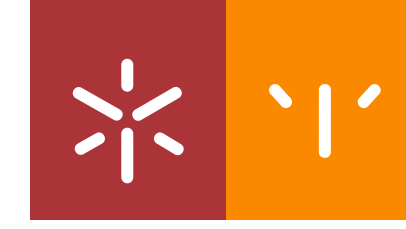


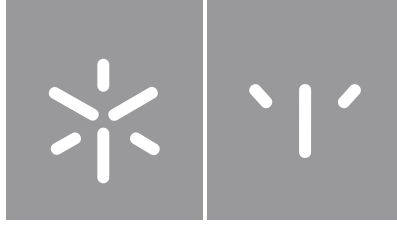
**Contributos para o Desenvolvimento de
uma Medida: Estratégias de Gestão de
Violência no Trabalho, em Profissionais de
Enfermagem**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Mafalda de Sá Ribeiro Parente

**Contributos para o Desenvolvimento de
uma Medida: Estratégias de Gestão de
Violência no Trabalho, em Profissionais de
Enfermagem**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Mafalda de Sá Ribeiro Parente

**Contributos para o Desenvolvimento de
uma Medida: Estratégias de Gestão de
Violência no Trabalho, em Profissionais de
Enfermagem**

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.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

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

Universidade do Minho, 28/05/2020

Assinatura: *Mafalda Ribeiro Parente*
(Mafalda Ribeiro Parente)

Agradecimentos

Quero agradecer à Professora Doutora Isabel Silva, pela orientação, disponibilidade, dedicação, e rigor científico exigido no desenvolvimento da presente Dissertação.

Ao Grupo de Investigação, pelo suporte. Em especial à Cláudia, pelo seu apoio incansável. Por ter sido o meu ombro direito, fiel companheira, sempre disponível, cheia de vida. Ao Eduardo, por me ter ajudado sempre que necessitei.

Agradecer a todos os Enfermeiros participantes, em particular ao Enfermeiro Carlos Torres, Maria Filomena Vieira, Cláudia, Andreia Barbosa e Margarida Torres, pelo contributo, disponibilidade e interesse demonstrado pela presente investigação. Às entidades sindicais e à ACES Douro Sul, pela disponibilidade na divulgação do questionário.

Aos meus pais, e à minha irmã, pelo apoio ao longo deste percurso. Por me transmitirem que tudo aquilo em que me envolvo deve ser fruto de perseverança e compromisso – sendo este trabalho sobretudo deles. Quando voei para os palcos da vida, eles estavam lá, discretos, mas eufóricos pela minha felicidade. Quando caí do ninho, nos momentos maus, fitava-os, de peito feito, dentes a ranger, e braços abertos para me abraçar.

Às minhas amigas, desta Aventura tão efémera. À Nini, pelas conversas profundas de varanda, em que não havia tempo, pela incondicionalidade da sua existência, pela honestidade e humildade com que se move pelas curvas da vida. À Catarina, pelas viagens para tanto lado, e às vezes para lado nenhum. Por termos crescido, de formas diferentes, mas igualmente bonitas.

À Kiki, por ser outra metade de mim, tão longe, quanto perto. Por me fazer acreditar que todos os dias são dias de sol, mesmo que chova. Pela amizade simbiótica, e por me ter feito (re)descobrir partes de mim, até então adormecidas. Ao Pedro, pelas danças, pelas pinturas, pela Liberdade e Intensidade de sermos nós próprios. À Inês, pelos encontros e (des)encontros. À Romi e à Kate, pela amizade de 20 anos, e por serem um “voltar a casa”.

À Cris, pelo suporte na vida, e na investigação.

Ao Rui, por trazer com ele a balança que equilibra as minhas emoções intensas. Por fazer parte da minha vida, e acreditar no melhor de mim.

A todas as pessoas que passaram pela minha vida – em particular, às pessoas da minha equipa de Voleibol federado, e da AIESEC UMinho – por motivos de felicidade ou infelicidade, terem contribuído para a pessoa que sou hoje.

A todos, muito obrigada.

Fui, e sou feliz.

Despacho RT - 31 /2019
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.

Universidade do Minho, 28/05/2020

Assinatura: Mafalda Ribeiro Parente

(Mafalda Ribeiro Parente)

Contributos para o Desenvolvimento de uma Medida – Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho, em Profissionais de Enfermagem

Resumo

O estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de uma medida que avalie as estratégias de gestão de violência, utilizadas pelos(as) profissionais de enfermagem, quando expostos a incidentes de violência no trabalho, perpetrados por utentes. O desenvolvimento do instrumento baseou-se na literatura, em particular no enquadramento oferecido pelo modelo Haddon Matrix, no trabalho desenvolvido por Balbi (2018) e em entrevistas a 5 enfermeiros. Os dados foram recolhidos através de um questionário *online*. Participaram 310 profissionais de enfermagem, 81,7% do sexo feminino. Os dados foram sujeitos à análise fatorial exploratória, com rotação *Varimax*. Globalmente, os resultados apontaram para uma estrutura composta por três fatores - *Estratégias Relacionais de Gestão de Violência* ($\alpha = .876$), *Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência* ($\alpha = .841$), *Estratégias Organizacionais de Gestão de Violência* ($\alpha = .401$) – ainda que a última não cumpra critérios de fidelidade considerados aceitáveis. Neste estudo, a violência psicológica e vicariante predizem o uso de estratégias relacionais, enquanto a violência psicológica prediz o uso de estratégias psicossociais.

Palavras-chave: Desenvolvimento de uma medida; Estratégias de gestão de violência no trabalho; Profissionais de enfermagem.

Contributions to the Development of a Measure – Violence Management Strategies, in
Nursing Professionals

Abstract

The study aims to contribute to the development of a measure that assesses the violence management strategies used by nursing professionals, when exposed to incidents of violence at work, perpetrated by patients. The construction of the instrument was based on literature, in particular within the theoretical framework of Haddon Matrix model, in the work developed by Balbi (2018) and on interviews with 5 nursing professionals. The data were collected through an online questionnaire. 310 nursing professionals participated, and 81.7% were female. The data were submitted to an exploratory analysis, with Varimax rotation. Overall, the results pointed to a three-factor structure - *Relational Violence Management Strategies* ($\alpha = 0.876$), *Psychosocial Violence Management Strategies* ($\alpha = 0.841$), *Organizational Violence Management Strategies* ($\alpha = 0.401$) –, although the last factor doesn't meet acceptable reliability criteria. In this study, psychological and vicarious violence predict the use of Relational strategies, while psychological violence predict the use of Psychosocial strategies.

Keywords: Development of a measure; Management strategies for violence at work; Nursing professionals.

Índice de Conteúdos

| | |
|--|----|
| Introdução | 8 |
| Violência no Setor da Saúde: Profissionais de Enfermagem | 8 |
| Fatores de Risco Associados à Violência no Trabalho - o Caso dos Enfermeiros | 9 |
| Estratégias de Gestão de Violência Utilizadas pelos Profissionais de Enfermagem | 9 |
| Objetivo da Investigação | 15 |
| Método | 15 |
| Amostra..... | 15 |
| Instrumentos | 16 |
| Procedimentos | 18 |
| Procedimentos de Recolha de Dados | 18 |
| Procedimentos de Análise de Dados | 19 |
| Resultados | 20 |
| Discussão | 29 |
| Limitações e Estudos Futuros | 31 |
| Implicações para a Prática | 31 |
| Referências | 32 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Estratégias de Gestão de Violência em Profissionais de Enfermagem | 11 |
| Tabela 2- Resultados de Análise Fatorial Exploratória forçada a 3 fatores | 21 |
| Tabela 3- Estatística Descritiva, Matriz de Correlações entre as Dimensões da Escala de Estratégias de Gestão de Violência e <i>Alpha de Cronbach</i> de cada Dimensão (apresentados na diagonal) | 23 |
| Tabela 4- Frequência de Uso de Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho | 24 |
| Tabela 5- Coeficiente de Correlação entre as <i>Estratégias de Gestão de Violência Relacionais</i> (ER), as <i>Estratégias de Gestão de Violência Psicossociais</i> (EP), e as Dimensões da Escala de Percepção de Violência | 27 |
| Tabela 6- Análise de Regressão Linear Múltipla para Predizer o Uso de <i>Estratégias de Gestão de Violência (Relacionais e Psicossociais)</i> , a partir das Dimensões da Violência no Trabalho | 28 |

Contributos para o Desenvolvimento de uma Medida: Estratégias de Gestão de Violência, em
Profissionais de Enfermagem

Na Europa (Eurofound, 2013), e além contexto europeu (Chappel & Di Martino, 2006; Lawoko, Soares & Nolan, 2004; Shea, Sheehan, Donohue, Cooper & De Cieri, 2016), vários investigadores têm levantado preocupações relativas à violência no local de trabalho. Segundo a *International Labour Organization* (2002, p.4) a violência no trabalho define-se como “qualquer ação, incidente ou comportamento que se afasta da conduta aceitável em que uma pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada ou ferida no decurso, ou como resultado direto, do seu trabalho”.

