



**Perceção de Violência no Trabalho no
Contexto de Emergência Pré-Hospitalar**

Filipa Barros

UMinho | 2019

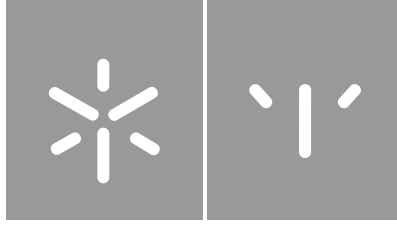


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Filipa Cristiana Lopes Barros

**Perceção de Violência no Trabalho no
Contexto de Emergência Pré-Hospitalar**

junho de 2019



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Filipa Cristiana Lopes Barros

**Perceção de Violência no Trabalho no
Contexto de Emergência Pré-Hospitalar**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Isabel Maria Soares da Silva

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais e restante família por me terem apoiado ao longo deste percurso e terem acreditado em mim. Um agradecimento especial aos meus avós maternos, por cuidarem de mim, pelo orgulho que sempre demonstraram e por todo o apoio que me deram ao longo da minha formação.

Ao João, agradeço por me teres apoiado nos momentos mais difíceis, pela compreensão, pelo carinho e por estares sempre pronto para ouvir os meus desabafos e os meus problemas. Obrigada por fazeres parte da minha vida e pelo teu amor.

À Vanessa, pelos 20 anos de amizade e pela ajuda com o “inglês”.

A todos os meus amigos, que me têm vindo a acompanhar ao longo destes anos.

Quero também agradecer à Professora Doutora Isabel Silva, pela sua disponibilidade, pela dedicação e por todo o apoio que me deu ao longo desta etapa.

A todos os colegas voluntários, assalariados, formadores, coordenadores e presidentes da organização onde foram recolhidos os dados do estudo. Agradeço a disponibilidade, o espírito de companheirismo e o interesse demonstrado pela minha investigação.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Resumo

O presente estudo teve como principais objetivos caracterizar a exposição dos tripulantes de ambulância a acontecimentos agressivos ou violentos no trabalho (provenientes de fontes externas à organização), bem como o seu impacto na saúde psicológica geral, e ainda, o efeito da percepção de suporte do contexto organizacional ao nível desta dimensão da saúde. Os dados foram recolhidos através de um inquérito *online* e em papel. A amostra era constituída por 307 tripulantes de ambulância, 59.9% dos quais mulheres. Os resultados indicaram que a violência psicológica, em comparação com a violência física e vicariante, foi a mais frequente. A violência, física e psicológica, estava negativamente correlacionada com a saúde psicológica, ao passo que o suporte do contexto organizacional estava correlacionado positivamente com esta mesma dimensão.

Palavras-chave: tripulantes de ambulância, saúde psicológica geral, suporte da chefia, suporte dos colegas de trabalho, violência no trabalho.

Violence Perception in the Pre-Hospital Emergency Workplace

Abstract

The main goal of this research was to characterize the exposure of ambulance workers to aggressive or violent incidents at work (from sources external to the organization), as well as its impact on the level of general psychological health and the impact of the perception of support of the organizational context in this health scope. The data were collected through an online and paper-based survey. The sample consisted of 307 ambulance workers, 59.9% of whom are women. The results indicated that psychological violence, compared with physical and vicarious violence, was the most frequent. Violence, physical and psychological, was negatively correlated with psychological health, while support of organizational context was positively correlated with it.

Keywords: ambulance workers, general psychological health, supervisor support, co-workers support, workplace violence.

Índice

Introdução.....	8
Violência em contexto de socorro pré-hospitalar	9
Consequências da violência no local de trabalho	10
O papel do suporte social do contexto organizacional	11
Objetivos	12
Metodologia.....	13
Participantes	13
Instrumentos	15
Procedimento	17
Resultados	18
Propriedades psicométricas da Escala de Agressão e Violência no Trabalho.....	18
Caraterização da exposição dos Tripulantes de Ambulância à violência	21
Discussão.....	26
Referências	30

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização Sociodemográfica da Amostra.....	13
Tabela 2 - Situação Profissional	15
Tabela 3 - Resultados da Análise Fatorial Exploratória da Escala de Agressão e Violência no Trabalho	19
Tabela 4 - Estatística Descritiva, Matriz de Correlações entre as Dimensões da Escala de Violência e <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> em Dimensão (apresentados na diagonal).....	20
Tabela 5 - Frequências de Acontecimentos Violentos ou Agressivos	22
Tabela 6 - Médias e Desvios-Padrão do Sexo e Formação sobre Violência ao Nível dos Tipos de Violência.....	24
Tabela 7 - Matriz de Correlações de Pearson entre as Dimensões da Escala de Violência, a Perturbação da Saúde Psicológica Geral e o Suporte Social dos Colegas e da Chefia.....	25
Tabela 8 - Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla para as Variáveis Predictoras da Perturbação de Saúde Psicológica Geral	25

A violência no local de trabalho afeta milhões de pessoas em todo o mundo, podendo-se tornar uma ameaça ao bom funcionamento das organizações (International Labour Organization/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International [ILO/ICN/WHO/PSI], 2002). Para além das consequências ao nível organizacional (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002; LeBlanc & Kelloway, 2002), também são reconhecidas consequências ao nível do bem-estar e saúde geral das vítimas (Chappell & Di Martino, 2006; ILO/ICN/WHO/PSI, 2002; Mayhew & Chappell, 2007; Marques & Silva, 2017). Embora este fenómeno seja transversal aos vários tipos de profissões, existem setores de trabalho onde o risco de exposição a acontecimentos violentos ou agressivos é mais elevado, como é o caso do setor da saúde (Gates, Ross, & McQueen, 2006; Health and Safety Executive [HSE], 2019).

Apesar de ainda não existir uma definição consensual do conceito de violência no local de trabalho (Chappell & Di Martino, 2006), de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (em inglês, ILO) esta violência pode ser descrita como um conjunto de “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). Estes atos podem ocorrer não só no local de trabalho, como também em circunstâncias relacionadas com a sua atividade laboral, podendo mesmo ocorrendo na casa das próprias vítimas (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2010). Para além da definição acima referida, podemos categorizar a violência quanto à sua origem: origem interna (quando esta ocorre entre trabalhadores, incluindo supervisores e chefias) ou origem externa (quando ocorre entre trabalhadores – incluindo supervisores e chefias – e qualquer outra pessoa externa à organização) (ILO, 2003). Resultados do inquérito “2017/18 CSEW” (Crime Survey for England and Wales) revelaram que na maioria dos casos a violência ocorrida no local de trabalho era proveniente de ofensores desconhecidos da vítima (em cerca de 54% dos casos) e em 28% dos casos provinha de clientes/membros do público com quem as vítimas trabalhavam (HSE, 2019).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU – OSHA, 2010) indica ainda que a violência pode ser categorizada em três tipos: (1) Tipo I – refere-se aquela que é perpetrada por criminosos sem qualquer ligação ao local de trabalho dos indivíduos; (2) Tipo II – referente à violência dirigida a profissionais, proveniente de sujeitos exteriores à organização (e.g., clientes, pacientes); (3) Tipo III – violência dirigida a colegas de trabalho, gerentes ou supervisores por um outro colaborador da organização ou por um ex-colaborador.

O presente estudo tem como foco a violência de Tipo II, tendo a investigação demonstrado que se trata do tipo de violência mais frequente no setor da saúde (e.g., Health and Safety Executive [HSE],

2019; Landau & Bendalak, 2008; Seun-Fadipe, Akinsulore & Oginni, 2019), incluindo em tripulantes de ambulância (e.g., Coskun Cenk, 2019).

