas na literatura é a formação, que inclui explicações gerais sobre o que é a violência no trabalho (Al-Ali, Al Faouri, & Al-Niarat, 2016), formas de identificar fatores de risco, defesa pessoal e gestão de conflitos, como o “*the Mandt System®*” que é um programa de formação contínua para prevenir, mitigar conflitos e intervir em situações que podem tornar-se violentas, por meio da construção de relações saudáveis no local de trabalho (Schub & Karakashian, 2017). Segundo um estudo realizado com profissionais de saúde na Noruega (Morken et al., 2015), as formações estão incluídas numa categoria maior que envolve “estar preparado”, ou seja, não só ser capaz de reconhecer o perigo, mas também recolher o máximo de informações possíveis sobre o paciente e alertar colegas e a polícia, se necessário.

Em outro estudo que envolveu a comparação entre serviços disponíveis em Nova Jersey e Taiwan, Lin, Juan e Chu (2014) identificaram que a falta de medidas de segurança adequadas, como *check-in* de acompanhantes na emergência e áreas delimitadas para espera/descanso dos visitantes são fatores que aumentam as oportunidades de agressões ocorrerem. A ideia de que o ambiente físico tem relevância na forma como o serviço é percebido é reafirmado por Chappell e Di Martino (2006), que relatam um caso em Amsterdão onde o ambiente foi recriado para ser o mais amigável possível aos clientes, com sinalização clara, sistema de espera compreensível e salas de espera com formas de entretenimento para crianças e adultos. O local também teve sistema de segurança instalado e contou com a contratação de seguranças, tendo o conjunto das medidas implementadas resultado numa redução em 70% em custos com segurança por ano.

Outro tipo de estratégia encontrada na literatura envolve diminuir a probabilidade de os profissionais trabalharem sozinhos, já que as ocasiões em que estes se encontram a sós com os pacientes são muito recorrentes e são nestes momentos que as agressões ocorrem. No caso de não ser possível ter a companhia de um colega recomenda-se avisar ou pedir que alguém fique próximo ao local de atendimento (Chappel & Di Martino, 2006; Morken et al., 2015). É uma estratégia que os profissionais muitas vezes tomam por conta própria, todavia Sousa et al. (2015) constatou que as chefias diretas de assistentes sociais em Portugal atribuíam casos a duplas quando havia complicações previamente identificadas.

Outro fator importante é a capacidade de comunicação do profissional para com o paciente e família, na medida em que o utente cria expectativas sobre o modo como o serviço deve ser prestado ou quanto tempo demora para realizar um procedimento ou consulta, são gerados conflitos e desentendimentos. Uma das formas mais eficazes de lidar com esses problemas envolve clarificar o papel e a forma como o serviço funciona, se há ou não efeitos colaterais ou como procedimentos funcionam e quais os seus objetivos, tudo isso pressupõe manter uma comunicação assertiva e promover uma atmosfera de respeito e empatia tanto com pacientes, quanto com as famílias (Lin et al., 2014; Morken et al., 2015; Schub & Karakashian, 2017).

Por último, uma das questões apontadas como mais importantes é o suporte social ou a percepção de suporte social por parte da organização e chefias. No estudo de Al-Ali, Al Faouri e Al-Niarat (2016) realizado na Jordânia, 45.6% dos participantes relataram não denunciar casos de violência porque não acreditavam que haveria qualquer tipo de consequência, tendo em alguns casos referido ter medo de que fossem culpados pelos incidentes, enquanto noutros acreditavam que os incidentes faziam parte do trabalho. O estudo concluiu, ainda, que o suporte dado após um incidente vem maioritariamente da equipa de trabalho, não havendo uma política de suporte psicológico instaurada. Em Portugal, 60% dos enfermeiros participantes de um estudo referiram que o hospital dispunha de apoio jurídico, enquanto 40% referiram a disponibilização de apoio psicológico (Marques & Silva, 2017). Neste contexto, Morken et al. (2015) identificaram a “resposta acolhedora da chefia” como uma dimensão relevante para lidar com o fenómeno, ou seja, para os respondentes, saber que a organização ofereceria apoio, seja ele jurídico, seja psicológico.

A literatura é consistente em relação as estratégias citadas acima (Sousa et al., 2014; Zhao et al., 2015) e também quanto a dificuldade das organizações em criarem políticas específicas para responder a violência no trabalho. Mesmo em casos em que existe uma política instaurada, muitas vezes os profissionais ignoram ou desconhecem a sua existência. Ferrinho et al. (2003), num estudo realizado para a Organização Mundial de Saúde, constatou que 54.1% dos 277 profissionais de saúde portugueses questionados não sabiam se o local em que trabalhavam tinha ou não alguma política relacionada com o tema. De forma geral, são os profissionais e equipas que tomam atitudes para garantir a própria segurança em situações em que a organização poderia (e deveria) intervir para tornar o local de trabalho mais seguro e que promova a qualidade de vida de seus colaboradores, como com a criação de rotinas standardizadas, medidas de segurança e garantia de apoio psicológico (Al-Ali et

al., 2016; Chappel & Di Martino, 2006; Lin et al., 2014; Morken et al., 2015; Schub & Karakashian, 2017).

Infelizmente, a prevenção e a importância da participação das organizações em violência no trabalho são assuntos abordados raras vezes pela comunidade científica e isso pode ser evidenciado na ausência de instrumentos dirigidos à prospeção de estratégias de prevenção e gestão da violência, apesar de existirem vários que procurem a sua caracterização (Chappel & Di Martino, 2006; Marques & Silva, 2017; Sousa et al., 2014; Zhao et al., 2015). É notório que a violência está diretamente ligada à forma que o local de trabalho está organizado, por isso, o objetivo dessa investigação pretende uma melhor compreensão das estratégias utilizadas por profissionais e serviços de saúde para prevenir e gerir situações violentas.