A violência pode assumir diferentes formas (e.g., violência física, psicológica, verbal, sexual, racial) (Chappel & Di Martino, 2006). A violência psicológica, relatada com maior frequência, diz respeito à intimidação, ao *bullying*, ao assédio sexual, à coerção, e ao abuso verbal, enquanto a física implica repercussões a nível físico (Eurofound, 2013).

Com consequências a nível individual, organizacional e societal (Chappel & Di Martino, 2006; Schat & Kelloway, 2003), a violência no trabalho assume-se como um dos fatores de risco psicossociais que afetam a saúde, o bem-estar, e a segurança dos indivíduos (Eurofound, 2013; Eurofound, 2015; Lancôt & Guay, 2014). Por outro lado, também têm sido identificados custos diretos (e.g., doença, absentismo e *turnover*) e indiretos associados à violência ocupacional (e.g., insatisfação laboral, diminuição do compromisso organizacional e da produtividade) (Chappel & Di Martino, 2006; Merecz, Rymaszewska, Moscicka, Kiejna & Jarosz-Nowak, 2006).

Violência no Setor da Saúde: Profissionais de Enfermagem

Vários estudos (Al-Ali, Al Faouri & Al-Niarat, 2016; Anderson, 2002; Lawoko et al. 2004; Magnavita, 2014; Merecz et al., 2006; Rippon, 2000; Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull, 2010; Rodwell, Demir & Flower, 2013; Saverimuttu & Lowe, 2000; Spector, Zhou & Che, 2014; Taylor & Rew, 2010) têm apontado para a seriedade da problemática, como sendo um problema *major* dos(as) profissionais de enfermagem.

No contexto nacional, em 2007, a Direção-Geral da Saúde, criou um sistema de notificação *online* de incidentes de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, de cariz voluntário e anónimo. Mesmo não sendo possível extrapolar estes dados para a realidade nacional, o número de notificações tem vindo a aumentar, no decorrer dos anos. Em 2015, foram notificados 582 episódios violentos, dos quais 249 foram reportados por enfermeiros(as), 145 por médicos(as), 72 por assistentes operacionais e 36 por assistentes técnicos, enquanto em 2011,

ocorreram 154 notificações de violência, e em 2007, apenas 35 (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Os dados relativos aos 12 meses anteriores ao estudo de Shea et al. (2016), realizado na Austrália, indicaram que a fonte dominante de violência provinha dos utentes (79%), seguida dos seus visitantes/familiares (26%). Os profissionais que exercem funções em departamentos de emergência médica, unidades psiquiátricas ou domicílios, parecem estar particularmente vulneráveis à violência (Lawoko et al., 2004; Merecz et al., 2006; Dressner & Kissinger, 2018; Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull, 2010; Taylor & Rew, 2010).

Fatores de Risco Associados à Violência no Trabalho - o Caso dos Enfermeiros

A violência ocupacional é um fenómeno multifatorial (Direção-Geral da Saúde, 2015), que parece estar associado a fatores de risco: (1) ambientais - condições físicas do local onde as funções são desempenhadas; (2) ocupacionais - riscos inerentes à especificidade da profissão; e (3) interpessoais - características da vítima e do agressor (Anderson, 2002). Nos *fatores ambientais*, identifica-se a falta de controlo das movimentações dos utentes e os atrasos nos serviços (Taylor & Rew, 2010). Relativamente aos *fatores ocupacionais* pode enumerar-se o contacto direto com os utentes (Chappel & Di Martino, 2006; Eurofound, 2013) as responsabilidades ao nível do cuidado físico e emocional (Anderson, 2002), o trabalho por turnos, à noite, e/ou durante a manhã (Anderson, 2002; Eurofound, 2013; ILO, 2003), um insuficiente número de profissionais nos sistemas de saúde (Chang et al., 2012; Cooper & Swanson, 2002; Taylor & Rew, 2010), a deslocação a domicílios para a prestação de cuidados (Barling, Rogers & Kelloway, 2001; ILO, 2003), a atitude de aceitação de que a violência faz parte do trabalho (Rippon, 2000; Roche et al., 2010), a sobrecarga e pressão laboral (Magnavita, 2014; Rodwell, Demir & Flower, 2013) e a falta de suporte social (Cooper & Swanson, 2002; Magnavita, 2014). Por fim, os *fatores interpessoais* parecem apontar para o contacto com indivíduos sob influência de álcool, medicação e drogas ilegais (Anderson, 2002; Chappel & Di Martino, 2006; Cooper & Swanson, 2002;) com diagnóstico de perturbação mental (Anderson, 2002; Chappel & Di Martino, 2006; Cooper & Swanson, 2002) e posse de armas (Taylor & Rew, 2010). Os profissionais do sexo feminino (Cooper & Swanson, 2002; Chappel & Di Martino, 2006; Direção-Geral da Saúde, 2015; Eurofound, 2014; Lawoko et al. 2004), têm maior risco de serem vítimas. Também os mais novos (<30 anos) aparentam estar mais sujeitos à violência, pelo menor tempo de experiência profissional, resultando na incapacidade de identificar e prevenir potenciais situações abusivas (Chappel & Di Martino, 2006; Lawoko et al., 2004; Eurofound, 2014).

Estratégias de Gestão de Violência Utilizadas pelos Profissionais de Enfermagem

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

As estratégias de gestão de violência caracterizam-se por serem medidas de controle, que previnem e reduzem os efeitos negativos da violência, atuando como estratégias de *coping* (ILO, 2003).

O Haddon Matrix, elaborado por Haddon (1974), fornece um modelo conceitual que permite identificar as estratégias que poderão prevenir e/ou diminuir as ocorrências de violência e as suas consequências (Gates et al., 2011; McPhaul et al., 2014). Utilizado, mais recentemente, na investigação no âmbito da violência ocupacional (Runyan, Zakocs & Zwerling, 2001), o modelo considera como variáveis, as estratégias utilizadas pelo profissional de saúde (*host*), os fatores subjacentes ao perpetrador (*agent*), e as estratégias ambientais, sociais e físicas (Gates et al., 2011). Proceder-se-á à adaptação dos conceitos *host* e *agent*, para “*estratégias de gestão individual do(a) profissional de enfermagem*” e “*estratégias de gestão: relação entre utente e profissional de enfermagem*”, respetivamente.

O modelo categoriza ainda as estratégias suscetíveis de serem aplicadas, em função da fase em que ocorre a violência: (1) estratégias pré-evento, com o intuito de prevenir as ocorrências; (2) estratégias de gestão empregadas aquando o evento; e (3) estratégias utilizadas após o evento, mitigando os efeitos negativos que possam advir (McPhaul et al., 2014; Runyan, Zakocs & Zwerling, 2001).

O clima de prevenção da violência pressupõe estratégias desenvolvidas pela administração e estratégias proativas pelos profissionais (Zhao et al., 2018). Neste contexto, e tanto quanto é do nosso conhecimento, salienta-se a falta de um instrumento que avalie as estratégias de gestão de violência utilizadas pelos(as) profissionais. Não obstante tal falta de operacionalização, apresenta-se na Tabela 1 as estratégias de gestão de violência identificadas na literatura pelos profissionais de enfermagem, organizadas em função do modelo Haddon Matrix.