Violência em contexto de socorro pré-hospitalar

A violência é um fenómeno que afeta os mais diversos contextos de trabalho, contudo, existem setores de atividade que pela sua natureza (ambiente, estrutura e fatores situacionais associados), têm maior predisposição para a ocorrência destes acontecimentos. Por exemplo, segundo resultados do “2017/18 CSEW”, os profissionais de saúde e apoio social surgem como o segundo setor com maior risco de exposição à violência no trabalho (HSE, 2019). Em Portugal, o Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (2012), estudou a exposição de enfermeiros (66.9%), médicos (16.2%), assistentes técnicos (10.4%) e operacionais (4.5%) e outros técnicos de saúde (1.9%) à violência no contexto hospitalar. O estudo revelou que cerca de um quinto destes profissionais enfrentam situações de discriminação/ameaça (21.2%) e injúria (20.6%), sendo tais tipos de violência os mais frequentes. Em contrapartida, os casos de violência física (11,3%) e assédio sexual (0.6%) são os menos frequentes.

No contexto de emergência pré-hospitalar, o risco de exposição à violência pode ser acrescido devido a características inerentes à própria atividade (Chappell & Di Martino, 2006; EU-OSHA, 2010; Grange e Corbett, 2002). A literatura tem identificado alguns fatores que podem potenciar a exposição destes profissionais a este fenómeno, nomeadamente: (1) o contacto direto com público/pessoas (Chappell & Di Martino, 2006; Di Martino, 2003; EU-OSHA, 2010; Landau & Bendalak, 2008; Gates, Ross & McQueen, 2006); (2) lidar com pessoas em situação de *distress* (Chappell & Di Martino, 2006; Di Martino, 2003; EU-OSHA, 2010; Landau & Bendalak, 2008; Gates, Ross & McQueen, 2006); (3) lidar com pessoas sob o efeito de álcool, drogas, mentalmente instáveis ou com perturbações psicológicas (EU-OSHA, 2010; LeBlanc & Kelloway, 2002); (4) trabalhar num posto móvel (e.g., ambulâncias) (Chappell & Di Martino, 2006; EU-OSHA, 2010); (5) trabalhar sozinho ou em pequenos grupos (Di Martino, 2003; EU-OSHA, 2010); (6) trabalhos que impliquem ir à casa de clientes/utentes (LeBlanc & Kelloway, 2002); e (7) trabalhar à noite ou ao início da manhã (Chappell & Di Martino, 2006; Deniz, Saygun, Eroğlu; Ülger & Azapoğlu, 2016; EU-OSHA, 2010; LeBlanc & Kelloway, 2002).

No estudo de Boyle, Koritsas, Coles e Stanley (2007), com 260 paramédicos australianos, 75% do sexo masculino, cerca de 87,5% dos profissionais referiram ter estado expostos a violência no local de trabalho durante os últimos doze meses. Quanto ao tipo de violência, o abuso verbal foi apontado

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

como o mais frequente (82%), seguido da intimidação (55%) e abuso físico (38%). Estes resultados vão de encontro a um estudo mais recente, de Coskun Cenk (2019), com 143 tripulantes de ambulância. Este autor concluiu que 86.5% dos participantes tinham sido expostos a pelo menos um tipo de violência psicológica (e.g., insultos, gritos, ameaças) no último ano. Relativamente ao mesmo período de tempo, 24.5% dos profissionais relatou ter sofrido pelo menos uma agressão física (e.g., socos/estalos, beliscões ou puxões de cabelo, empurrões, pontapés) e 9.8% testemunhou a ocorrência deste tipo de violência. Resultados do mesmo estudo indicam que a violência contra estes profissionais advém essencialmente de fontes externas à organização (violência de Tipo II).

No que concerne a fatores de risco, para além dos fatores inerentes à atividade, é importante atender também a fatores individuais. De acordo com a EU-OSHA (2007), as mulheres sofrem mais violência no local de trabalho (nomeadamente, violência física, *bullying*, assédio sexual) do que os homens. Koritsas, Boyle e Coles (2009) estudaram os fatores que predispõem os tripulantes de ambulância à violência no trabalho, tendo concluído que as mulheres estavam mais expostas a intimidação, assédio sexual e abuso sexual. Por outro lado, num estudo com 120 tripulantes de ambulância, Deniz et al., (2016) concluíram que os homens estavam mais expostos a ameaças e ataques físicos. Mais tarde, Seun-Fadipe, Akinsulore e Oginni (2019) encontram diferenças significativas da exposição à violência psicológica em função do sexo, tendo concluído que as mulheres experienciavam mais violência verbal/abuso psicológico. A idade também tem sido apontada como um fator importante, isto é, profissionais mais jovens tendem a perceber maior exposição a atos violentos (Coskun Cenk, 2019; Landau & Bendalak, 2008; López-García, Ruiz-Hernández, Llor-Zaragoza, Llor-Zaragoza, & Jiménez-Barbero, 2018). Para além dos fatores de risco anteriormente referidos, podem existir também fatores individuais que funcionem como protetores. Neta linha de pensamento, alguns autores (e.g., Koritsas, Boyle & Coles, 2009; López-García et al., 2018) sugerem a importância da educação e do treino ao nível da prevenção e gestão de situações de violência no local de trabalho. Em contrapartida, resultados de estudo com profissionais de saúde (e.g., Landau & Bendalak, 2008; Seun-Fadipe, Akinsulore & Oginni, 2019), revelaram que a participação em formações/ *workshops* sobre esta temática estava positivamente associada com maiores níveis de exposição à violência.

Consequências da violência no local de trabalho

A literatura empírica sobre violência no local de trabalho tem demonstrado que existe uma associação entre este fenómeno e consequências para os trabalhadores. Por exemplo, Schat e Kelloway (2000) estudaram o impacto da violência ao nível do bem-estar psicológico e concluíram que, tanto a

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

violência direta (física ou psicológica) como a vicariante prediziam reações de medo. Por sua vez, o medo surgia como preditor de sintomas psicológicos (e.g., depressão e ansiedade) e físicos (e.g., perturbações ao nível do sono) negativos.

Focando no impacto da violência do Tipo II, Bernaldo-De-Quirós, Piccini, Gómez e Cerdeira (2015), num estudo com 441 profissionais do setor do emergência pré-hospitalar, concluíram que a exposição a violência física e verbal estava associada a níveis elevados de ansiedade, exaustão emocional e despersonalização. Mais recentemente, Seun-Fadipe, Akinsulore & Oginni (2019), num estudo com 380 trabalhadores do setor da saúde, constataram que cerca de 91.9% dos incidentes violentos eram provenientes de pacientes ou familiares/amigos dos mesmos. Cerca de 40% dos trabalhadores tinham sido expostos a pelo menos um episódio de violência (física ou não-física) e 38.5% apresentavam risco de desenvolver morbidade psiquiátrica (e.g., ansiedade e depressão). Posto isto, concluíram que a exposição à violência estava significativamente associada com o risco de desenvolvimento de perturbações psicológicas. De modo geral, quanto maior a frequência de exposição a violência, maior o impacto ao nível do bem-estar psicológico/emocional dos trabalhadores (Mayhew & Chappell, 2007; López-García et al., 2018). Schat e Kelloway (2000) e Mayhew et al., (2004) acrescentam ainda, que testemunhar violência contra colegas de trabalho pode trazer impactos tão significativos quanto os da violência direta.