### **Objetivos**

- I. Estudar a relação entre percepção de violência, as estratégias implementadas pelos profissionais e ao nível do impacto na saúde psicológica;
- II. Contribuir para o desenvolvimento de um instrumento capaz de aferir as principais estratégias utilizadas pelos/as profissionais de saúde na prevenção e intervenção na violência no trabalho.

### **Metodologia**

#### **Participantes**

A amostra é constituída por 174 profissionais de saúde (enfermeiros/as) que se encontram atualmente a trabalhar no serviço hospitalar português.

Como pode ser verificado na tabela 1, grande parte da amostra é constituída por profissionais do sexo feminino (82.2%), com idades compreendidas entre 31 e 40 anos (51.2%) e com grau de licenciatura (71.3%).

Tabela 1

*Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	143	82,2
Masculino	30	17,2
Sem informação	1	,6
Idade		
Entre 20 e 25 anos	29	16,7
Entre 26 e 30 anos	16	9,2
Entre 31 e 35 anos	52	29,9
Entre 36 e 40 anos	37	21,3
Entre 41 e 45 anos	14	8,0
Entre 46 e 50 anos	2	1,1
Entre 51 e 55 anos	14	8,0
Entre 56 e 60 anos	9	5,2
Habilitações Literárias		
Licenciatura	124	71,3
Mestrado ou superior	50	28,7

Relativamente à experiência profissional, os profissionais em questão trabalham na organização atual em média há 12.41 anos (DP= 8.93), observando-se um valor mínimo de 1 ano e máximo de 37 anos de trabalho. Todos os participantes prestam serviço em hospitais e, no que diz respeito a área de trabalho, observa-se alguma variedade, sendo que Medicina Geral (23%) e Urgências (20.1%) foram os serviços com a maior frequência de respostas relativas ao exercício da atividade profissional (Tabela 2).

Tabela 2

*Caracterização do Serviço Atual*

Área de trabalho	n	%
Medicina geral	40	23.0
Urgências	35	20.1
Psiquiatria	23	13.2
Cirurgia	20	11.5
Medicina	18	10.3
Medicina interna	9	5.2
Neurologia	6	3.4
Cuidados intensivos	6	3.4
Maternidade	4	2.3
Geriatria	3	1.7
Pediatria	3	1.7
Cuidados continuados	2	1.1
Ortopedia	2	1.1
Trauma	2	1.1
Sem informação	1	0.6

**Instrumentos****Questionário Demográfico e Profissional.**

O questionário teve como objetivo recolher informações necessárias sobre os participantes e sobre seu trabalho, de forma a caracterizar a amostra (e.g., idade, sexo, habilitações literárias, tempo de trabalho, local de trabalho, área de especialidade).

**Escala de Agressão e Violência no Trabalho.**

A escala de Agressão e Violência no Trabalho foi criada por Rogers e Kelloway (1997) e foi traduzida e adaptada em contexto português por Marques e Silva (2017). Esta é composta por 16 itens e seu objetivo é avaliar a percepção da frequência de acontecimentos agressivos ou violentos durante o último ano, que podem ocorrer no local de trabalho, provenientes de várias fontes. Cada item é respondido com uma escala tipo *Likert* de quatro pontos, com os seguintes valores: 0 (Nunca), 1 (Uma vez), 2 (Duas a três vezes) e 3 (Quatro ou mais vezes).

A versão portuguesa está dividida em quatro subescalas, cada uma com quatro itens: 1) violência psicológica, 2) violência vicariante, 3) violência física dirigida ao profissional e 4) violência física dirigida a bens. A subescala de violência psicológica avalia a frequência de ocorrência de comportamentos de agressão psicológica (e.g., *“já lhe gritaram ou berraram enquanto estava a trabalhar?”*) e a nível de fiabilidade apresenta um *Alpha de Cronbach* de .77. A segunda subescala, a de violência vicariante, avalia a experiência de violência através da perceção (direta ou visual, indireta ou auditiva) de atos de violência direcionados a outros profissionais dentro do local de trabalho (e.g., *“alguma vez viu algum dos seus colegas de trabalhos/diretores experienciar acontecimentos violentos no trabalho?”*), com coeficiente de confiabilidade de .79. A terceira subescala, violência física dirigida ao profissional, apresentou um *Alpha de Cronbach* de .81 e é constituída por itens com um caráter de dano para a própria vítima, como por exemplo, *“Alguma vez foi esbofeteado, pontapeado, amarrado ou empurrado por alguém enquanto estava a trabalhar?”*. Por fim, a subescala de violência física dirigida a bens apresenta itens que contemplam como principal ameaça os bens pessoais da vítima (e.g., *“os seus bens pessoais ou de trabalho já foram danificados por alguém no seu trabalho?”*) ou em que a violência se manifesta com recurso a objetos (e.g., *“já foi ameaçado com uma arma enquanto estava a trabalhar?”*) e apresentou *Alpha de Cronbach* com valor de .68.

#### **Inventário de Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho.**

Devido a ausência de instrumentos que avaliassem as estratégias utilizadas pelos profissionais para se protegerem da violência no trabalho, foi definido que um dos objetivos do presente estudo seria fazer um levantamento de tais estratégias.