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Tabela 1

Estratégias de Gestão de Violência em Profissionais de Enfermagem

| Fases | Estratégias de Gestão Individual do(a) profissional | Estratégias de Gestão: relação entre utente e profissional | Estratégias de Gestão Organizacional: físicas e sociais |
|-------------------|--|--|---|
| Pré-Evento | Formação/treino (Al-Ali, Al Faouri & Al-Niarat, 2016; Cooper & Swanson, 2002; ILO/ICN/WHO/PSI, 2002; Ferrinho et al., 2003; Morken et al., 2015; Schat & Kelloway, 2003) | Procurar explicar quais os procedimentos de enfermagem (Morken et al., 2015) Estar alerta a possíveis fatores desencadeadores de violência, antes de atender um utente (e.g., elevado tempo de espera) (Gates et al., 2011; Morken et al., 2015; Runyan et al., 2000) | Implementação de políticas que minimizem o risco de trabalhar sozinho (McPhaul et al., 2008; Morken et al., 2015): (a) Pedir ajuda a um colega quando se sente em risco (b) Pedir a um colega que o acompanhe (c) Pedir a um colega que o substitua (d) Pedir ao superior hierárquico que o substitua (e) Pedir ajuda ao superior hierárquico, quando se sente em risco Indicações providenciados pela Direção da Instituição sobre como responder à violência (Chappel & Di Martino, 2006; Schat & Kelloway, 2003) |

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

- Evento** Formação/treino (Al-Ali, Al Faouri & Al-Niarat, 2016; Morken et al., 2015; Ferrinho et al., 2003; Schat & Kelloway, 2003)
- Intervenção em crise não violenta (Gates et al, 201), utilizando técnicas psicossociais (Davinson, 2005; Ferrinho et al., 2003; Morken et al., 2005), como por exemplo:
- (a) estabelecer contacto visual com o utente com o objetivo de diminuir o comportamento violento
 - (b) utilizar um tom de voz calmo para tranquilizar o utente
 - (c) fazer uso de uma linguagem clara de forma a diminuir o comportamento violento
 - (d) evitar tocar no utente
- Redirecionar o utente para um local mais calmo, quando este apresenta comportamentos violentos (Davinson, 2005; Gates et al., 2011)
- Implementação de um sistema de alarme (Ferrinho et al., 2003; McPhaul et al., 2008; Morken et al., 2015)
- Plano de segurança e forças policiais (Gates et al., 2011; Marques & Silva, 2017)

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Pós Discussão dos episódios de violência
evento (Gates et al., 2011)

Reporte de ocorrências de violência ao superior hierárquico
(Chappel & Di Martino, 2006; Ferrinho et al., 2003)

Oferta de algum tipo de apoio (e.g., apoio emocional, apoio psicológico, discussão dos episódios de violência) por parte do superior hierárquico após uma situação violenta (Chappel & Di Martino, 2006; Ferrinho et al., 2003; Gates et al., 2011)

Apoio jurídico da Instituição depois de uma ocorrência de violência (Marques & Silva, 2017; Ferrinho et al., 2003)

Recurso às forças de segurança após uma situação violenta (Ferrinho et al., 2003; Gates et al., 2011)

Reporte das ocorrências de violência à respectiva Ordem Profissional e/ou Sindicatos (Ferrinho et al., 2003)

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Nas *estratégias pré-evento*, a formação e/ou o treino (Al-Ali, Al Faouri & Al-Niarat, 2016; Cooper & Swanson, 2002; ILO/ICN/WHO/PSI, 2002; Morken, Johansen & Alsaker, 2015; Ferrinho et al., 2003; Schat & Kelloway, 2003), permitem identificar precocemente sinais de comportamentos violentos (e.g., paciente que demonstra alterações da postura corporal) e desenvolver estilos de *coping* adaptativos por parte do profissional (Al-Ali, Al Faouri & Al-Niarat, 2016; ILO/ICN/WHO/PSI, 2002). É importante que o profissional clarifique o utente acerca dos procedimentos de enfermagem a que vai recorrer. Segundo o estudo de Morken et al. (2015), considerando os resultados do *focus group*, com uma amostra de 37 enfermeiros(as) e médicos(as), a estratégia supracitada resolve a potencial incompatibilidade entre as expectativas do utente e o serviço oferecido. Atente-se também aos fatores desencadeadores de violência, uma vez que o utente pode ficar sujeito a um longo período de espera, o que pode gerar frustração, despoletando incidentes de violência (Gates et al., 2011; ILO, 2002; Morken et al., 2015; Runyan et al., 2000). Uma vez que a escalada dos conflitos tende a ser prevenida pela presença de outrém, devem considerar-se estratégias que privilegiem políticas que diminuam o trabalhar sozinho (Morken et al., 2015). Por último, segundo o estudo de Schat e Kelloway (2003), um dos fatores moderadores da violência é o suporte informacional e de recursos, providenciado pela instituição, que possibilita neutralizar a tensão e a frustração dos(as) profissionais (Chappel & Di Martino, 2006), permitindo-lhes responder à violência.

Ao nível das *estratégias-evento*, a formação assegura que os(as) profissionais possuem competências de linguagem verbal e não-verbal, que previnem a escalada da violência (Morken et al., 2015). Segundo o estudo de Gates et al. (2011), deve recorrer-se à intervenção em crise não violenta, envolvendo o utente num processo de gestão da raiva e frustração, utilizando métodos não violentos e/ou não coercivos – técnicas psicossociais (Davinson, 2005). Estas implicam o contacto visual com o utente, um tom de voz calmo, a linguagem clara, e o evitamento do toque, podendo este ser interpretado como provocador ao invés de tranquilizador (Davinson, 2005; Ferrinho et al., 2003; Morken et al., 2015). Redirecionar o perpetrador para um local mais calmo, isolando-o dos outros, quando este apresenta comportamentos violentos (Davinson, 2005, Gates et al., 2011), a existência de um sistema de alarme, especialmente quando se trabalha sozinho (Ferrinho et al., 2003; McPhaul et al., 2006; Morken et al., 2015), e a implementação de um plano de segurança e forças policiais (Gates et al., 2011; Marques & Silva, 2017) são também suscetíveis de serem utilizadas.

No que toca às *estratégias pós-evento*, pressupondo que a chefia deve fornecer apoio

imediate e contínuo aos profissionais vitimizados, identifica-se o sistema de reporte de ocorrências, que facilita os acompanhamentos dos casos, e a reflexão sobre a cultura do local de trabalho (Chappel & Di Martino, 2006; Ferrinho et al., 2003). O acompanhamento por parte da administração da instituição pode surgir sob a forma de apoio médico, emocional, psicológico e jurídico (Al-Ali, Al Faouri & Al-Niarat, 2016; Marques & Silva, 2017). Identifica-se também, o plano de forças de segurança, (Chappel & Di Martino, 2006; Gates et al., 2011) e o reporte de ocorrências à Ordem e/ou aos Sindicatos (Chappel & Di Martino, 2006; Ferrinho et al., 2003), de modo a que desenvolvam procedimentos e políticas desenhadas para a gestão da violência (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002).

Em Portugal, a violência no setor da enfermagem tem sido objeto de estudo (e.g., Balbi, 2018; Direção-Geral da Saúde, 2015; Ferrinho et al., 2003; Marques & Silva, 2017). No entanto, e tanto quanto é do nosso conhecimento, não existe disponível na literatura um instrumento que permita avaliar as estratégias de gestão usadas pelos(as) profissionais de enfermagem. Tal possibilitaria a sua aplicação na intervenção, enquanto ferramenta de diagnóstico, contribuindo para a mitigação do impacto da violência.

Objetivo da Investigação

O presente estudo tem como objetivo principal contribuir para o desenvolvimento de uma medida que permita avaliar as estratégias de gestão de violência utilizadas pelos(as) profissionais de enfermagem. Adicionalmente, fizeram-se análises complementares, para caracterizar a frequência do uso das estratégias de violência por parte destes profissionais, bem como da sua relação com o tipo de violência.

Metodologia

Amostra

A amostra integra 310 profissionais de enfermagem, dos quais 81.7% são do sexo feminino ($n=253$). Os profissionais têm idades compreendidas entre os 18 e 70 anos, situando-se a média etária nos 36.75 anos ($DP=10.847$). Relativamente ao estado civil, 3.5% dos participantes são divorciados, 42.8% são solteiros, e 53.7% estão casados. A maioria dos profissionais possui o grau de licenciado (57.7%), 20% possui pós-licenciatura de especialização, 19.7% grau de mestrado, e 2.6% nível de doutoramento. Verifica-se uma grande distribuição ao nível dos serviços onde estes profissionais trabalham, sendo os mais frequentes os cuidados primários (16.4%), o serviço de cirurgia (11.3%), os cuidados continuados (8.4%), e o serviço de urgência (7.7%).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Profissional

Este questionário tinha o objetivo de caracterizar a amostra, através da recolha de informações sociodemográfica (e.g, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias) e da situação profissional, neste caso, acerca do serviço onde trabalhava.

Escala de Agressão e Violência no Trabalho

A segunda parte do protocolo de investigação era composta pela 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 permite avaliar a frequência com que os profissionais, neste caso de enfermagem, se deparam com episódios agressivos ou violentos, provenientes de uma fonte externa (e.g., utentes, familiares de utentes), no último ano, mediante uma escala *Likert*, em que: 0 (Nunca), 1 (Uma vez), 2 (Duas ou três vezes) e 3 (Quatro ou mais vezes). É constituída por 16 itens e quanto maior for a pontuação em cada item, maior a frequência de perceção de exposição a acontecimentos violentos no local de trabalho.