Mayhew e Chappel (2003) chamam à atenção para uma variável que pode ter um papel importante na moderação do impacto da violência. Os autores realizaram 400 entrevistas a enfermeiros(as), médicos(as), agentes de saúde aliados, oficiais de ambulâncias e pessoal auxiliar. Após a análise dos dados, concluíram que a presença/ausência de intencionalidade por parte do agressor tinha influência ao nível do impacto emocional, isto é, quando há a perceção de intencionalidade o impacto é maior. Por exemplo, levar um estalo de um doente com demência vai ter menos impacto do que ser agredido por colega de trabalho.

O papel do suporte social do contexto organizacional

Considerando as consequências anteriormente descritas, associadas ao fenómeno da violência no trabalho, torna-se fundamental investigar formas de prevenir ou reduzir tais impactos. Neste sentido, o presente estudo pretende explorar o efeito da perceção do suporte social do contexto organizacional, ao nível da saúde psicológica geral. Di Martino (2003) define suporte social no local de trabalho como o conjunto de “(...) características do ambiente social no qual as atividades são desempenhadas, incluindo a cultura organizacional, ambiente de trabalho, estilo de gestão, a ajuda dos colegas de trabalho,

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

envolvimento, participação, trabalho em equipa, etc.” (p. 3). Tendo por base este conceito, no presente estudo o suporte dos colegas de trabalho e da chefia serão considerados enquanto níveis do suporte do contexto organizacional.

De acordo com Schat & Kelloway (2003), num estudo com 225 trabalhadores do setor da saúde, o suporte organizacional modera o efeito da violência (física, psicológica e vicariante) ao nível do bem-estar emocional (e.g., sintomas depressivos e ansiosos), saúde física (e.g., sono, digestão, dores de cabeça) e satisfação com o trabalho. Mais recentemente, Morken, Johansen e Alsaker (2015) realizaram estudo qualitativo com base nos resultados de *focus group*, com 37 enfermeiros, onde os participantes eram convidados a falar acerca das suas experiências no que dizia respeito à violência no local de trabalho. Os autores concluíram que o suporte dos colegas era importante ao nível da gestão das ameaças e de acontecimentos violentos. Por outro lado, o suporte da chefia tinha um papel importante ao nível do *follow-up* dos incidentes violentos (e.g., através do fornecimento de apoio legal).

Os resultados de estudos específicos do contexto de emergência pré-hospitalar parecem ir de encontro aos referidos até então. Por exemplo, Pisarski, Bohle e Callan (2002) verificaram que o suporte dos colegas estava negativamente correlacionado com a perturbação da saúde mental. Contudo não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o suporte dos supervisores e esta dimensão da saúde. Em contrapartida, Deniz et al., (2016) concluíram que níveis de exaustão emocional e despersonalização se encontravam significativamente aumentados em tripulantes de ambulância que relatavam pouca perceção de suporte por parte da chefia. Em suma, o suporte do contexto organizacional parece funcionar, de modo geral, como um “facilitador” na redução do stress no local de trabalho (Di Martino, 2003).

Em Portugal, a violência no setor da saúde tem sido mais explorada com enfermeiros (e.g., Marques & Silva, 2017; Balbi, 2018), não tendo sido encontrada literatura referente a tripulantes de ambulância. Por outro lado, são escassos na literatura os estudos que além de estudarem o fenómeno da exposição à violência, relacionem esta com a saúde psicológica geral e a perceção de suporte social do contexto organizacional e com a intencionalidade da agressão.

Objetivos

O presente estudo tem como principais objetivos:

- I. Caraterizar a violência contra Tripulantes de Ambulância em Portugal;
- II. Analisar a relação entre a violência no trabalho e as variáveis individuais, nomeadamente, sexo, idade e formação;

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

- III. Analisar a relação entre a percepção de violência, a sua intencionalidade, a saúde psicológica geral e a percepção de suporte do contexto organizacional (dos colegas e da chefia);
- IV. Adicionalmente, pretende-se também contribuir para a adaptação da Escala de Agressão e Violência no Trabalho (*Agression and Violence at Work Scale*) de Rogers e Kelloway (1997) ao contexto de emergência pré-hospitalar português.

Metodologia

Participantes

A amostra é constituída por 307 tripulantes de ambulância, sendo 59.9% do sexo feminino. Cerca de metade (48.5%) dos participantes tem entre 18-30 anos de idade e a maioria possui o 12.º ano de escolaridade (45.3%) ou formação superior (46.6%). Ao nível da distribuição geográfica dos participantes, os distritos de Braga (38.4%), Coimbra (11.7%) e Porto (10.4%) destacam-se com uma percentagem de resposta superior a 10% (ver Tabela 1).

Tabela 1

Caraterização Sociodemográfica da Amostra

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	184	59.9
Masculino	123	40.1
Idade		
Entre 18 a 30 anos	149	48.5
Entre 31 a 40 anos	89	29.0
Entre 41 a 50 anos	58	18.9
Entre 51 a 60 anos	10	3.3
Entre 61 a 70 anos	1	0.3
Habilitações Literárias		
6.º ano	3	1.0
9.º ano	21	6.8
12.º ano	139	45.3
Ensino Superior	143	46.6
Outra	1	0.3

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Distrito ou Região		
Aveiro	9	2.9
Beja	4	1.3
Braga	118	38.4
Castelo Branco	1	0.3
Coimbra	36	11.7
Faro	22	7.2
Guarda	2	0.7
Leiria	3	1.0
Lisboa	25	8.1
Porto	32	10.4
Portalegre	1	0.3
Santarém	14	4.6
Setúbal	13	4.2
Viana do Castelo	11	3.6
Viseu	7	2.3
Regiões Autónomas (dos Açores ou da Madeira)	9	2.9

Relativamente à situação profissional (ver Tabela 2), os tripulantes têm em média 8.62 ($DP = 7.06$) anos de experiência, 60.9% tem formação de TAT (Tripulante de Ambulância de Transporte) e a grande maioria colabora em regime exclusivamente voluntário (70.7%). Relativamente ao trabalho enquanto tripulante de ambulância, aproximadamente metade dos indivíduos (46.6%) trabalha semanalmente, 28.3% trabalha diariamente, 14.0% de “15 em 15 dias”, 9.8% apenas uma vez por mês e 1.3% trabalha com outra frequência. Por cada turno de trabalho, cada tripulante é chamado a sair, em média, para 3.47 ($DP = 2.21$) situações de emergência.

Tabela 2

Situação Profissional

Variável	n	%
Formação Específica		
TAT (Tripulante de Ambulância de Transporte)	191	60.9
TAS (Tripulante de Ambulância de Socorro)	109	35.5
TEPH (Técnico de Emergência Pré-Hospitalar)	3	1.0
Sem informação/Outra	8	2.6
Regime de Colaboração		
Voluntário(a)	217	70.7
Voluntário(a) e Funcionário(a)	75	23.5
Funcionário(a)	19	5.9

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Profissional.

O questionário sociodemográfico constituiu a primeira parte de um conjunto de instrumentos. Este continha questões de natureza sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, condição perante o trabalho) e questões relacionadas à atividade de Tripulante de Ambulância (formação específica e adicional, regime de colaboração, antiguidade e delegação), tendo em vista a caracterização da amostra.

Escala de Agressão e Violência no Trabalho.