No levantamento das estratégias foram utilizados como base, principalmente, os estudos de Morken et al. (2015), Chappel & Di Martino (2006) e Sousa et al. (2015). O primeiro estudo fez uso de *focus group* com profissionais de saúde na Noruega para criar uma lista de quais as ações que estes tomam em casos de violência e quais eram as os aspetos que eles percebiam como mais importantes ter no ambiente de trabalho, como por exemplo, o suporte social da chefia, ou seja, saber que a chefia tinha uma atitude positiva em relação às denúncias de casos de violência. Por sua vez, o segundo é um manual realizado para a Organização Internacional do Trabalho que apresenta uma compilação de estudos e propostas voltados para a violência no trabalho e constituiu uma importante fonte de informações durante o desenvolvimento do nosso questionário, pois ilustra vários casos de políticas de gestão implementadas em diversos locais que foram bem-sucedidas em reduzir os índices de violência no trabalho. A título de exemplo, pode-se referir o caso da campanha de Tolerância Zero implementada no Reino Unido a fim de reduzir situações de agressão contra profissionais do Serviço Nacional de

Saúde, o que resultou na possibilidade de manter um registo de quase todos os casos de violência contra as equipas. Por fim, durante a adaptação de uma escala de violência contra assistentes sociais para o contexto português, o terceiro estudo fez o levantamento de estratégias utilizadas por estes profissionais para gerirem ocorrências violentas.

A partir do conjunto de informações coletadas, foram formulados 24 itens, que foram discutidos e revistos no grupo de investigação coordenado pela supervisora deste estudo. Desse trabalho resultaram ajustes gramaticais e semânticos. De seguida, esta lista foi enviada para dois investigadores especialistas neste tema no contexto português e, a partir dos seus comentários e sugestões, o questionário foi reduzido a fim de evitar redundâncias e itens inadequados o contexto, tendo ficado no final do processo constituído por 18 itens.

De modo geral, estes itens pretendiam captar estratégias subordinadas a duas categorias iniciais: Gestão da Violência e Prevenção da Violência. A primeira integrou itens que pretendiam analisar como o profissional responde a uma ameaça percebida e qual a reação depois de uma agressão (e.g., *“pediu ajuda a um colega quando se sentiu em risco?”*, *“reportou ocorrência(s) de violência à chefia?”*). A segunda pretendia avaliar as ações tomadas pelos profissionais de forma a diminuir o risco de algum tipo de violência. Um exemplo de item desta dimensão seria *“evitou ficar em locais que ninguém o pudesse ver/ouvir caso precisasse de ajuda?”*.

Os itens eram respondidos numa escala de frequência do tipo *Likert* de quatro pontos em que: 0 (Não), 1 (Sim, uma vez), 2 (Sim, duas a três vezes) e 3 (Sim, quatro ou mais vezes), a considerar eventos que aconteceram no último ano.

#### **Questionário Geral de Saúde – QGS-12.**

O Questionário Geral de Saúde (*General Health Questionnaire – GHQ*) foi criado por Goldberg (1978 *apud* Loureiro, 2006) originalmente com 60 itens, com versões posteriores com 30, 28, 20 e 12 itens, tem como objetivo a avaliação da percepção da saúde de um modo geral, face aos acontecimentos de vida recentes.

Neste estudo foi utilizada a versão reduzida com 12 itens, adaptado para a população portuguesa por McIntyre, McIntyre e Redondo (1999) e apresenta itens como *“Tem conseguido concentrar-se no que faz?”*. Nesta versão foram verificados dois fatores, Depressão e Ansiedade, contudo os resultados relativos à sua estrutura fatorial não têm sido consistentes (Loureiro, 2006). Dadas as dúvidas relativas à estrutura uni ou bidimensional do questionário, decidiu-se utilizar a

primeira solução, cujo *Alpha de Cronbach* foi de .80. A resposta é dada numa escala likert de 4 pontos, que variam de 0 (melhor que habitualmente) e 3 (muito menos que habitualmente) durante as últimas semanas. As respostas são cotadas de forma que quanto maior o valor, maior o grau de perturbação.

### **Procedimento**

O estudo iniciou-se com a submissão do projeto de investigação à Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho, cujo parecer (SECSH 045/2017) foi favorável à sua realização.

Ao nível da recolha de dados, foi estabelecido contato via e-mail com duas instituições hospitalares, tendo sido nesse contato explicados os objetivos do estudo e qual a sua pertinência, bem como os procedimentos de recolha. Visto que não foi obtida nenhuma resposta por parte das organizações, optou-se pela criação de uma versão online do questionário. O *link* para aceder ao questionário foi disponibilizado nas redes sociais em grupos específicos para os profissionais alvo e via e-mail.

O questionário de investigação utilizado neste estudo, constituído por três escalas e o questionário sociodemográfico e de trabalho, esteve disponível *online* durante cerca de três meses (desde o final de junho até o fim do mês de setembro de 2018), sendo apresentados, antes de iniciar o questionário, as informações do consentimento informado, ou seja, quais eram os propósitos do estudo, bem como seriam assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, sendo necessária a aceitação para a continuação do preenchimento.

Para análise recorreu-se ao programa de análise estatística de dados *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM®SPSS®, versão 24.0.0.0). Foram utilizados testes paramétricos ou não paramétricos, conforme estivessem cumpridos ou não os pressupostos para utilização dos mesmos (Field, 2009).

## **Resultados**

### **Propriedades psicométricas do Inventário de Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho**

Para o estudo da validade do inventário de Estratégias de Gestão da Violência no Trabalho efetuou-se uma análise fatorial exploratória de componentes principais com rotação *varimax*, tendo sido



considerado o critério de normalização de Kaiser (*eigenvalue*  $\geq 1$ ). A análise de consistência interna foi realizada através do cálculo do coeficiente *Alpha de Cronbach*.