Considerando a versão adaptada para o contexto português com profissionais de enfermagem (Marques & Silva, 2017), identificam-se quatro fatores: (1) violência física dirigida ao profissional; (2) violência física dirigida a bens; (3) violência psicológica e (4) violência vicariante. A subescala *violência física dirigida ao profissional* ($\alpha = .81$), é constituída por itens que pressupõem dano para o próprio profissional (e.g., “Alguma vez foi esbofeteado, pontapeado, amarrado ou empurrado por alguém enquanto estava a trabalhar?”). Na subescala *violência física dirigida a bens* ($\alpha = .68$), os itens relacionam-se com a ameaça aos bens pessoais da vítima (e.g., “Os seus bens pessoais ou de trabalho já foram danificados por alguém no seu trabalho?”) ou com a violência com recurso a objetos (e.g., “Já foi ameaçado com uma arma enquanto estava a trabalhar?”). A subescala *violência psicológica* ($\alpha = .77$), avalia a frequência de comportamentos de violência psicológica (e.g., “Já lhe gritaram ou berraram enquanto estava a trabalhar?”). A subescala de *violência vicariante* ($\alpha = .79$), avalia a perceção direta ou indireta de atos violentos (e.g., “Alguma vez viu algum dos seus colegas de trabalho/chefes experienciar acontecimentos violentos no trabalho?”).

Questionário de Estratégias de Gestão de Violência

A presente investigação surge no seguimento do estudo de Balbi (2018), realizado sob supervisão da orientadora do presente estudo, e onde a autora iniciou o trabalho de desenvolvimento de uma medida de estratégias de gestão de violência no trabalho, igualmente

com profissionais de enfermagem. No entanto, a estrutura fatorial resultante desse trabalho foi pouco satisfatória, do ponto de vista estatístico e conceitual. Assim, e tendo também em conta o trabalho realizado anteriormente, a presente investigação pretende contribuir para o desenvolvimento de uma medida que avalie as estratégias de gestão de violência, utilizadas pelos profissionais de enfermagem.

Segundo Almeida & Freire (1997, p.114), qualquer instrumento de avaliação, pode definir-se como “um conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizados e cobrindo um certo domínio a avaliar”. De um modo geral, o processo de construção do instrumento seguiu as etapas metodológicas propostas por Almeida & Freire (1997), iniciando-se pela recolha de um conjunto de itens, pela sua formulação, análise, seleção, e organização dos itens na prova.

Assim, no que toca à recolha do conjunto de itens, teve-se como ponto de partida investigação disponível na literatura sobre a temática (Al-Ali, Al Faouri & Al-Niarat, 2016; Balbi, 2018; Chappel & Di Martino, 2006; Cooper & Swanson, 2002; Davinson, 2005; Ferrinho et al., 2003; Gates et al., 2011; ILO/ICN/WO/PSI, 2002; Marques & Silva, 2017; McPhaul et al., 2008; Morken et al., 2015; Runyan et al., 2000; Schat & Kelloway, 2003), referidos na Tabela 1. Esta recolha resultou na formulação de 27 itens, respeitantes a estratégias de gestão de violência, suscetíveis de serem utilizadas pelos(as) profissionais de enfermagem, que incluíam o recurso a possíveis fontes de apoio (e.g., colegas, superiores hierárquicos, Direção da instituição, Ordem dos Enfermeiros). Os itens pretendiam captar estratégias subordinadas a três categoriais, partindo do referencial teórico do modelo Haddon Matrix - *estratégias pré-evento* (e.g., “Procurou explicar quais seriam os procedimentos de enfermagem?”), *estratégias evento* (e.g., “Fez uso de uma linguagem clara de forma a diminuir comportamentos violentos”) e *estratégias pós-evento* (“e.g., “Reportou à Ordem dos Enfermeiros ocorrências de violência?”).

Os itens formulados foram aperfeiçoados, através de entrevistas, com cinco profissionais de enfermagem, com o objetivo de perceber se as estratégias referidas na literatura eram concordantes com a sua vivência. Assim, abordaram-se questões de clareza linguística, ou seja, de inteligibilidade do próprio item (e.g., “*Como apreciaria o item “Pedi ajuda ao seu superior hierárquico quando se sentiu em risco?” quanto à sua clareza?*”), e de relevância dos itens para a temática (e.g., “*Como apreciaria o item “Pedi ajuda ao seu superior hierárquico quando se sentiu em risco?” quanto à sua relevância?*”), através de uma escala de *Likert*, em que (1) nada claro/relevante; (2) não tão claro/não tão relevante; (3) relativamente claro/relevante; (4) muito claro/relevante; e (5) extremamente claro/relevante. Os(as) profissionais também sugeriram

pontos de melhoria aos itens (e.g., ao invés de utilizar a terminologia “Direção da Organização”, todos os profissionais sugeriram que se optasse por “Direção da Instituição”), tendo-lhes sido solicitado a indicação de itens/temas que não estavam contemplados no questionário, e que julgassem relevantes no âmbito da medida em desenvolvimento. Na sequência das sugestões dadas, introduziu-se o item *“Reportou à Ordem dos Enfermeiros as ocorrências de violências?”* proposto por dois profissionais, aspeto também presente na literatura (Ferrinho et al., 2003).

Os resultados das entrevistas foram apresentados, analisados, discutidos e revistos no Grupo de Investigação, coordenado pela supervisora do presente estudo. Da lista inicial, resultaram 20 itens, tendo sete sido eliminados por questões de inadequação ao contexto e/ou a fim de evitar redundâncias ao nível do conteúdo, com base nas entrevistas realizadas aos profissionais (e.g., eliminou-se o item *“Procurou informações sobre o histórico antes de ficar a sós com o paciente/cliente?”* -, por ser considerado por três profissionais como “nada relevante” devido às dificuldades subjacentes à obtenção do histórico do utente; eliminou-se o item *“Procurou explicar exatamente os possíveis efeitos secundários dos medicamentos?”*-, por ser considerado “nada relevante” por três profissionais, dado o facto de os(as) enfermeiros(as) não serem responsáveis pela prescrição medicamentosa).

Procurou-se que a medida fosse o mais curta possível, de fácil administração, tentando obter uma combinação aceitável entre a “qualidade” (e.g., rigor e abrangência) e o tamanho final do questionário, de modo a não se comprometer a adesão ao mesmo aquando a sua aplicação. Os itens foram respondidos numa escala de *Likert* em que: (1) nunca; (2) raramente; (3) algumas vezes; (4) frequentemente; e (5) sempre, considerando a frequência com que habitualmente geriram ocorrências de violência, com recurso às estratégias apresentadas.

Procedimento

Procedimento de Recolha de Dados

O primeiro passo consistiu na submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho, tendo este obtido parecer favorável (CEICSH 078/2019).

No âmbito do desenvolvimento do questionário, foram contactados cinco profissionais de enfermagem, seleccionados por conveniência, através das redes de contacto do Grupo de Investigação. Procurou-se seleccionar especialistas de domínio - entre os quais um profissional professor universitário - com elevado tempo de experiência profissional, sendo que apenas um enfermeiro(a) tinha menos de 20 anos de experiência. Com cerca de 45 minutos de duração, as

entrevistas realizaram-se entre outubro e novembro de 2019 e, quando possível, no local de trabalho dos respetivos profissionais. Aquando da impossibilidade da sua realização na instituição de trabalho, foram encetados esforços para reservar um espaço alternativo (e.g., salas da UMinho). Em qualquer dos casos, cuidou-se de obter um espaço o mais calmo possível. No início das entrevistas, explicitaram-se os objetivos do estudo, a sua pertinência e respetivos procedimentos de recolha de informação. Apresentou-se o consentimento informado, e realizou-se a gravação áudio, mediante a autorização dos participantes. As questões de confidencialidade e anonimato foram asseguradas.

Uma vez estabilizada a lista de estratégias de gestão de violência, aplicou-se o protocolo de investigação a três profissionais de enfermagem (pré-teste), não tendo sido levantada qualquer questão relacionada com a compreensão dos itens.

Tendo em vista a disseminação do questionário, optou-se pela criação de uma versão *online* do questionário, em formato *Google Forms*, de forma a maximizar a dimensão da amostra. Procurou-se obter uma amostra de dez participantes por cada item, como recomendado na literatura (e.g., Byrne, 2016), quando se pretende analisar as propriedades psicométricas de uma medida. Contactaram-se, via *email*, três instituições hospitalares, com a finalidade de divulgarem o questionário *online* com os(as) enfermeiros(as) das respetivas instituições, explicando os objetivos, a pertinência do estudo e os procedimentos de recolha de dados. Como apenas uma instituição hospitalar aceitou colaborar, contactaram-se também entidades sindicais. Cinco entidades sindicais aceitaram colaborar, partilhando o questionário nos respetivos *sites* e/ou via *email* com as respetivas bases internas. O *link* do questionário foi também divulgado nas redes sociais, através de um grupo do *Facebook* exclusivo para enfermeiros(as).