A segunda parte do questionário continha a versão portuguesa (Marques & Silva, 2017) da Escala de Agressão e Violência no Trabalho (*Agression and Violence at Work Scale*) de Rogers e Kelloway (1997). Esta escala é constituída por 16 itens e foi utilizada com o intuito de avaliar a frequência de acontecimentos agressivos ou violentos (ocorridos durante o último ano) provenientes de fontes externas, como: clientes/doentes ou familiares/amigos dos doentes. Estes acontecimentos eram referentes aos períodos em que os indivíduos se encontravam a desempenhar funções enquanto Tripulantes de Ambulância. Os itens são avaliados numa escala de *likert* de quatro pontos: 0 (Nunca), 1 (Uma vez), 2 (Duas ou três vezes) e 4 (Quatro ou mais vezes). Quando maior a pontuação em cada item, maior a frequência de exposição a acontecimentos agressivos ou violentos. Esta escala é constituída, na sua versão original, por três subescalas principais: (1) a violência física no trabalho (e.g., “Já alguém lhe cuspiu ou mordeu enquanto estava a trabalhar?”) constituída por 8 itens; (2) a violência psicológica no

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

trabalho avaliada por 3 itens (e.g., “Alguma vez foi injuriado enquanto estava a trabalhar?”); e (3) a violência vicariante no trabalho obtida através de 5 itens (e.g., “Já ouviu falar de algum caso em que os seus colegas de trabalho/diretores tenham sido ameaçados de violência física no trabalho?”).

De acordo com a versão portuguesa (Marques & Silva, 2017), utilizada com profissionais de enfermagem, a dimensão da violência física subdivide em: “violência física face a bens” e em “violência física face a si próprio”. Assim sendo, estes autores identificaram quatro fatores: 1) violência física dirigida ao profissional; 2) violência física dirigida a bens; 3) violência psicológica e 4) violência vicariante. Nesta versão, foram obtidos *Alphas de Cronbach* compreendidos entre .68 (na subescala “violência física dirigida a bens”) e .81 (na subescala “violência física dirigida ao profissional”).

Ainda nesta secção, constava um item adicional que visava avaliar a perceção das vítimas acerca da intencionalidade dos atos agressivos ou violentos por parte do/a (s) agressor/a (es). O item foi construído no âmbito do presente estudo, com base no estudo de Mayhew e Chappell (2003). Os participantes só respondiam a esta questão se tivessem sido expostos a algum tipo de violência mencionada na escala de Agressão e Violência no Trabalho (nos últimos 12 meses). As respostas eram dadas numa escala de 4 pontos: 0 – “Nunca”, 1 – “Algumas vezes”, 2 – “A maior parte das vezes” e 3 – “Sempre”. Deste modo, pontuação mais alta, corresponde a maior perceção de intencionalidade dos acontecimentos agressivos ou violentos.

Perceção de Suporte Social do Contexto Organizacional.

A terceira parte do protocolo, incluía duas medidas da perceção do suporte social do contexto organizacional: perceção de suporte social dos colegas (e.g., “Os seus colegas estão sempre disponíveis a ouvir os meus problemas”) e perceção de suporte social da chefia (e.g., “O/a seu/sua chefe está sempre disponível a ouvir os meus problemas”). Cada escala era constituída por quatro itens, cotados numa escala de likert de 5 pontos, desde “Discordo totalmente” (1) até “Concordo totalmente” (5). Nas duas escalas, quanto maior o valor cotado, maior a perceção de suporte. As presentes escalas foram adaptadas para português por Silva (2008) a partir da versão modificada por Lee (2004), do instrumento desenvolvido por Caplan, Cobb, French, Van Harrison e Pinneau (1975). As duas escalas apresentaram boa consistência interna, apresentando em ambos os casos um *Alpha de Cronbach* de .92.

Questionário de Saúde Geral.

A última e quarta parte do questionário, era composta pela versão reduzida do Questionário de Saúde Geral (General Health Questionnaire – GHQ), originalmente constituída por 60 itens (desenvolvida por Goldberg, 1978). A versão reduzida contém 12 itens e encontra-se adaptada para a população portuguesa por McIntyre, McIntyre e Redondo (1999) – funcionando como uma medida simples da saúde

mental dos indivíduos. As respostas aos itens do questionário encontram-se compreendidas numa escala de quatro pontos que oscilam, por exemplo, entre “Menos que habitualmente” até “Muito mais que habitualmente”. Cada item pode ser cotado com 0 (zero), até um máximo de 3 (três) pontos. Quanto maior o valor apresentado na soma dos pontos obtidos nas respostas, maior é o grau da perturbação. Cada participante pode obter um total de 0 a 36 pontos, sendo considerados valores clínicos, aqueles que se encontrem acima de 20 pontos (Goldberg & Williams, 1988). Na versão adaptada para a população portuguesa por McIntyre, McIntyre e Redondo (1999) foram identificados dois fatores, o “Fator Depressão” e o “Fator Ansiedade”. No entanto, como refere Araújo (2009), há indicações de não consistência nos resultados no que respeita à estrutura fatorial desta escala. O autor citado, no próprio estudo, que realizou sob a orientação de McIntyre e McIntyre (Araújo, 2009), optou por utilizar a referida escala como indicador de morbilidade psicológica numa estrutura unidimensional, tendo sido obtido um *Alpha* de *Cronbach* de .75. Face ao conjunto de considerações anteriores, optou-se também por uma estrutura unifatorial na utilização deste instrumento.

Procedimento

Numa fase inicial foi realizado um pré-teste com cinco tripulantes de ambulância, de modo a auferir possíveis esforços ou dificuldades de compreensão do protocolo de investigação. Para este efeito, foram selecionados participantes com diferentes graus de escolaridade (dois com formação superior, um com o 12.º ano e dois com o 9.º ano de escolaridade) e provenientes de três regiões de atuação distintas. Após ter sido realizado o pré-teste, e não terem sido detetadas dificuldades no preenchimento do questionário, prosseguiu-se para a divulgação do mesmo.

Tendo como objetivo maximizar o tamanho da amostra, optamos por uma recolha de dados mista, isto é, *online* e em papel. Foram distribuídos quatro questionários em papel e respetivo consentimento informado, numa instituição de acesso privilegiado ao investigador, devido a dificuldades dos participantes em manusear ferramentas digitais. Foi obtida uma taxa de resposta de 100%. Também foi disponibilizado um *link* da versão *online* do questionário através das redes sociais, nomeadamente, num grupo de *facebook*® exclusivo para tripulantes de ambulância no ativo. O questionário esteve disponível *online* durante cerca de um mês. Antes de avançarem para o preenchimento do questionário, os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, do caráter voluntário da sua participação e foi assegurada a confidencialidade e anonimato das respostas. No caso do preenchimento em formato digital, os participantes apenas conseguiam avançar para o preenchimento do questionário

após aceitação dos termos e condições referidas no consentimento informado, podendo, os mesmos, desistir a qualquer momento sem qualquer penalização.

Procedimentos de análise de dados

Num total de 311 respostas, foram obtidas 4 respostas em formato de papel. Por questões de homogeneidade no método de recolha de dados decidiu-se retirar da amostra estes participantes. Foram realizadas as análises com e sem os quatro participantes e não foram detetadas diferenças nos resultados.

A análise dos dados foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM®SPSS®, versão 25.0). Para além da análise descritiva dos dados, foram realizadas análises de correlações e testes de diferenças entre grupos. Nos casos em que os pressupostos para o uso de testes paramétricos não estavam cumpridos, optou-se por realizar ambas as análises, paramétricas e não-paramétricas. Quando não eram detetadas diferenças nas conclusões obtidas em ambos os testes, eram relatados os resultados obtidos através dos testes paramétricos, tal como recomenda Fife-Schaw (2006). Assim sendo, foram realizadas correlações de *Pearson* e testes *t* de *Student* para amostras independentes, considerando um nível de significância $<.05$. Ao nível não paramétrico, foram realizadas correlações de *Spearman* e o teste de *Kruskal-Wallis*. Também foram examinadas as propriedades psicométricas da Escala de Agressão e Violência no Trabalho ao nível da análise da validade e fidelidade das respetivas subescalas. Foram ainda realizadas análises de regressão linear múltipla. Nesta análise foram tidos em consideração os pressupostos da homocedasticidade, autocorrelação, normalidade dos resíduos, ausência de multicolinearidade e *outliers* e observações influentes (Field, 2009).