A medida de adequação de amostragem KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) verificou um valor de .77, acima do .50 indicado pela literatura (Field, 2009). Com relação ao teste de esfericidade de Bartlett  $X^2(153) = 1988.65$ ,  $p < .001$ , o resultado indicou que a correlação entre os itens é suficientemente grande, permitindo, por conseguinte, a continuidade das análises.

Na análise exploratória dos dados identificou-se que os itens 17 (*“fez formação em defesa pessoal?”*) e 18 (*“procurou explicar exatamente os possíveis efeitos secundários de medicamentos e/ou procedimentos médicos?”*) apresentavam variabilidades muito baixas (item 18) e, ou não saturavam em nenhum fator extraído (item 17) ou não contribuíam de forma significativa para estes, tendo sido, então, excluídos de análises seguintes.

Posteriormente, foi feita uma análise forçando a extração de dois componentes de forma a verificar se seria confirmada a proposição inicial de duas categorias, contudo esta solução resultou em fatores que eram dificilmente inteligíveis no plano teórico. Em função disso, foi feita nova análise exploratória e verificou-se a extração de quatro componentes que explicavam uma variância total de 71.51%, no entanto, foi decidido manter apenas três fatores que explicam um total de 60.16% da variância. A decisão se deu em função do fator quatro ser composto por apenas um item (item 11, *“procurou apoio jurídico da organização depois de uma ocorrência?”*) que satura com valor acima do valor mínimo de .50 no respectivo fator, impossibilitando a sua inclusão no inventário (ver Tabela 3).

Na Tabela 3 são apresentados os pesos de saturação dos restantes 16 itens distribuídos pelos fatores extraídos, bem como as comunalidades associadas. Em termos de critérios de retenção do item de um dado fator, teve-se em consideração critérios de natureza estatística (peso igual ou superior a .50 no fator e contributo do item no cálculo de fiabilidade da subescala) e de natureza teórica. O item 4 satura em dois fatores (2 e 3), tendo-se optado por considerá-lo no fator 3 por questões teóricas.

Tabela 3

*Resultados de Análise Fatorial Exploratória do Inventário de Estratégias*

Itens	h <sup>2*</sup>	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1.Pediu ajuda a um colega quando se sentiu em risco?	.713	<b>.714</b>	.260	.360	.080
2.Pediu ajuda a um superior quando se sentiu em risco?	.863	<b>.832</b>	.153	.168	.344
3.Pediu que um colega o acompanhasse a um atendimento?	.782	.413	.180	<b>.544</b>	-.531
4.Pediu para que um colega o substituísse?	.591	.074	.520	<b>.557</b>	-.069
5.Pediu aos seus superiores que lhe substituíssem em um caso específico?	.622	.154	<b>.765</b>	-.033	.109
6.Reportou ocorrências de violência à chefia?	.712	.236	<b>.658</b>	-.039	.471
7.A chefia ofereceu apoio psicológico numa situação violenta?	.825	<b>.831</b>	.286	.042	-.227
8.A direção da organização ofereceu indicações sobre como responder a uma situação violenta?	.746	<b>.826</b>	.223	.019	.120
9.Chamou a polícia numa situação de violência?	.766	<b>.642</b>	-.213	.270	.485
10.Chamou os seguranças quando se sentiu em risco?	.670	<b>.678</b>	.145	-.065	.431
11.Procurou apoio jurídico da organização depois de uma ocorrência?	.731	.104	.256	.197	<b>.785</b>
12.Procurou informações sobre o histórico antes de ficar a sós com o paciente/cliente?	.699	.064	-.149	<b>.814</b>	.103
13.Pediu para um colega estar por perto quando achou que um cliente/paciente pudesse apresentar comportamentos violentos?	.687	<b>.681</b>	.305	.310	-.185
14.Evitou ficar em locais que ninguém o pudesse ver/ouvir caso precisasse de ajuda?	.762	.301	<b>.788</b>	.222	-.017
15.Procurou sinais de perigo antes de atender uma paciente/cliente?	.611	.282	.226	<b>.673</b>	.168
16.Realizou formação para gerir conflitos no ambiente de trabalho?	.668	<b>.785</b>	.088	.209	-.017
<b>Variância Explicada por Fator</b>		<b>31.03</b>	<b>15.45</b>	<b>13.68</b>	<b>11.39</b>

Nota. \*h<sup>2</sup> - comunalidades

Como se observa na referida tabela, o primeiro fator, denominado “Recursos em Casos de Violência/Ameaça de Violência”, pois os itens que o constituem apresentam recursos disponíveis ao profissional em situações que houve algum tipo de violência ou existe a ameaça de haver. Esse fator

explica 31.03% da variância total e nele saturam os itens 1, 2, 7, 8, 9, 10, 13 e 16. O segundo fator agrupa os itens 5, 6 e 14 e explica 15.45% da variância total. Considerando o conteúdo dos itens que o constituem, em que dois deles contemplam a intervenção oficial da chefia (e.g., “reportou ocorrências de violência à chefia), optou-se por designá-lo como “Chefia/Local”. Em relação ao outro item, poder-se-á dizer que se refere à forma como o profissional se posiciona no local com intenção de evitar ocorrências violentas. Por fim, o terceiro fator, denominado “Gestão do Atendimento”, agrupa os itens 3, 4, 12 e 15 que se referem, de forma geral, ao modo como os profissionais procuram gerir a percepção de ocorrências violentas através do atendimento e explica uma variância total de 11.39%. Por questões de facilidade, optamos daqui em diante por referir as subescalas por “Recursos”, “Chefia” e “Atendimento”.