O questionário esteve disponível desde o início de janeiro até ao fim do mês de fevereiro. Antes de os participantes avançarem para o preenchimento *online*, foram informados acerca dos objetivos do estudo e do carácter voluntário da sua participação. A confidencialidade e anonimato dos dados foram assegurados. Os participantes só conseguiam avançar para o preenchimento do questionário após a aceitação dos termos e das condições referidas no consentimento informado, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização. Em média, a resposta ao protocolo de investigação demorou 8 minutos.

Procedimento de Análise de Dados

As análises realizaram-se com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM® SPSS®, versão 26.0). Dado tratar-se de uma escala em desenvolvimento, optou-se por

submeter os dados recolhidos a uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), a qual, como refere Field (2009), permite obter uma apreciação global do comportamento dos itens no conjunto das subescalas. Com efeito, como refere Byrne (2016), a estratégia de Análise Fatorial Confirmatória (AFC), representa um mau uso desta análise estatística, quando se trata de uma escala em fase inicial de desenvolvimento. No âmbito da AFE, utilizou-se o método das componentes principais com rotação *Varimax*, com o objetivo de estruturar os itens da escala em fatores ou dimensões emergentes (Hair et al., 2005), e estimou-se a consistência interna, através do cálculo do *Alpha de Cronbach*. Complementarmente, foram feitas análises com as subescalas obtidas, nomeadamente análises descritivas e de regressão. O nível de significância considerado foi de $p < .05$.

Resultados

Propriedades Psicométricas da Escala de Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho

Inicialmente, a análise fatorial exploratória (AFE) foi conduzida com a totalidade dos itens (ou seja, 20) em componentes principais, com rotação *varimax*, e critério de normalização de *Kaiser* ($Eigenvalue \geq 1$). A medida de adequação da amostra, KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy*), indicou o valor .837, superior ao limite aceitável de 0.5 (Field, 2009). O teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2(190) = 2802,891$, $p < .001$, mostrou que a correlação entre os itens era suficientemente forte, possibilitando a continuidade das análises.

Os resultados indicaram uma solução composta por cinco fatores, explicando 63.850% da variância total. A variância explicada por fator, bem como a distribuição dos itens pelos mesmos foi a seguinte: primeiro fator (30.625%, itens 1, 2, 3, 6 e 12), segundo fator (12.026%, itens 15, 16, 17, 19 e 20), terceiro fator (8.056 %, itens 9, 10 e 11), quarto fator (7.206%, itens 4 e 5), quinto fator (5.936%, itens 7, 8 e 14). A formulação dos itens pode ser consultada na Tabela 2.

Em termos de critérios de retenção de fatores, e de itens para um determinado fator, foram tidos em conta critérios de natureza estatística e teórica. Considerou-se como critério para a retenção de um dado fator o critério de *Kaiser* (autovalor igual ou maior que um) (Damásio, 2012; Kahn, 2006), e ser constituído por pelo menos três itens, como recomendado na literatura (Tabachnick & Fidell, 2001). Para além disso, teve-se em conta a conservação de fatores aos quais é possível atribuir um significado teórico, como proposto por Worthington & Whittaker (2006). De acordo com Pestana e Gageiro (2005), consideraram-se estatisticamente significativos os pesos fatoriais iguais ou superiores a .50. Por fim, a consistência interna das subescalas deve apresentar

um valor de *Alpha de Cronbach* superior a .70, que, segundo Field (2009), são considerados valores aceitáveis de fiabilidade

A solução fatorial encontrada na primeira análise revelou-se, de um modo geral, pouco satisfatória, tendo em conta os critérios definidos. Neste contexto, elencam-se algumas das razões que levaram à procura de uma solução diferente: (a) o fator quatro é constituído apenas por dois itens, pelo que a sua manutenção é questionável; (b) embora os itens que saturam nos fatores três e cinco apresentem pesos fatoriais significativos, do ponto de vista teórico, esperar-se-ia que saturassem no mesmo fator, visto englobarem itens que parecem remeter para estratégias de natureza organizacional; (c) o item 13 e 18 não saturam em nenhum fator extraído, apresentando um peso fatorial inferior a .5; e (d) apenas os primeiros dois fatores têm níveis de confiabilidade aceitáveis, respetivamente .894 e .841 - em ambos os casos acima de .7 - enquanto os fatores três e cinco apresentam valores de *Alpha de Cronbach* de .436 e .530, respetivamente.

Dadas as dificuldades descritas, optou-se por forçar a solução fatorial a dois e três fatores, com rotação *varimax*, com o intuito de identificar qual a solução mais inteligível do ponto de vista concetual e robusta do ponto de vista empírico. Assim, na apreciação de cada solução obtida, foi tido/a em conta: (a) o interesse teórico de cada solução fatorial; e (b) a preservação do maior número de itens possível, por se tratar de uma escala em fase inicial de desenvolvimento (Worthington & Whittaker, 2006).

Das soluções obtidas, considerou-se a solução de três fatores, a qual explica 50.708% da variância total (Tabela 2), decisão que se justifica por: (a) os itens subjacentes às subescalas três e cinco sugerirem uma terceira dimensão; (b) pelo facto do modelo concetual (Haddon Matrix) apontar para três fatores; e (c) pela solução a três fatores preservar um maior número de itens, quando comparativamente à solução a dois fatores.

Tabela 2

Resultados da Análise Fatorial Exploratória forçada a 3 fatores

| Itens | h ² | ER | EP | EO |
|--|----------------|-------------|-------|-------|
| 1.Pediu ajuda a um(a) colega quando se sentiu em risco? | .754 | .811 | .299 | -.081 |
| 2.Pediu ajuda ao seu superior hierárquico quando se sentiu em risco? | .676 | .803 | .174 | .040 |
| 3.Pediu a um(a) colega que o(a) acompanhasse? | .742 | .831 | .212 | -.081 |
| 4.Pediu a um(a) colega que o substituísse? | .433 | .601 | -.145 | .227 |

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

| | | | | |
|---|------|-------------|-------------|-------------|
| 5.Pedi ao seu superior hierárquico que o substituísse por outro colega? | .439 | .601 | -.095 | .280 |
| 6.Reportou ocorrências de violência ao seu superior hierárquico? | .607 | .701 | .191 | .280 |
| 7.O seu superior hierárquico ofereceu algum tipo de apoio após uma situação violenta? | .318 | .387 | .133 | .388 |
| 8.A Direção da Instituição ofereceu indicações sobre como responder a uma situação violenta (e.g., plano de gestão de violência, plano de gestão de conflitos)? | .204 | .042 | .051 | .447 |
| 9.Chamou as forças policiais numa situação violenta? | .296 | .330 | .153 | .405 |
| 10.Reportou à Ordem dos Enfermeiros ocorrências de violência? | .310 | .159 | -.018 | .534 |
| 11.Procurou apoio jurídico da Instituição depois de uma ocorrência de violência? | .410 | .038 | -.018 | .534 |
| 12.Pedi a um colega para estar por perto ou presente quando achou que um utente pudesse apresentar comportamentos violentos? | .666 | .733 | .338 | .116 |
| 13.Esteve atento(a) a possíveis fatores desencadeadores de violência, antes de atender um utente (e.g., elevado tempo de espera)? | .466 | .443 | .479 | .202 |
| 14.Realizou formação sobre estratégias de gestão de violência suscetíveis de serem utilizadas no contexto de trabalho? | .467 | -.027 | .156 | .665 |
| 15.Procurou explicar quais seriam os procedimentos de enfermagem? | .474 | .171 | .667 | -.009 |
| 16.Redirecionou o utente para um local mais calmo, quando este apresentava comportamentos violentos? | .553 | .080 | .713 | .198 |
| 17.Estabeleceu contacto visual com o utente com o objetivo de diminuir comportamentos violentos? | .683 | .208 | .795 | .092 |
| 18.Evitou tocar no utente? | .278 | .387 | .357 | .036 |
| 19.Utilizou um tom de voz calmo para tranquilizar o utente? | .661 | .034 | .812 | .014 |

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

| | | | | |
|---|------|--------|-------------|-------|
| 20.Fez uso de uma linguagem clara de forma a diminuir comportamentos violentos? | .702 | .086 | .833 | .037 |
| Variância Explicada por Fator | | 30.625 | 12.026 | 8.056 |

Nota. Saturação fatorial > .50 a negrito. ER- *Estratégias Relacionais de Gestão de Violência*; EP- *Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência*; EO- *Estratégias Organizacionais de Gestão de Violência*.