Resultados

Propriedades psicométricas da escala de Agressão e Violência no Trabalho

A validade da escala de Agressão e Violência no Trabalho foi estudada através da análise exploratória dos componentes principais com rotação *varimax*, tendo sido considerado o critério de normalidade de Kaiser (*eigenvalue* ≥ 1). A consistência interna da escala (fidelidade) foi analisada através do cálculo do coeficiente *Alpha de Cronbach*. A medida de KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin measure of sample adequacy*) verificou um valor de .92, o que indica uma adequação muito boa da amostragem, por ser um valor acima de .90 (Field, 2009). Em relação ao teste de esfericidade de *Bartlett* $\chi^2(120) = 2073.41$, $p < .001$, indicou que a correlação entre os itens era suficientemente elevada, pelo que foi possível avançar com as análises.

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Tabela 3

Resultados da Análise Fatorial Exploratória da Escala de Agressão e Violência no Trabalho

Itens	H2*	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1. Alguma vez foi esbofeteado, pontapeado, amarrado ou empurrado enquanto estava a trabalhar?	.555	.267	.110	.687
2. Já alguém lhe cuspiu ou mordeu enquanto estava a trabalhar?	.531	.135	.297	.651
3. Já lhe atiraram algum objeto enquanto estava a trabalhar?	.596	.144	.415	.635
4. Já foi ameaçado(a) com alguma dos exemplos de violência física acima referidos enquanto estava a trabalhar?	.655	.319	.473	.574
5. Já foi ameaçado(a) com uma arma enquanto estava a trabalhar?	.433	.010	.026	.658
6. Os seus bens pessoais ou de trabalho já foram danificados por alguém no seu trabalho?	.486	.044	.684	.127
7. Já alguém o/a ameaçou de danificar os seus bens pessoais ou de trabalho enquanto estava a trabalhar?	.555	.183	.703	.168
8. Já alguém lhe fechou a porta na cara enquanto estava a trabalhar?	.522	.208	.654	.224
9. Já lhe gritaram ou berraram enquanto estava a trabalhar?	.652	.386	.665	.247
10. Alguma vez foi injuriado(a) enquanto estava a trabalhar?	.635	.372	.652	.269
11. Já se sentiu observado(a) fixamente enquanto estava a trabalhar?	.414	.448	.462	.004
12. Alguma vez viu algum colega/chefia experienciar acontecimentos violentos no trabalho?	.527	.584	.372	.217
13. Alguma vez ouviu falar se os seus colegas/ chefia experienciaram algum ato violento durante o trabalho?	.712	.827	.155	.065
14. Já viu algum colega/chefia serem ameaçados de violência física no trabalho?	.635	.616	.302	.405
15. Já ouviu falar de algum caso em que colegas/chefia tenham sido ameaçados de violência física no trabalho?	.736	.830	.106	.187
16. Algum dos seus amigos/familiares sofreram ou foram ameaçados de violência física enquanto estavam no trabalho?	.478	.652	.196	.118

Porcentagem da Variância Explicada por Fator

20.62 20.44 15.95

Nota. N = 307. *h² – comunalidades.

Feita a análise, verificou-se a extração de 3 componentes (que serão designados de fatores ao longo do texto) que explicavam 57.01% da variância total. Na Tabela 3 são apresentados os pesos de saturação dos 16 itens da escala pelos 3 fatores obtidos, assim como as comunalidades associadas. Foram usados como critérios para de retenção dos itens num determinado fator a natureza estatística (peso igual ou superior a .50 no fator e contributo do item no cálculo da fiabilidade das subescalas) e considerações de natureza teórica.

Como é possível observar na Tabela 3, o primeiro fator denominado de *Violência vicariante*, explica 20.62% da variância total e nele saturam os itens 12, 13, 14, 15 e 16. O segundo fator, denominado de *Violência psicológica*, explica 20.44% da variância total e engloba os itens 6, 7, 8, 9, 10 e 11. Por último, o terceiro fator, agrupa os itens 1, 2, 3, 4 e 5 e explica 15.95% da variância total. Este fator foi designado de *Violência física*. Os itens 6, 7 e 8, que tanto na escala original (Rogers e Kelloway, 1997), como na versão adaptada por Marques e Silva (2017) eram considerados violência física, nesta análise saturam no fator *Violência psicológica*.

Tabela 4

Estatística Descritiva, Matriz de Correlações entre as Dimensões da Escala de Violência e Alpha de Cronbach em cada Dimensão (apresentados na diagonal)

Dimensão	Média	Desvio Padrão	1	2	3
Violência Vicariante	0.95	0.78	(.84)		
Violência Psicológica	0.97	0.68	.65**	(.81)	
Violência Física	0.44	0.54	.55**	.65**	(.77)

Nota. ** $p < .01$.

Posteriormente, foi analisada a consistência interna, através o coeficiente *Alpha de Cronbach* para cada uma das subescalas. Como se pode observar na Tabela 4, o coeficiente oscilou entre .77 para a *Violência física* e .84 para a *Violência vicariante*. Todas as subescalas apresentam um valor do *Alpha de Cronbach* superior a .70, e por isso, segundo Field (2009), são considerados bons níveis de fiabilidade. Na Tabela 4 também são apresentados os valores das correlações entre as diferentes subescalas, sendo que todas elas se encontram positivamente relacionadas entre si. Os valores oscilam

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

entre .55 (correlação entre *Violência física* e *Violência vicariante*) e .65 (nas restantes correlações). Ainda nesta tabela são apresentados os valores médios relativos à percepção de exposição à violência. A violência psicológica é aquela que se destaca com um valor médio mais elevado ($M = 0.97$, $DP = 0.68$) e a violência física é o tipo de violência relatado com menor frequência ($M = 0.44$, $DP = 0.54$).

Caraterização da exposição dos Tripulantes de Ambulância à violência

Nesta seção são apresentados os resultados relativos à caraterização da violência no trabalho, incluindo análises da relação entre esta e variáveis individuais. Na Tabela 5 é possível observar a apresentação detalhada dos resultados (por item) relativos à frequência de exposição dos tripulantes a acontecimentos agressivos ou violentos, durante o último ano. Estes resultados estão organizados por ordem decrescente da ausência de comportamentos agressivos. O comportamento referido com menor frequência pelos tripulantes de ambulância é ser “*ameaçado(a) com arma enquanto estava a trabalhar*”. Especificamente, 89.3% dos tripulantes refere nunca ter experienciado um acontecimento destes durante o exercício da sua atividade, no último ano, ao passo que 0.7% afirma ter sido vítima deste comportamento quatro ou mais vezes neste mesmo intervalo de tempo. Por outro lado, sentir-se “*observado(a) fixamente enquanto estava a trabalhar*” é o acontecimento mais frequentemente relatado por estes profissionais. Cerca de 37.5% dos tripulantes afirma ter sido exposto a este acontecimento quatro vezes ou mais, no último ano. Por oposição, apenas 16.6 % refere nunca ter sido exposto, neste período de tempo.