De seguida, foi analisada a consistência interna, coeficiente *Alpha de Cronbach*, para cada uma das subescalas. À exceção da subescala *Atendimento*, as restantes subescalas apresentam um valor de *Alpha de Cronbach* superior a .70 e, segundo Field (2009), valores aceitáveis ou bons de fiabilidade. Optou-se por incluir a escala *Atendimento* pois considerou-se que o valor obtido é próximo do valor mínimo aceitável ( $\alpha = .68$ ). Contudo, recomenda-se que os resultados obtidos com a mesma sejam analisados com devida reserva. Os coeficientes para todas as subescalas podem ser observados na Tabela 4, assim como as correlações obtidas entre as diferentes subescalas, sendo que todas se encontram correlacionadas positivamente entre si, oscilando entre .39 (correlação entre a Chefia e o Atendimento) e .54 (correlação entre Recursos e Chefia).

Tabela 4

*Estatísticas Descritivas, Matriz de Correlações entre as Dimensões do Inventário de Estratégias e Alpha de Cronbach de cada Dimensão (apresentados na diagonal)*

Dimensão	Média	Desvio Padrão	1	2	3
1. Recursos	.51	.55	(.90)		
2. Chefia	.68	.54	.54**	(.70)	
3. Atendimento	.87	.62	.49**	.39**	(.68)

Nota. \*\*  $p \leq .01$ .

### Caracterização das Estratégias de Gestão da Violência no Trabalho

De forma a realizar a caracterização, primeiramente serão apresentados de forma detalhada os resultados relativos à frequência com que os profissionais fazem uso de estratégias para se protegerem ou gerirem? acontecimentos considerados violentos ou agressivos no seu local de trabalho, durante o último ano. Tais resultados encontram-se na Tabela 5, organizados por ordem decrescente de ausência de comportamento.

Tabela 5

*Frequência de Uso de Estratégias*

No último ano...	0 vezes (%)	1 vez (%)	2 a 3 vezes (%)	4 ou mais vezes (%)
9. Chamou a polícia numa situação de violência? (1)	95.4	4.6	-	-
17. Fez formação em defesa pessoal? (*)	94.3	5.2	-	0.6
11. Procurou apoio jurídico da organização depois de uma ocorrência? (*)	92.5	7.5	-	-
7. A chefia ofereceu apoio psicológico numa situação violenta? (1)	70.7	27.0	2.3	-
5. Pediu aos seus superiores que lhe substituíssem em um caso específico? (2)	67.2	31.6	1.1	-
2. Pediu ajuda a um superior quando se sentiu em risco? (1)	66.7	25.9	3.4	4.0
10. Chamou os seguranças quando se sentiu em risco? (1)	60.9	33.3	4.0	1.7
6. Reportou ocorrências de violência à chefia? (2)	60.9	35.6	3.4	-
13. Pediu para um colega estar por perto quando achou que um cliente/paciente pudesse apresentar comportamentos violentos? (1)	56.9	23.0	17.2	2.9
3. Pediu que um colega o acompanhasse a um atendimento? (3)	56.3	28.7	11.5	3.4
15. Procurou sinais de perigo antes de atender uma paciente/cliente? (3)	56.3	32.8	8.6	2.3
16. Realizou formação para gerir conflitos no ambiente de trabalho? (1)	52.9	42.0	5.2	-
1. Pediu ajuda a um colega quando se sentiu em risco? (1)	48.3	29.3	15.5	6.9
8. A direção da organização ofereceu indicações sobre como responder a uma situação violenta? (1)	46.0	34.5	12.6	6.9
4. Pediu para que um colega o substituísse? (3)	35.6	28.2	29.3	6.9
12. Procurou informações sobre o histórico antes de ficar a sós com o paciente/cliente? (3)	23.6	39.7	25.3	11.5
14. Evitou ficar em locais que ninguém o pudesse ver/ouvir caso precisasse de ajuda? (2)	23.6	33.9	33.3	9.2
18. Procurou explicar exatamente os possíveis efeitos secundários de medicamentos e/ou procedimentos médicos? (*)	2.3	17.8	28.7	51.1

*Nota.* 1 – Recursos; 2 – Chefia; 3 – Atendimento; \* - itens excluídos da escala final

Como é possível observar, a estratégia referida como menos frequente pelos profissionais - no último ano diz respeito à “contatar a polícia” em situações de risco percebido. Não houve nenhum relato desta estratégia ter sido utilizada mais de duas vezes nesse período de referência e menos de 5% dos respondentes relata ter alguma vez recorrido a esta ação. Por outro lado, a estratégia cuja utilização foi mais relatada pelos profissionais está relacionada com “a explicação de efeitos

secundários e procedimentos médicos”, sendo que 51.1% afirma que faz uso deste comportamento quatro ou mais vezes por ano.

A seguir apresenta-se o estudo de associação entre as dimensões voltadas para as estratégias, as facetas de percepção de violência no trabalho e a saúde psicológica do profissional de saúde. Na Tabela 6 são apresentados todos os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões estudadas. Como pode ser observado, em relação às estratégias, todas as dimensões apresentam correlações estatisticamente significativas e de modo positivo com as dimensões de violência. Verifica-se, ainda, uma associação significativa e no sentido esperado (i.e., positiva) entre a saúde psicológica e as estratégias de gestão do atendimento, mas não com as restantes. Por fim, observa-se que a Saúde Psicológica apresenta associações significativas e positivas com as diferentes dimensões de percepção de violência.