Na denominação dos fatores, além do conteúdo dos itens que os compõem, teve-se em conta a literatura na área. O primeiro fator denominou-se “*Estratégias Relacionais de Gestão da Violência*”, por abranger itens respeitantes ao suporte social, dos colegas e da chefia. Nele saturam os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 12, explicando 30.625% da variância. O segundo fator designou-se “*Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência*”, porque teoricamente pressupõe estratégias não coercivas, de uso individual (Davinson, 2005; Ferrinho et al., 2003; Gates et al., 2011; Morken et al., 2015), explicando 12.0260% da variância, e englobando os itens 15, 16, 17, 19, e 20. Por fim, o terceiro fator, nomeou-se “*Estratégias Organizacionais de Gestão de Violência*”, por remeter para itens que sugerem a proteção por parte das instituições e/ou políticas, procedimentos e recursos organizacionais, explicando 8.056% da variância, e incluindo os itens 10, 11 e 14. Os itens 7,8, 9, 13 e 18, não saturam em nenhum fator extraído, pelo que foram excluídos das análises posteriores.

À exceção da dimensão “*Estratégias Organizacionais de Gestão de Violência*”, em que o *Alpha de Cronbach*, considerando o conjunto dos três itens, indica um valor de .401, as duas restantes apresentam um valor de *Alpha de Cronbach* superior a .70. As diferentes subescalas encontram-se positivamente correlacionadas entre si e a dimensão das *Estratégias Psicossociais* destaca-se com um valor médio mais elevado ($M = 3.683$; $DP = 1.034$) (ver Tabela 3). Como a terceira subescala não apresenta uma fiabilidade aceitável, não será considerada nas análises subsequentes.

Tabela 3

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

| Dimensão | Número de Itens | Média | DP | ER | EP | EO |
|----------|-----------------|-------|-------|--------|--------|----|
| ER | 7 | 2.248 | 1.011 | (.876) | | |
| EP | 5 | 3.683 | 1.034 | .352** | (.841) | |

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

| | | | | | | |
|----|---|-------|------|--------|--------|--------|
| EO | 3 | 1.251 | .564 | .165** | .175** | (.401) |
|----|---|-------|------|--------|--------|--------|

Nota. ** $p < .01$

ER- *Estratégias Relacionais de Gestão de Violência*; EP- *Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência*; EO- *Estratégias Organizacionais de Gestão de Violência*; DP= Desvio Padrão.

Caracterização da Frequência do Uso das Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho

Nesta secção, com recurso à Tabela 4, apresentam-se os resultados relativos à frequência do uso das estratégias que são habitualmente utilizadas pelos profissionais, para gerir situações, ou potenciais situações, de violência no local de trabalho, considerando a totalidade dos itens da escala. Os itens estão organizados por ordem crescente, tendo em conta a frequência de utilização de estratégias.

Tabela 4

Frequência de Uso de Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho

| Forma como habitualmente geriu a violência | Nunca | | Raramente | | Algumas vezes | | Frequentemente | | Sempre | |
|---|--|------|-----------|-----|---------------|-----|----------------|-----|--------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | 10. Reportou à Ordem dos Enfermeiros ocorrências de violência? | 296 | 95.5 | 5 | 1.6 | 5 | 1.6 | 2 | 0.6 | 2 |
| 11. Procurou apoio jurídico da Instituição depois de uma ocorrência de violência? | 294 | 94.8 | 9 | 2.9 | 2 | 0.6 | - | - | 5 | 1.6 |
| 5. Pediu ao seu superior hierárquico que o substituísse por outro colega? | 247 | 79.7 | 25 | 8.1 | 27 | 8.7 | 4 | 1.3 | 7 | 2.3 |
| 14. Realizou formação sobre estratégias de gestão de violência suscetíveis de serem | 247 | 79.7 | 25 | 8.1 | 23 | 7.4 | 8 | 2.6 | 7 | 1.3 |

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

utilizadas no contexto de trabalho?

8.A Direção da Instituição ofereceu indicações sobre como responder a uma situação violenta (e.g., plano de gestão de violência, plano de gestão de conflitos)?

242 78.1 40 12.9 16 5.2 6 1.9 6 1.9

9.Chamou as forças policiais numa situação violenta?

211 68.1 44 14.2 24 7.7 11 3.5 20 6.5

4.Pedi a um(a) colega que o substituiu?

193 62.3 59 19.0 33 10.6 18 5.8 7 2.3

7.O seu superior hierárquico ofereceu algum tipo de apoio após uma situação violenta?

171 55.2 59 19.0 26 8.4 18 5.8 36 11.6

2.Pedi ajuda ao seu superior hierárquico quando se sentiu em risco?

138 44.5 66 21.3 48 15.5 22 7.1 36 11.6

6.Reportou ocorrências de violência ao seu superior hierárquico?

120 38.7 67 21.6 35 11.3 15 4.8 73 23.5

1.Pedi ajuda a um(a) colega quando se sentiu em risco?

99 31.9 63 20.3 62 20.0 27 8.7 59 19.0

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

| | | | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|
| 3.Pediu a um(a) colega que o(a) acompanhasse? | 87 | 28.1 | 72 | 23.2 | 62 | 20.0 | 40 | 12.9 | 49 | 15.8 |
| 12.Pediu a um colega para estar por perto ou presente quando achou que um utente pudesse apresentar comportamentos violentos? | 84 | 27.1 | 75 | 24.2 | 62 | 20.0 | 33 | 10.6 | 56 | 18.1 |
| 13.Esteve atento(a) a possíveis fatores desencadeadores de violência, antes de atender um utente (e.g., elevado tempo de espera)? | 70 | 22.6 | 49 | 15.8 | 62 | 20.0 | 46 | 14.8 | 83 | 26.8 |
| 18.Evitou tocar no utente? | 69 | 22.3 | 52 | 16.8 | 64 | 20.6 | 43 | 13.9 | 82 | 26.5 |
| 16.Redirecionou o utente para um local mais calmo, quando este apresentava comportamentos violentos? | 67 | 21.6 | 48 | 15.5 | 77 | 24.8 | 52 | 16.8 | 66 | 21.3 |
| 17.Estabeleceu contacto visual com o utente com o objetivo de diminuir comportamentos violentos? | 41 | 13.2 | 36 | 11.6 | 65 | 21.0 | 69 | 22.3 | 99 | 31.9 |

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

| | | | | | | | | | | |
|--|----|------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| 15. Procurou explicar quais seriam os procedimentos de enfermagem? | 40 | 12.9 | 31 | 10.0 | 35 | 11.3 | 45 | 14.5 | 159 | 51.3 |
| 19. Utilizou um tom de voz calmo para tranquilizar o utente? | 16 | 5.2 | 20 | 6.5 | 48 | 15.5 | 87 | 28.1 | 139 | 44.8 |
| 20. Fez uso de uma linguagem clara de forma a diminuir comportamentos violentos? | 15 | 4.8 | 20 | 6.5 | 35 | 11.3 | 87 | 28.1 | 153 | 49.4 |

A estratégia menos frequentemente relatada diz respeito “ao reporte de ocorrências à *Ordem dos Enfermeiros*”, visto 95.5% dos participantes (n=296) reportarem que nunca gerem a violência com recurso a esta estratégia, ao passo que apenas .6% (n=2) dos respondentes a utilizam sempre. Em contrapartida, a mais mencionada diz respeito à “*explicação dos procedimentos de enfermagem*”. De um modo mais específico, 51.3% dos profissionais afirma empregá-la sempre (n=159), enquanto 12.9% (n=40), referiu nunca a ter usado.

Estudo da Correlação entre as Subescalas de *Estratégias de Gestão de Violência Relacionais e Estratégias de Gestão de Violência Psicossociais* e as Dimensões da Escala de Perceção de Violência

Tabela 5
Coefficiente de Correlação entre as Estratégias de Gestão de Violência Relacionais (ER), as Estratégias de Gestão de Violência Psicossociais (EP), e as Dimensões da Escala de Perceção de Violência

| Dimensão | Violência Física | Violência Psicológica | Violência Vicariante |
|----------|------------------|-----------------------|----------------------|
| ER | .519** | .553** | .508** |
| EP | .213** | .283** | .192** |

Nota. ** $p < .01$

A Tabela 5 apresenta os coeficientes de correlação de *Spearman* entre as dimensões *Estratégias de Gestão de Violência Relacionais (ER)*, *Estratégias de Gestão de Violência Psicossociais (EP)* e as dimensões da escala da violência no trabalho, encontrando-se estas

correlacionadas de forma estatisticamente significativa entre si. As *Estratégias Relacionais* estão correlacionadas de modo positivo e estatisticamente significativo com a percepção de violência física, psicológica e vicariante. Também entre as *Estratégias Psicossociais* e os diferentes tipos de violência se verificam correlações estatisticamente significativas e positivas.