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Tabela 5

Frequências de Acontecimentos Violentos ou Agressivos

No último ano...	0 vezes		1 vez		2 a 3 vezes		4 ou mais vezes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5. Já foi ameaçado(a) com uma arma enquanto estava a trabalhar? (VF)	274	89.3	28	9.1	3	1.0	2	0.7
6. Os seus bens pessoais ou de trabalho já foram danificados por alguém no seu trabalho? (VP)	245	79.8	43	14.0	17	5.5	2	0.7
2. Já alguém lhe cuspiu ou mordeu enquanto estava a trabalhar? (VF)	232	75.6	41	13.4	28	9.1	6	2.0
3. Já lhe atiraram algum objeto enquanto estava a trabalhar? (VF)	232	75.6	43	14.0	25	8.1	7	2.3
7. Já alguém o/a ameaçou de danificar os seus bens pessoais ou de trabalho enquanto estava a trabalhar? (VP)	230	74.9	41	13.4	30	9.8	6	2.0
1. Alguma vez foi esbofeteado, pontapeado, amarrado ou empurrado enquanto estava a trabalhar? (VF)	220	71.7	47	15.3	32	10.4	8	2.6
16. Algum dos seus amigos/familiares sofreram ou foram ameaçados de violência física enquanto estavam no trabalho? (VV)	200	65.1	52	16.9	39	12.7	16	5.2
8. Já alguém lhe fechou a porta na cara enquanto estava a trabalhar? (VP)	175	57.0	76	24.8	38	12.4	18	5.9
14. Já viu algum colega/chefia serem ameaçados de violência física no trabalho? (VV)	169	55.0	64	20.8	55	17.9	19	6.2
12. Alguma vez viu algum colega/chefia experienciar acontecimentos violentos no trabalho? (VV)	152	49.5	67	21.8	61	19.9	27	8.8

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

4. Já foi ameaçado(a) com alguma dos exemplos de violência física acima referidos enquanto estava a trabalhar? (VF)	150	48.9	72	23.5	65	21.2	20	6.5
10. Alguma vez foi injuriado(a) enquanto estava a trabalhar? (VP)	130	42.3	65	21.2	62	20.2	50	16.3
15. Já ouviu falar de algum caso em que colegas/chefia tenham sido ameaçados de violência física no trabalho? (VV)	106	34.5	87	28.3	75	24.4	39	12.7
13. Alguma vez ouviu falar se os seus colegas/ chefia experienciaram algum ato violento durante o trabalho? (VV)	96	31.3	62	20.2	89	29.0	60	19.5
9. Já lhe gritaram ou berraram enquanto estava a trabalhar? (VP)	71	23.1	81	26.4	82	26.7	73	23.8
11. Já se sentiu observado(a) fixamente enquanto estava a trabalhar? (VP)	51	16.6	58	18.9	83	27.0	115	37.5

Nota. VF = Violência Física. VP = Violência Psicológica. VV = Violência Vicariante.

Foram realizadas análises adicionais ao nível das diferenças estatísticas entre variáveis individuais e a exposição à violência (ver tabela 7). Os resultados indicam que os homens relatam uma exposição significativamente superior à violência psicológica ($t(247.430) = -2.09, p < .05$), em comparação com as mulheres. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da exposição a violência física ($t(237.942) = -1.61, p = .109$) e vicariante ($t(253.171) = -1.30, p = .198$), em função do sexo. Os dados mostram que os participantes que realizaram alguma formação ou *workshop* sobre violência ou estratégias de gestão de violência estiveram significativamente mais expostos a violência física ($t(220.731) = -2.59, p = .01$) e psicológica ($t(208.419) = -2.48, p = .01$), do que aqueles que nunca obtiveram este tipo de formação. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da violência vicariante ($t(209.788) = -.53, p = .060$).

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Tabela 6

Médias e Desvios-Padrão do Sexo e Formação sobre Violência ao Nível dos Tipos de Violência

	Sexo		Formação sobre violência	
	Masculino (<i>n</i> = 123) Média (DP)	Feminino (<i>n</i> = 184) Média (DP)	Sim (<i>n</i> = 106) Média (DP)	Não (<i>n</i> = 201) Média (DP)
1. Violência Vicariante	1.02 (0.81)	0.90 (0.77)	0.98 (0.80)	0.93 (0.78)
2. Violência Psicológica	1.07 (0.71)	0.90 (0.66)	1.10 (0.69)	0.90 (0.67)
3. Violência Física	0.50 (0.58)	0.39 (0.51)	0.54 (0.52)	0.34 (0.54)

Foi ainda realizado o teste de *Kruskal-Wallis* (χ^2) para analisar as diferenças em termos de exposição à violência, em função da idade dos participantes (ver categorias na Tabela 1). Dada a existência de um só sujeito na categoria “Entre os 61 – 70 anos”, optou-se por adicioná-lo ao grupo anterior (“Entre os 51 – 60 anos”) e considerar a categoria “51 – 70 anos” na análise das diferenças. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da violência física (χ^2 (3) = 6.10, $p = .192$), da violência vicariante (χ^2 (3) = 2.95, $p = .565$), nem ao nível da violência psicológica (χ^2 (3) = 6.68, $p = .154$).

A Tabela 7 apresenta os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões da escala de violência no trabalho, a perturbação da saúde psicológica geral e a percepção de suporte social proveniente de colegas de trabalho/atividade e da chefia. Como é possível observar na referida tabela, foram observadas correlações estatisticamente significativas e positivas entre a perturbação da saúde psicológica geral e a violência psicológica ($r = .16$, $p < .01$) e física ($r = .14$, $p < .05$). Já a violência vicariante correlaciona-se marginalmente e de forma positiva ($r = .10$, $p < .10$) com esta variável. Verifica-se, ainda, correlações estatisticamente significativas e negativas entre a perturbação da saúde psicológica geral e o suporte social dos colegas ($r = -.26$, $p < .001$) e da chefia ($r = -.24$, $p < .001$).

A relação entre a intencionalidade da violência e a perturbação da saúde psicológica geral, foi analisada através do coeficiente de correlação de *Spearman*, visto que os dados relativos à intencionalidade estão numa escala ordinal. Posto isto, verificaram-se correlações positivamente significativas entres estas variáveis ($r_s = .21$, $p < .001$).

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Tabela 7

Matriz de Correlações de Pearson entre as Dimensões da Escala de Violência, a Perturbação da Saúde Psicológica Geral e o Suporte Social dos Colegas e da Chefia.

Dimensão	4	5	6
1. Violência Vicariante	.10	.10	-.05
2. Violência Psicológica	.16**	.01	-.08
3. Violência Física	.14*	.00	-.07
4. Perturbação da saúde psicológica geral	-	-.26***	-.24***
5. Suporte social (colegas)		-	-.49***
6. Suporte social (chefia)			-

Nota. $^+p < .10$. $^*p < .05$. $^{**}p < .01$. $^{***}p < .001$.

Tendo por base os resultados obtidos através do coeficiente de correlação (representadas na Tabela 7), optou-se por avançar para a análise de regressão linear múltipla, incluindo no modelo as variáveis significativamente correlacionadas com a saúde psicológica geral. Nesta análise foram detetados quatro *outliers* através da análise dos *Standardized residuals* e da *Cook's Distance*. Foram feitas as análises com e sem os *outliers* e verificou-se que a presença dos mesmos diminuía a capacidade explicativa do modelo, pelo que foram excluídos. Note-se que variável “intencionalidade da violência”, que se encontrava numa escala ordinal, foi transformada numa variável *dummy* (intencionalidade elevada = 1, intencionalidade baixa = 0), antes de se prosseguir com as análises.

Tabela 8

Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla para as Variáveis Predictoras da Perturbação de Saúde Psicológica Geral

Variável	R ² (R ² Aj)	Modelo	B	SE _B	β	t
1. Intencionalidade da violência (elevada)			2.10	0.67	0.18	3.12**
2. Violência física	.15 (.13)	F(5, 297) = 10.31***	0.01	0.13	0.01	0.10
3. Violência psicológica			0.07	0.09	0.06	0.84
4. Suporte dos colegas			-0.35	0.09	-0.23	-3.80***
5. Suporte da chefia			-0.16	0.07	-0.14	-2.25*

Nota. $N = 303$. $^*p < .05$. $^{**}p < .01$. $^{***}p \leq .001$.