Tabela 6

*Matriz de Correlações entre as Dimensões do Inventário de Estratégias, as da Escala de Violência e a Saúde Psicológica*

Dimensão	Recursos	Chefia	Atendimento	Saúde Psicológica
Violência Psicológica	.55**	.53**	.65**	.35**
Violência Vicariante	.67**	.57**	.46**	.34**
Violência Física dirigida ao profissional	.75**	.39**	.46**	.21**
Violência Física dirigida a bens	.65**	.39**	.22**	.27**
Saúde Psicológica	.14	.02	.16**	-

*Nota.* \*p < .01; \*\*p < .001

Ao analisar os dados previamente apresentados decidiu-se utilizar a regressão linear múltipla para avaliar se as variáveis de caracterização da violência são capazes de prever as diferentes estratégias de gestão da violência no trabalho e a saúde psicológica do profissional de saúde. Na Tabela 7 é possível observar que o modelo para a predição de Recursos foi capaz de explicar 70% da variância e mostrou-se estatisticamente significativo. As variáveis demonstram ser preditores dentro do modelo, à exceção da Violência Psicológica cujo resultado foi apenas marginalmente significativo ( $\beta = -.13$ ;  $t = -1.99$ ;  $p < .10$ ). Em relação à variável Chefia, o modelo é estatisticamente significativo e é capaz de explicar 35% da variância. Entretanto, apenas a Violência Vicariante ( $\beta = .38$ ;  $t = 4.56$ ;  $p < .001$ ) e a Violência Psicológica ( $\beta = .28$ ;  $t = 2.92$ ;  $p < .01$ ) se revelam como preditores do uso de estratégias que envolvem a chefia e/ou local onde trabalham. Assim como nos casos anteriores, o modelo para a predição da variável Atendimento foi estatisticamente significativo e capaz de explicar 45% da variância, contudo somente duas dimensões da violência constituem preditores significativos dentro do modelo,

neste caso, a Violência Psicológica ( $\beta = .59$ ;  $t = 6.71$ ;  $p < .001$ ) e a Violência Física dirigida a bens ( $\beta = -.17$ ;  $t = -2.21$ ;  $p < .05$ ).

Por fim, relativamente à a Saúde Psicológica dos enfermeiros, o modelo demonstra que a violência é um preditor da saúde psicológica dos profissional, tendo sido capaz de explicar 16% da variância, todavia, somente a Violência Psicológica ( $\beta = .26$ ;  $t = 2.42$ ;  $p < .05$ ) se comporta como preditor significativo para a variável critério.

Tabela 7

*Análise de Regressão Linear Múltipla para Predizer o Uso de Estratégias de Gestão e a Saúde Psicológica a partir das Dimensões de Violência no Trabalho*

Estratégias "Recursos"				
	R <sup>2</sup> (R <sup>2</sup> Aj.)	F	$\beta$	t
Violência Psicológica			-.13	-1.99 <sup>+</sup>
Violência Física dirigida ao profissional	.70 (.69)	(4, 169)	.52	8.62 <sup>***</sup>
Violência Vicariante		97.62 <sup>***</sup>	.36	5,90 <sup>***</sup>
Violência Física dirigida a bens			.21	3.83 <sup>***</sup>
Estratégias "Chefia"				
Violência Psicológica			.28	2.97 <sup>**</sup>
Violência Física dirigida ao profissional	.37 (35)	(4, 169)	-.02	-.19
Violência Vicariante		24.67 <sup>***</sup>	.35	3.92 <sup>***</sup>
Violência Física dirigida a bens			.08	.99
Estratégias "Atendimento"				
Violência Psicológica			.59	6.71 <sup>***</sup>
Violência Física dirigida ao profissional	.45 (.43)	(4, 169)	.12	1.40
Violência Vicariante		34.02 <sup>***</sup>	.10	1.22
Violência Física dirigida a bens			-.17	-2.21 <sup>*</sup>
Saúde Psicológica				
Violência Psicológica			.26	2.42 <sup>*</sup>
Violência Física dirigida ao profissional	.16 (14)	(4, 169)	.11	-1.06
Violência Vicariante		7.78 <sup>***</sup>	.16	1.57
Violência Física dirigida a bens			.12	1.28

Nota. <sup>+</sup> $p < .10$ ; <sup>\*</sup> $p \leq .05$ ; <sup>\*\*</sup> $p \leq .01$ ; <sup>\*\*\*</sup> $p \leq .001$ .

### Análise da Relação Entre as Estratégias de Gestão da Violência e Variáveis Individuais e Organizacionais

De modo a aprofundar a análise das estratégias, optou-se por analisar a relação entre as estratégias em função de variáveis individuais (idade e experiência profissional) e variáveis organizacionais (área de serviço).

Uma vez que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estavam cumpridos, para aferir as diferenças entre as subescalas do inventário de estratégias e a idade dos participantes, procedeu-se a realização do teste de *Kruskal-Wallis* ( $X^2$ ). Como ilustrado pela Tabela 8,

verificou-se diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas em função da idade. Na sequência, foi necessária a realização de seis testes de *Mann-Whitney*, com correção de *Bonferroni* (Martins, 2011), para se averiguar a proveniência de tais diferenças. Foi então observado que os profissionais do grupo entre 31 e 36 anos tendem a fazer uso de todas as estratégias com mais frequência do que o grupo com menos de 30 anos ( $U= 743.00, p< .008$ ;  $U= 678.50, p< .008$ ;  $U= 483.50, p< .008$ ; Recursos, Chefia e Atendimento, respetivamente). O mesmo tipo de relação foi também observada quando comparados os grupos entre 36 e 45 anos e os mais jovens que 30 anos nas variáveis Recursos ( $U= 624.50, p< .008$ ) e Chefia ( $U= 607.50, p< .008$ ). Por último, os profissionais com idades compreendidas entre 36 e 45 anos parecem recorrer às chefias com mais frequência do que aqueles com mais de 45 anos ( $U= 389.00, p< .008$ ).