Modelo de Regressão Linear Múltipla

Tendo por base os resultados obtidos através do coeficiente de correlação, optou-se por se avançar para a análise de regressão linear múltipla (Tabela 6), para verificar se as situações de percepção de violência física, psicológica e vicariante são capazes de prever o uso de *Estratégias Relacionais de Gestão de Violência* e de *Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência*. O primeiro modelo, para a predição das *Estratégias Relacionais*, resultou num modelo estatisticamente significativo [$F(3, 306) = 44.841$; $p < .001$; $R^2 = .305$], sendo que aproximadamente 30% da variância das *Estratégias Relacionais* é explicada pela percepção de violência. As variáveis mostram ser preditores da variável critério, com exceção da dimensão da violência física ($\beta = .131$; $t = 1.935$; $p < .10$). Em contraste, a violência psicológica ($\beta = .316$; $t = 4.619$; $p < .001$) e a violência vicariante ($\beta = .177$; $t = 2.585$; $p < .01$), apresentam resultados estatisticamente significativos, sendo a percepção de violência psicológica a melhor variável preditor.

O modelo para a predição das *Estratégias Psicossociais*, também resultou num modelo estatisticamente significativo [$F(3, 306) = 12.636$; $p < .001$; $R^2 = .110$]. Neste caso, 11% da variação das *Estratégias Psicossociais*, é explicada pela violência. Contudo, somente a violência psicológica se assume como um preditor positivo e estatisticamente significativo para a variável critério ($\beta = .282$; $t = 3.634$; $p < .001$).

Tabela 6

Análise de Regressão Linear Múltipla para Prever o Uso de Estratégias de Gestão de Violência (Relacionais e Psicossociais), a partir das Dimensões da Violência no Trabalho

| <i>Estratégias Relacionais de Gestão de Violência</i> | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------|------|----------|
| | R ² (R ² Aj.) | F | β | t |
| Violência Física | | (3, 306) | .131 | 1.935 |
| Violência Psicológica | .305 (.299) | 44.841*** | .316 | 4.619*** |
| Violência Vicariante | | | .177 | 2.585** |
| <i>Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência</i> | | | | |
| | R ² (R ² Aj.) | F | β | t |
| Violência Física | | (3, 306) | .018 | .238 |
| Violência Psicológica | .110 (.102) | 12.636*** | .282 | 3.634*** |
| Violência Vicariante | | | .054 | .692 |

Nota. ** $p < .01$ *** $p < .001$

Discussão

A investigação acerca da violência no local de trabalho, foca-se, principalmente, na sua frequência e efeitos adversos, notando-se a escassez de soluções “formais” que previnam e reduzam as consequências da violência, partindo de uma perspectiva autorregulatória dos profissionais de enfermagem (Zhao et al., 2018), e de políticas e estratégias organizacionais (Zhao et al., 2018; Spector, Coulter, Stockwell & Matz, 2007). Cooper & Swanson (2003) apontam para a necessidade de compreender o fenómeno mais aprofundadamente, sugerindo o desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico que permitam entender quais as estratégias de gestão de violência utilizadas – razão pela qual a presente investigação teve como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento de uma medida, capaz de avaliar as estratégias de gestão de violência, utilizadas pelos profissionais de enfermagem, quando confrontados com acontecimentos agressivos.

Inicialmente com 20 itens, as análises que precederam levaram a que se mantivessem 15 itens, numa estrutura forçada a 3 fatores, que explicam 50.708% da variância total. O fator *Estratégias Relacionais de Gestão de Violência* apresenta uma maior percentagem da variância explicada (30.625%), e *Alpha de Cronbach* ($\alpha = .876$) que demonstra confiabilidade. A literatura indica que os profissionais recorrem, frequentemente, a estratégias de suporte (Zhao et al., 2015) dos pares e dos superiores hierárquicos (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002), privilegiando os processos de socialização (Chappel & Di Martino, 2006). Os pares e as chefias devem comprometer-se com um ambiente de trabalho que privilegie a segurança, a dignidade, e a não discriminação dos profissionais (Chappel & Di Martino, 2006; ILO/ICN/WHO/PSI, 2002).

O fator *Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência*, apresenta 12.026% da variância explicada, e um valor de confiabilidade de .841. As estratégias psicossociais remetem para a importância de uma comunicação aberta com os utentes (Chappel & Di Martino, 2006), de modo a neutralizar a frustração e a tensão que possa surgir.

O fator *Estratégias Organizacionais de Gestão de Violência*, explica 8.056% da variância e apresenta um valor de confiabilidade inferior ao aceitável ($\alpha = 0.401$). Não obstante a sua fragilidade (e conseqüente necessidade de refinamento), optou-se por se considerar esta dimensão dada a sua relevância teórica e prática. Com efeito, como indica o estudo de Shea et al., (2016), as medidas impostas pela administração levam os trabalhadores a perceberem o local de trabalho como seguro, o que favorece a adoção de medidas preventivas. Os resultados do mesmo estudo indicam que as medidas de segurança implementadas pelas chefias de topo da instituição são

mais determinantes do que os fatores individuais, na redução da probabilidade de violência.

Do ponto de vista mais conceitual, e articulando com os resultados obtidos com o Modelo teórico considerado (Haddon Matrix), o qual preconiza uma organização das estratégias em função do período de ocorrência de violência (*Estratégias Pré-Evento, Estratégias Evento, Estratégias Pós-Evento*), este não foi confirmado.

As estratégias frequentemente mais utilizadas pelos(as) profissionais na gestão da violência dizem respeito a *Estratégias Psicossociais* (e.g., *Fez uso de uma linguagem clara de forma a diminuir comportamentos violentos*), sendo o comportamento “*explicar os procedimentos de enfermagem*”, aquele que é mais utilizado, quando os profissionais se confrontam com incidentes. Chappel & Di Martino (2006) apontam que os utentes podem mostrar-se apreensivos e/ou ansiosos relativamente a procedimentos desconhecidos, pelo que é essencial clarificá-los. De mencionar que, no que toca às estratégias relatadas como “nunca” utilizadas, destacam-se os itens 10 (n=296), 11 (n=294), 5 (n=247) e 14 (n=294), sendo que os itens 10, 11 e 14 são os itens constituintes do “fator” *Estratégias Organizacionais*.

No que toca às correlações obtidas entre a dimensão das *Estratégias Relacionais de Gestão de Violência* e os tipos de violência percecionados, os resultados apontam para uma correlação moderada e positiva com a violência física, vicariante e psicológica. Nos modelos de regressão linear múltipla, à exceção da violência física, as restantes (psicológica e vicariante) mostram-se preditoras da variável critério, com a violência psicológica a exibir melhor capacidade preditiva do uso das estratégias relacionais por parte dos profissionais. Segundo o estudo de Zhao et al. (2015), quando os profissionais são sujeitos a violência física, a estratégia mais utilizada é a auto-defesa, pelo que faz sentido que não seja preditora do uso de estratégias relacionais. Por oposição, quando expostos à violência psicológica, recorrem em primeira instância, ao suporte dos pares, da família/amigos e dos superiores hierárquicos (Zhao et al., 2015), estando o suporte positivamente correlacionado com a saúde mental e bem-estar psicológico dos profissionais (Schat & Kelloway, 2003).

A dimensão das *Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência*, correlaciona-se positivamente com a violência física, psicológica e vicariante, sendo que a correlação mais elevada se verifica com a violência psicológica, tendo-se revelado esta o único fator preditor no modelo de regressão. De acordo com Chappel & Di Martino (2006), a utilização de estratégias do tipo psicossocial estão frequentemente subjacentes a incidentes de violência psicológica, tendo o resultado obtido no presente estudo dado suporte a esta associação.

Limitações e Estudos Futuros

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz das suas limitações, que requerem ser superadas em futuras investigações. Relativamente à amostra: (a) é constituída apenas por profissionais de enfermagem, pelo que seria fundamental alargá-la a outros profissionais do mesmo setor (e.g., médicos, auxiliares de saúde); (b) alargá-la a outros setores ocupacionais, para identificar possíveis dimensões comuns; (c) é maioritariamente composta por participantes do sexo feminino, sendo pertinente compreender eventuais diferenças entre o sexo feminino e masculino.