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Como se pode observar na Tabela 8, o modelo de regressão linear múltipla para a predição da perturbação de saúde psicológica mostrou-se estatisticamente significativo ($F(5, 297) = 10.31, p < .001$), explicando 13% da variância, $R^2 = .15$ ($R^2_{Aj} = .13$). O suporte social dos colegas ($\beta = -0.23, p < .001$) e da chefia ($\beta = -0.14, p < .05$) predizem negativamente a perturbação da saúde psicológica geral. Isto é, quanto maior a percepção de suporte por parte dos colegas e da chefia, menor será a perturbação de saúde psicológica geral dos indivíduos. A percepção (elevada) de intencionalidade da violência também prediz de forma positiva e estatisticamente significativa a perturbação da saúde psicológica geral ($\beta = 0.18, p < .01$). A violência física ($\beta = 0.01, p = .907$) e psicológica ($\beta = 0.06, p = .180$) não predizem a perturbação da saúde psicológica geral. Em suma, de todas as variáveis, o “suporte dos colegas” é a variável com maior valor preditivo da variável dependente em estudo.

Discussão

O presente estudo teve como um dos principais objetivos contribuir para a adaptação da Escala de Agressão e Violência no Trabalho (*Agression and Violence at Work Scale*) ao contexto de emergência pré-hospitalar português. Da análise fatorial realizada à referida escala resultaram três fatores (violência física, violência psicológica e violência vicariante), que vão de encontro às dimensões da escala original (Rogers & Kelloway, 1997). Por sua vez, na escala adaptada para português por Marques e Silva (2017), com uma amostra de profissionais de enfermagem, foram encontrados quatro fatores, tendo a subescala da violência física subdividindo-se em violência física dirigida a bens ou dirigida ao próprio. No presente estudo, os itens 6 (violência contra bens), 7 (ameaça de violência contra bens) e 8 (fecharem a porta na cara), que nos estudos referidos surgiam como parte da dimensão da violência física, aqui saturam no fator “violência psicológica”. Uma razão explicativa para estes resultados pode ser o facto destas ações implicarem violência física sobre um objeto, mas serem percecionadas pelo indivíduo como uma agressão psicológica ao próprio. Ao passo que, por exemplo, o item 5 (ameaça com arma), apesar de não resultar em dano físico no indivíduo, constitui uma ameaça à integridade física do mesmo, pelo que pode ser percecionada como violência física. Note-se que na revisão de literatura efetuada não foram encontradas razões explicativas para as diferenças encontradas neste estudo. Contudo, de acordo com a UNICEF (2000), o abuso físico constitui um ato ou conjunto de atos que se podem apresentar sob a forma de, por exemplo, estalos, socos, pontapés e ameaça com um objeto ou arma. A mesma organização considera abuso psicológico, aqueles comportamentos que pretendam intimidar ou persuadir a vítima, podendo assumir, entre outras, a forma de ameaça de destruição de objetos, agressão verbal ou constante humilhação. É de salientar que “a violência física e a psicológica frequentemente se

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

sobrepõem na prática, tornando difícil qualquer tentativa de categorizar as diferentes formas de violência” (Di Martino, 2003, p. 2).

Outro dos objetivos deste estudo era a caracterização do fenómeno da violência contra os tripulantes de ambulância, bem como possíveis consequências ao nível da saúde psicológica. Mais concretamente, pretendia-se analisar a frequência e tipos de violência perpetrada por agentes externos à organização, como por exemplo, pacientes e familiares ou amigos dos pacientes. Os resultados obtidos indicaram que a violência psicológica foi aquela que ocorreu com maior frequência, por sua vez, a violência física foi aquela que foi relatada com menor frequência. Estes resultados vão ao encontro da literatura existente sobre violência no contexto de emergência pré-hospitalar (e.g., Boyle et al., 2007 e Coskun Cenk, 2019) e também estão em consonância com os dados portugueses relativos a outros profissionais da área da saúde. Por exemplo, comparando estas evidências com os dados obtidos pelo Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (2012), em contexto hospitalar português (8.1% dos profissionais relatou violência física e 54% relatou violência psicológica), é possível concluir que em ambos os contextos de trabalho (pré-hospitalar e intra-hospitalar), a exposição à violência psicológica é a mais frequente.

De modo geral, a violência no trabalho pode causar diversas consequências, quer a nível individual, quer organizacional (Schat & Kelloway, 2003). O presente estudo foca-se nas consequências deste fenómeno ao nível da saúde psicológica dos trabalhadores. Os resultados revelaram que a exposição à violência física e psicológica influenciam negativamente a saúde psicológica geral dos indivíduos. Já a violência vicariante apenas se correlaciona marginalmente com a saúde psicológica dos participantes, contrariamente ao que dizem os estudos de Schat e Kelloway (2000) e Mayhew et al., (2004). Apesar de terem sido encontradas correlações estatisticamente significativas, os resultados indicam que nenhum dos tipos de violência tinha capacidade preditiva ao nível da saúde psicológica. Estes resultados poderão ser hipoteticamente explicados tendo por base os resultados do estudo de Rogers e Kelloway (1997). De acordo com estes autores, a variável *medo* medeia o impacto da violência ao nível da saúde psicológica, isto é, se a exposição à violência não gerar medo na vítima, então este acontecimento não terá impacto a nível psicológico. Posto isto e tendo em conta os resultados do presente estudo, é possível hipotetizar que a violência não revelou capacidade preditiva ao nível da saúde psicológica geral, pelo facto desta não gerar sentimentos de medo nos profissionais. Para além das correlações anteriormente referidas, também se verificou que diferentes graus de intencionalidade da agressão terão diferentes graus de impacto nos indivíduos. Mais concretamente, percepções mais

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

elevadas de intencionalidade estão associadas a uma maior perturbação da saúde psicológica, tal como Mayhew e Chappel (2003) sugeriam.

Atendendo às características individuais, os dados do presente estudo indicam que os homens estão mais expostos à violência psicológica do que as mulheres. Tais resultados não corroboram a literatura existente acerca desta temática. Por exemplo, de acordo com Seun-Fadipe, Akinsulore e Oginni (2019) as mulheres estavam mais expostas à violência verbal/abuso psicológico, por seu lado, Deniz et al., (2016) concluíram que os homens estavam mais expostos à violência física. Ao nível da idade, contrariamente ao expectável, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os tripulantes mais jovens e os mais velhos.

Outro dos objetivos deste estudo era explorar o papel do suporte social do contexto organizacional. De acordo com a literatura, o suporte organizacional (dos colegas e da chefia), correlaciona-se positivamente com a saúde e bem-estar psicológico dos indivíduos (e.g., Shat & Kellow, 2003; Pisarski, Bohle & Callan, 2002). Os resultados do presente estudo indicam que o suporte da chefia e dos colegas, não só se correlacionam, como também são preditores de saúde psicológica nos tripulantes de ambulância.

Tendo em conta os resultados apresentados, torna-se proeminente pensar em estratégias de prevenção da violência. Neste sentido, a formação sobre gestão de violência pode ter um papel importante na sensibilização e treino dos profissionais a este nível (ILO, 2003). Neste estudo os profissionais que tinham formação neste âmbito relataram maior exposição à violência física e psicológica, o que vai de encontro aos resultados do estudo de Landau e Bendalak (2008). Tais resultados são passíveis de ser interpretados de duas formas distintas. Por um lado, pode-se considerar que a formação dota os profissionais de competências ao nível do reconhecimento deste fenómeno. Por outro lado, a exposição a estes acontecimentos podem motivar uma maior procura por formações neste âmbito. Posto isto, tendo por base dos dados recolhidos, não é possível determinar em que direção estas variáveis se relacionam.