Tabela 8

*Diferenças entre as Estratégias de Prevenção e Gestão da Violência em função da Idade*

	≤ 30 (N= 45)	> 30 ≤ 35 (N=52)	> 35 ≤ 45 (N=51)	> 45 (N=25)	X <sup>2</sup> (3)
<b>Recursos</b>	63.48	92.38	102.08	87.38	15.49***
<b>Chefia</b>	66.24	97.38	106.04	63.92	23.71***
<b>Atendimento</b>	61.83	106.05	88.27	90.08	19.60***

Nota.  $p \leq .001$

Para analisar a relação entre as subescalas relativas às estratégias e os anos de experiência, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Verificou-se que o tempo de trabalho se correlaciona positivamente com a subescala Gestão do Atendimento ( $r_s = .25, p \leq .001$ ), ou seja, quanto mais experiência profissional mais o profissional emprega estratégias para diminuir a ocorrência de agressões no momento do atendimento.

Por fim, com o intuito de verificar se existiam diferenças entre as estratégias empregadas e o serviço, foram criados dois grupos relativos à exposição a violência a partir de literatura sobre o assunto (Marques & Silva, 2017; Phillips, 2016). O primeiro, chamado grupo de maior risco, incluiu as unidades hospitalares de Psiquiatria, Urgências, Neurologia e Cuidados Continuados, e o segundo incluía os demais serviços. Os resultados do teste de *Mann-Whitney* não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em questão ( $U= 3239.50, p= .31$ ;  $U= 3188.00, p=.23$ ;  $U=3093.50, p= .14$ , Recursos, Chefia e Atendimento, respetivamente).

### Discussão

O presente estudo teve como um dos objetivos principais estudar a relação entre a percepção de exposição a violência e suas consequências, tanto ao nível das estratégias, quanto no impacto à saúde psicológica dos profissionais de saúde.

Os resultados indicaram que os comportamentos implicados na gestão do atendimento foram os mais utilizados pelos enfermeiros(as), sendo que, dentro desta dimensão o ato de *procurar informação antes de ficar a sós com o paciente* foi o mais frequente. Além disso, o comportamento indicado como mais frequente entre todos foi o ato de *explicar os possíveis efeitos secundários de medicamentos e procedimentos*. Estes dados são compatíveis com a literatura (Kitaneh & Hamdan, 2012; Morken et al., 2015; Zhao et al., 2015) no que se refere em estar preparado para identificar sinais de uma possível reação violenta e são comportamentos que estão incluídos na formação básica para o exercício da profissão, tornando-os não só mais frequentes como possivelmente mais eficazes ao longo do tempo. No entanto, Al-Ali et al. (2015) reiteram a importância de formação constante no sentido de melhoria da performance de atividades básicas e de gestão de conflitos para diminuição da incidência de violência.

Quanto à relação entre as dimensões de estratégias e outras variáveis, designadamente, violência física dirigida ao profissional e aos recursos utilizados em casos de violência, os resultados demonstraram uma forte correlação e capacidade de predição deste tipo de violência em relação às estratégias, o que vai de encontro com a literatura que diz que profissionais mais expostos à agressões físicas percebem que o aumento de segurança e de suporte são as estratégias mais úteis (Zhao et al., 2015).

A violência vicariante também apresentou elevadas correlações com as dimensões de estratégias e, de forma geral, demonstrou ser um bom preditor do comportamento dos profissionais a nível de reação a situações agressivas. A partir destes resultados, é possível supor que presenciar colegas de trabalho a sofrerem algum tipo de violência é um fator motivador para ações de resposta, como chamar os seguranças ou reportar ocorrências às chefias. Apesar da escassez de dados quanto a este tipo de violência na literatura, Marques & Silva (2017) identificaram correlação entre esta e o impacto na saúde mental, tendo esta relação sido corroborada no presente estudo.

Apesar de ter apresentado correlações significativas com as variáveis da violência, as estratégias de Chefia foram aquelas que apresentaram as médias mais baixas de utilização, sendo este um dado preocupante no que se trata dos baixos índices de denúncias à chefia, a considerar que o



envolvimento ativo da chefia na prevenção e resposta da violência tem sido um dos fatores apresentados como mais importantes para sua eficácia (Di Martino et al., 2003). Diversos estudos (Al Ali et al., 2015; Kitaneh & Hamdan, 2012; Lin et al., 2014; Morken et al., 2015; Pai et al., 2011; Zhao et al., 2015) têm vindo a apresentar que as baixas estatísticas de denúncias advêm, principalmente, da percepção de que reportar é inútil e que não gera consequências para o agressor, além de que as chefias podem não oferecer o apoio necessário caso a denúncia chegue a instâncias mais altas.

Outro resultado preocupante foi a falta de capacidade da violência psicológica em prever o uso de estratégias, pois como apontado por Lin et al. (2014), casos de violência psicológica tendem a ser normalizados pelos profissionais, que creem que ofensas e gritos estão inseridos na descrição do trabalho. Isso pode significar menos atitudes reativas tomadas face aos problemas e menor probabilidade de denúncias das ocorrências.