A solução fatorial encontrada na escala desenvolvida apresenta algumas fragilidades ao nível das propriedades psicométricas, em especial num dos fatores. Assim, investigações futuras devem assentar no aprimoramento da medida proposta, designadamente no fator agora intitulado de *Estratégias Organizacionais de Gestão de Violência*. No contexto de um eventual refinamento da medida, com o propósito de melhorar este fator, poderia ser útil devolver os resultados obtidos neste estudo, junto dos(as) profissionais de enfermagem, por exemplo, através de um *focus group*.

A escala utilizada requer que os profissionais se posicionem face às estratégias de gestão de violência, a que habitualmente recorrem no contexto laboral. Contudo, os participantes poderão, pela diversidade das tarefas/contexto em que desempenham funções/anos de experiência profissional, não terem sido confrontados com incidentes de violência. Propõe-se, assim, a inclusão da opção “Não se aplica” na escala, para evitar que o profissional seja impelido a posicionar-se sobre as estratégias de gestão de violência quando não experienciou episódios agressivos, de modo a não enviesar os resultados (Ryan & Garland, 1999). Neste seguimento, sugere-se a alteração da escala de *Likert* para (1) nunca usei; (2) raramente usei; (3) usei algumas vezes; (4) usei frequentemente; e (5) usei sempre.

Implicações para a Prática

Como a literatura relativa às estratégias de gestão de violência é escassa em Portugal, o presente estudo assume-se como um contributo para uma maior compreensão das respostas que os(as) profissionais de enfermagem utilizam, quando sujeitos a situações de violência ocupacional. Apresenta também contribuições importantes no que toca ao desenvolvimento de uma medida que permita identificar quais as estratégias que os(as) profissionais utilizam para gerir a violência, facilitando a prevenção e/ou remediação.

Referências

- Al-Ali, N. M., Al Faouri, I., & Al-Niarat, T. F. (2016). The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan. *Applied Nursing Research, 30*, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.001>
- Almeida, L. S., & Freire, T. (1997). *Metodologia de investigação em Psicologia da Educação*. Coimbra, Portugal: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Anderson, C., (2002). Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing, 23*(4), 351–366. <https://doi.org/10.1080/01612840290052569>
- Balbi, A. L. M. L. (2018). *Estratégias dos profissionais de saúde na gestão da violência no trabalho* (Tese de mestrado, Universidade do Minho). Retirado de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/56961>
- Barling, J., Rogers, A. G., & Kelloway, E. K. (2001). Behind Closed Doors: In-Home Workers' Experience Of Sexual Harassment and Workplace Violence. *Journal of Occupational Health Psychology, 6*, 255–269. doi:10.1037/1076-8998.6.3.255
- Byrne, B. (2016). *Structural Equation Modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming* (3rd Ed.). New York, NY: Routledge.
- Chang, C. H., Eatough, E. M., Spector, P. E., & Kessler, S. R. (2012). Violence-prevention climate, exposure to violence and aggression, and prevention behavior: A mediation model. *Journal of Organizational Behavior, 33*(5), 657–677. <https://doi.org/10.1002/job.776>
- Chappell, D., & Di Martino V. (2006). *Violence at work work* (3rd Ed.). Geneva: International Labour Office.
- Cooper, C., & Swanson, N. (2002). Workplace violence in the health sector: State of the art. Geneva, International Labour Organization. *World Health Organization, Internacional Council of Nurses and PSI*.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. Avaliação Psicológica: *Interamerican Journal of Psychological Assessment, 11*(2), 213-228.
- Davison, S. E. (2005). The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment 11*(5), 362–370. <https://doi.org/10.1192/apt.11.5.362>
- Direcção-Geral da Saúde (2015). *Observatório nacional da violência contra os profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Dressner, M. A., & Kissinger, S. P. (2018). Occupational injuries and illnesses among registered nurses. *Monthly Labour Review, 141*, 1. U.S. Bureau of Labor Statistics. doi:

10.21916/mlr.2018.27.

Eurofound (2013). *Foundation findings: Physical and psychological violence at the workplace*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://doi.org/10.2806/49169>

Eurofound (2015). *Violence and harassment in European workplaces: Extent, impacts and policies*. Dublin. Retirado de : https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_comparative_analytical_report/field_ef_documents/ef1473en.pdf.

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). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd Ed.). London: SAGE.

Gates, D., Gillespie, G., Smith, C., Rhode, J., Kowalenko, T., & Smith, B. (2011). Using Action Research to Plan a Violence Prevention Program for Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, 37(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.013>

Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.

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/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/

International Labour Organization [ILO] (2003). *Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*. Genebra: International Labour Review. Retirado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms_107705.pdf.

Kahn, J. H. (2006). Factor Analysis in Counseling Psychology Research, Training, and Practice: Principles, Advances, and Applications. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 684–718. <https://doi.org/10.1177/0011000006286347>

Lawoko, S., Soares, J. F., & Nolan, P. (2004). Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work &*

- Stress*, 18(1), 39–55. <https://doi.org/10.1080/02678370410001710337>
- Lancôt, 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), 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Magnavita, N. (2014). Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation - Results of a 6-Year Follow-up Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 366-376. <https://doi.org/10.1111/jnu.12088>
- Marques, D., & Silva, I. S. (2017). Violência no trabalho: Um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 17(7), 1-9. <https://doi.org/10.17652/rpot/2017.4.13886>
- McPhaul, K. M., London, M., Murrett, K., Flannery, K., Rosen, J., & Lipscomb, J. (2008). Environmental Evaluation for Workplace Violence in Healthcare and Social Services. *Journal of Safety Research*, 39(2), 237–250. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2008.02.028>
- Merecz, D., Rymaszewska, J., Mościcka, A., Kiejna, A., & Jarosz-Nowak, J. (2006). Violence at the workplace - A questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry*, 21(7), 442–450. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.01.001>
- Morken, T., Johansen, I. H., & Alsaker, K. (2015). Dealing with workplace violence in emergency primary health care: A focus group study. *BMC Family Practice*, 16(1), 51. [doi:10.1186/s12875-0150276-z](https://doi.org/10.1186/s12875-0150276-z)
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rippon, T. J. (2000) Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x>
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 13–22. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>
- Rodwell, J., Demir, D., Flower, R. L. (2013). The oppressive nature of work in healthcare: Predictors of aggression against nurses and administrative staff. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 888–897. <https://doi.org/10.1111/jonm.12086>
- Rogers, K., & Kelloway, K. (1997). Violence at work: Personal and organizational outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(1), 63-71. <https://doi.org/10.1037/1076->

8998.2.1.63

- Runyan, C. W., Zakocs, R. C., & Zwerling, C. (2000). Administrative and behavioral interventions for workplace violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 18*(4), 116-127. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00147-1](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00147-1)
- Ryan, C., & Garland, R. (1999). The use of a specific non-response option on Likert-type scales. *Tourism Management, 20*(1), 107-113. [https://doi.org/10.1016/S0261-5177\(98\)00096-X](https://doi.org/10.1016/S0261-5177(98)00096-X)
- Saverimuttu, A., & Lowe, T. (2000) Aggressive incidents on a psychiatric intensive care unit. *Nursing Standard, 14*(35), 33.
- Shea, T., Sheehan, C., Donohue, R., Cooper, B., De Cieri, H. (2016) Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professionals. *Journal of Nursing Scholarship, 49*(2), 236-243. <https://doi.org/10.1111/jnu.12272>
- Schat, A. C. H., & Kelloway, E. K. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology, 8*(2), 110-122. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.2.110>
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies, 51*(1), 72–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (Vol.5). Boston, MA: Pearson.
- Taylor, J. L., & Rew, L. (2010). A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing, 20*(7-8), 1072–1085. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03342.x>
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist, 34*(6), 806–838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>
- Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y., Hao, Y., ... & Wu, Q. (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>
- Zhao, S. H., Shi, Y., Sun, Z. N., Xie, F. Z., Wang, J. H., Zhang, S. E., ... & Fan, L. H. (2018). Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE VIOLÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

intention: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2620-2631.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14311>

Anexos

Anexo A – Parecer da Comissão de Ética



Universidade do Minho
Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 078/2019

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho: Contributos para o desenvolvimento de uma medida*

Equipa de Investigação: Mafalda de Sá Ribeiro Parente, Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Professora Doutora Isabel Silva (Orientadora), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho: Contributos para o desenvolvimento de uma medida*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 26 de fevereiro de 2020.

O Presidente da CEICSH

Assinado por: **ACÍLIO DA SILVA ESTANQUEIRO**
ROCHA
Num. de Identificação: B1042754054
Data: 2020.02.28 16:15:03+00'00'



Anexo: Formulário de identificação e caracterização do projeto