A violência no local de trabalho é um tema ainda pouco estudado em Portugal, sendo a literatura existente sobre esta temática (em contexto português) muito escassa. Apesar de se notar uma preocupação crescente por parte da comunicação social em divulgar este fenómeno, não foram encontrados registos ou estudos que o analisassem especificamente ao nível do contexto de socorro pré-hospitalar. Contudo, os resultados obtidos foram de encontro aos estudos existentes. Em suma, os tripulantes de ambulância estão expostos a violência no decorrer na sua atividade e esta exposição pode

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

ter um impacto negativo ao nível da saúde psicológica dos mesmos. Por sua vez, o suporte social do contexto organizacional é preditor de melhores níveis de saúde psicológica geral.

Ao nível das limitações, é de salientar o facto da amostra ser essencialmente composta por voluntários e não ter sido possível analisar as diferenças entre este grupo e o grupo de assalariados. Outra limitação é ter apenas um item a avaliar a intencionalidade da violência, pelo que seria importante ter uma escala mais robusta para avaliar esta dimensão. Investigações futuras deveriam explorar as estratégias de gestão da violência utilizadas por estes profissionais, pois o suporte social, por si só, parece explicar uma percentagem muito pouco significativa do fenómeno. Ainda seria interessante alargar este estudo às diferentes instituições que operam neste contexto. Estudos futuros poderiam também contribuir para uma melhor explicação dos resultados obtidos na análise das propriedades psicométricas da Escala de Agressão e Violência no Trabalho. Para este efeito, seria interessante recorrer à análise qualitativa dos itens da escala, utilizando uma amostra com profissionais de saúde a operar em contexto hospitalar e profissionais que atuem apenas em contexto de emergência pré-hospitalar. Através deste estudo poder-se-ia comparar e perceber se existem diferentes perceções de violência em função do meio de atuação dos profissionais.

Referências

- Araújo, M. S. G. (2009). Preditores Individuais e Organizacionais de Bullying no Local de Trabalho (Tese de doutoramento). Retirado de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11041>
- Balbi, A. L. M. L. (2018). Estratégias dos profissionais de saúde na gestão da violência no trabalho (Tese de mestrado). Retirado de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/56961>
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., & Woollard, M. (2004). Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medicine Journal*, *21*(2), 235-236. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2003.005645>
- Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J., & Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency Medicine Journal*, *24*(11), 760-763. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2007.046789>
- Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P., Van Harrison, R., & Pinneau, S. R. (1975). *Job demands and worker health: Main effects and occupational differences*. Washington, D.C.: National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), U.S. Department of Health, Education and Welfare.
- Chappell D. & DiMartino V. (2006). *Violence at work* (3.ª Ed.). Geneva: International Labour Office.
- Coskun Cenk, S. (2019). An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, *19*(1), 21–25. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.09.002>
- Deniz, T., Eroğlu, O., Ülger, H., Azapoğlu, B., & Saygun, M. (2016). Effect of exposure to violence on the development of burnout syndrome in ambulance staff. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *46*(2), 296–302. <https://doi.org/10.3906/sag-1406-53>
- Di Martino, V. (2003). Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Retirado de: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf?ua=1
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities. Retirado de: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/7807118>

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

- European Agency for Safety and Health at Work (2010). Workplace violence and harassment: a European picture. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
<https://doi.org/10.2802/12198>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3.ª Ed.). London: SAGE.
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds), *Research Methods in Psychology* (3.ª Ed.) London: SAGE.
- Gates, D. M., Ross, C. S., & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 331–337.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2005.12.028>
- Goldberg, D. (1992). *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). A User's Guide to the GHQ. NFER-Nelson: Windsor.
- Grange, J. T., & Corbett, S. W. (2002). Violence against emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care*, 6(2), 186-190. <https://doi.org/10.1002/ajim.22797>
- Health and Safety Executive (2019). *Violence at work*. Retirado de:
<http://www.hse.gov.uk/statistics/causinj/violence/work-related-violence-report-2018.pdf>
- International Labour Organization [ILO] (2003). Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Genebra: International Labour Organization. Retirado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_protect/—protrav/—safework/documents/normativeinstrument/wcms_107705.pdf
- International Labour Organization/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International, ILO/ICN/WHO/PSI (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Genebra: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Retirado de:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/
- Koritsas, S., Boyle, M., & Coles, J. (2009). Factors associated with workplace violence in paramedics. *Prehospital and disaster medicine*, 24(5), 417-421.
<https://doi.org/10.1017/S1049023X0000724X>
- Landau, S. F., & Bendalak, Y. (2008). Personnel exposure to violence in hospital emergency wards: a routine activity approach. *Aggressive Behavior*, 34(1), 88–103.
<https://doi.org/10.1002/ab.20214>

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

- LeBlanc, M. M., & Kelloway, E. K. (2002). Predictors and Outcomes of Workplace Violence and Aggression. *Journal of Applied Psychology, 87*(3), 444–453. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.3.444>
- Lee, P. C. B. (2004). Social support and leaving intention among computer professionals. *Information & Management, 41*(3), 323–334. [https://doi.org/10.1016/S0378-7206\(03\)00077-6](https://doi.org/10.1016/S0378-7206(03)00077-6)
- López-García, C., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Zaragoza, L., Llor-Zaragoza, P., & Jiménez-Barbero, J. A. (2018). User Violence and Psychological Well-being in Primary Health-Care Professionals. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 10*(2), 57–63. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a>
- Mayhew, C., & Chappell, D. (2007). Workplace violence: An overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry, 30*(4), 327–339. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.006>
- Mayhew, C., & Chappell, D. (2003). The occupational violence experiences of 400 Australian health workers: an exploratory study. *The Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand, 19*(6), 3–43. Retirado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/wpv_australia.pdf?ua=1
- Marques, D., & Silva, I. S. (2017). Violência no trabalho: um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho, 4*(4), 226. <https://doi.org/10.17652/rpot/2017.4.13886>
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Redondo, R. (1999). *Questionário Geral de Saúde*. (In Portuguese: General Health Questionnaire). Braga: McIntyre, McIntyre e Redondo.
- Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde (2012). Relatório 2011. Retirado de: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/816BABAEB46-4C0E-B2E2-0AA36566AE25/0/RelatorioVPS_DGS.pdf
- Pisarski, A., Bohle, P., & Callan, V. J. (2002). Extended shifts in ambulance work: influences on health. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 18*(3), 119-126. <https://doi.org/10.1002/smi.935>
- Rogers, K., & Kelloway, K. (1997). Violence at work: Personal and organizational outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology, 2*(1), 63-71. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.2.1.63>
- Schat, A. C. H., & Kelloway, E. K. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(3), 386-402. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.5.3.386>

VIOÊNCIA NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

- Seun-Fadipe, C. T., Akinsulore, A. A., & Oginni, O. A. (2019). Workplace violence and risk for psychiatric morbidity among health workers in a tertiary health care setting in Nigeria: Prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, *272*, 730–736.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.177>
- Silva, I. M. S. (2008). Adaptação ao trabalho por turnos (Tese de doutoramento). Retirado de:
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7723>
- United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2000). *Domestic violence against women and girls*. Florence, Innocenty Research Center, Innocenti Digest, No.6. Retirado de:
<https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6e.pdf>
- 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*(11), 14429–14444.
<https://doi.org/10.3390/ijerph121114429>