Quanto a relação da faixa etária e do uso de estratégias, identificou-se que grupos de enfermeiros(as) com menos de 30 anos fazem significativamente menos uso de estratégias de gestão da violência que profissionais mais velhos. Uma hipótese explicativa é fato de quanto mais novos, menos experiência têm os profissionais, resultando numa menor capacidade de responder adequadamente aos incidentes, isso vai de encontro ao que dizem Kitaneh e Hamdan (2012) e Wei et al. (2016) em suas investigações, nas quais demonstram que profissionais mais jovens estão mais expostos e menos adaptados à violência. Em relação aos grupos mais velhos verificou-se que estes tendem a recorrer com menos frequência às chefias do que os outros grupos, no entanto, isso pode ser um resultado de que respondentes dessa faixa etária já ocupam posições de supervisão, porém não é possível averiguar a veracidade dessa suposição, pois esta não foi um dado inquirido durante o estudo.

É importante ressaltar que a literatura sobre o fenómeno da violência em Portugal é bastante escassa, mas é ainda mais escassa no que se trata das estratégias de gestão da violência. O presente estudo contribui para um maior entendimento sobre as respostas dadas a situações em que enfermeiros encontram a sua saúde física ou psicológica ameaçada. Deve se ter em conta, no entanto, que esta investigação foi de natureza transversal e envolveu apenas uma categoria de profissionais de saúde, pelo que seria importante considerar outros grupos ocupacionais em pesquisas futuras.

Ainda ao nível das limitações, seria importante reforçar que o tamanho da amostra não permite fazer generalizações para outros contextos. Além disso, o inventário de estratégias ainda se encontra numa versão inicial e seria preciso refiná-lo de modo a melhorar a sua capacidade explicativa e

consistência interna, sendo que alguns itens (i.e., 18 - *procurou explicar os possíveis efeitos secundários?*) podem ter apresentado baixa variabilidade de respostas por não estarem específicos o suficiente para o contexto do inventário. A nível de exemplo, ele poderia ser modificado para: *procurou explicar os possíveis efeitos secundários de medicamentos e/ou procedimentos a fim de impedir possíveis agressões?* Como não foi possível realizar pré-teste em função das limitações de tempo, sugere-se um estudo de natureza qualitativa para aferir se as estratégias e suas taxas de utilização de fato estão adequadas para o contexto e se representam a realidade dos profissionais do setor. Da mesma forma seria interessante investigações futuras que viessem a procurar um modelo mais claro da relação entre a violência no trabalho, as estratégias e as consequências para a saúde dos profissionais.

### Referências

- Al-Ali, N. M., Al Faori, I., & Al-Niarat, T. F. (2016). The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan. *Applied Nursing Research, 30*, pp. 83-89.  
doi:10.1016/j.apnr.2015.11.001
- Chappel, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (3<sup>a</sup> ed.). Geneva: International Labour Office.  
doi:10.1136/bmj.308.6920.62b
- Cooper, C. L., & Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector - state of the art*. Geneva : World Health Organization .
- Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Direcção-Geral da Saúde . (2012). *Observatório nacional da violência contra os profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Edward, K., Ousey, K., Warelow, P., Lui, S., & Giandinoto, J.-A. (2014). Nursing and aggression in the workplace: A systematic review. *British Journal of Nursing, 23*(12), pp. 653-659.
- Ferrinho, P., Antunes, A., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Craveiro, I., . . . Santos, O. (2003). *Workplace violence in the health sector: Portuguese case studies*. Geneva: World Health Organization.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS [recurso eletrônico]* (2<sup>a</sup> ed.). (L. Viali, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- International Labour Organization. (2003). *Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*. Geneva: International Labour Review.
- Kitaneh, M., & Hamdan, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research, 12*(469).
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior, 19*(5), pp. 492-501.
- Lin, L.-Y., Juan, C.-W., & Chu, C. (2014). The needs and potential solutions for improvement of workplace violence. *Journal of Acute Medicine, 4*, pp. 13-19.

- Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina (Master's thesis)*. Fonte: <http://repositorium.sdum.uminho.pt>
- Marques, D. (2015). *Violência no trabalho em contexto hospitalar: Um estudo com profissionais de enfermagem (Master's thesis)*. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt>
- Marques, D., & Silva, I. S. (2017). Violência no trabalho: Um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 17*(7), pp. 1-9.  
doi:10.17652/rpot/2017.4.13886
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM@SPSS®: Saber decidir, fazer interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Redondo, R. (1999). *Questionário Geral de Saúde*. Braga: McIntyre, McIntyre e Redondo.
- Morken, T., Johansen, I., & Alsaker, K. (2015). Dealing with workplace violence in emergency primary health care: A focus group study. *BMC Family Practice, 16*(51). doi:10.1186/s12875-015-0276-z
- Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social services workers*. U.S. Department of Labor.
- Pai, H.-C., & Lee, S. (2011). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 22*, pp. 1405–1412.
- Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England Journal of Medicine, 374*(17). doi:10.1056/NEJMra1501998
- Schat, T., & Kelloway, A. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology, 8*(2), pp. 110-122. doi:10.1037/1076-8998.2.110
- Schub, T., & Karakashian, A. L. (2017). *Workplace violence: Assault by patients*. Glendale: Cinahl Information Systems.
- Sousa, S., Silva, I. S., Veloso, A., Tzafrir, S., & Enosh, G. (2014). Client's violence toward social workers. *Tékhne - Review of Applied Management Studies, 12*, pp. 69-78.  
doi:10.1016/.tekhne.2015.01.006

Wei, C.-Y., Chiou, S.-T., Chien, L.-Y., & Huang, N. (2016). Workplace violence against nurses - prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *56*, pp. 63-70. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.12.012

Zhao , S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y., Hao, Y., . . . Qiao, H. (2015). Coping with workplace violence in healthcare settings: Social support and strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*, pp. 14429-14444. doi:10.3390/ijerph121114429