



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Diana Rute Guimarães Marques

**Violência no Trabalho em Contexto  
Hospitalar: Um estudo com profissionais  
de enfermagem**

outubro de 2015





**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Diana Rute Guimarães Marques

**Violência no Trabalho em Contexto  
Hospitalar: Um estudo com profissionais  
de enfermagem**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Isabel Maria Soares da Silva**

outubro de 2015

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Diana Rute Guimarães Marques

**Endereço eletrónico:** a59862@alunos.uminho.pt

**Número do Cartão de Cidadão:** 13919314

**Título da Dissertação de Mestrado:** Violência no Trabalho em Contexto Hospitalar: Um estudo com profissionais de enfermagem

**Orientador:** Professora Doutora Isabel Maria Soares da Silva

**Ano de Conclusão:** 2015

**Designação do Mestrado:** Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 16 de outubro de 2015

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
<i>Abstract</i> .....	vi
Introdução.....	7
Violência no Trabalho.....	7
Violência no Trabalho no Contexto de Saúde.....	8
Fatores de Risco.....	10
Consequências.....	10
Medidas de Intervenção Primária, Secundária e Terciária.....	11
Objetivos.....	11
Metodologia.....	12
Participantes.....	12
Procedimento.....	13
Instrumentos.....	14
Resultados.....	16
Discussão dos Resultados.....	23
Conclusão.....	25
Referências Bibliográficas.....	27

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sócio demográfica da amostra.....	12
Tabela 2 – Caracterização da Situação Profissional.....	13
Tabela 3 – Resultados da Análise Fatorial Exploratória da Escala de Agressão e Violência no Trabalho.....	18
Tabela 4 – Estatística descritiva, matriz de correlações entre as dimensões da escala de violência e <i>Alpha de Cronbach</i> em cada dimensão.....	19
Tabela 5 – Frequência de acontecimentos violentos ou agressivos.....	20
Tabela 6 – Comparação dos diferentes tipos de violência em função da idade.....	21
Tabela 7 – Matriz de correlação entre os diferentes tipos de violência, percepção de suporte organizacional e avaliação geral da saúde.....	22
Tabela 8 – Frequências relativas a estratégias de Prevenção e Gestão da Violência no local de trabalho.....	23

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Isabel Silva, pela disponibilidade, sabedoria partilhada, dedicação, rigor exigido e apoio demonstrado ao longo desta etapa.

Ao João, obrigada pelo carinho das palavras que me ajudaram a acreditar e a lutar sempre pelos meus objetivos, pela ternura e amor que me transmites num simples abraço ou sorriso, pelas horas infindáveis que passas a ouvir-me, por me fazeres sentir especial!

À minha Mãe, por estar sempre por perto, por largar tudo para me ajudar, pela preocupação, pelas conversas, pela amizade e pelo orgulho que me faz sentir em a ter como mãe.

Ao meu Pai, pelo carinho, amor e orgulho que sempre demonstrou na sua menina que, para ele, nunca vai crescer.

À minha mana, pela alegria que me transmite, pela inocência das frases que me fazem refletir no que de facto é verdadeiro na vida.

Aos meus avós, por cuidarem de mim, pelo carinho e orgulho que demonstram em todo o meu progresso pessoal e profissional.

À Ca, por ser a melhor amiga que alguém pode ter, pelo suporte nas angústias, pela descontração transmitida e pelas longas conversas, por vezes sem qualquer sentido.

À Leninha e ao Dede, pela boa disposição nos cafés, por serem racionais, por me ajudarem sempre que precisei.

Aos Resuminhos, por fazerem parte destes 5 anos.

À Xana e Magui, pela amizade, pelo apoio, pela partilha de frustrações e pelo companheirismo ao longo deste percurso.

À Renata, Dani e Rui, pelo companheirismo, boa disposição e amizade.

À Celina, Marta, Paula e Helena, pelo apoio, pela boa disposição e pelo carinho que demonstraram ao longo deste ano.

À minha família, por fazerem parte do meu conforto, por serem sempre um porto seguro.

Aos restantes amigos, obrigada por tudo!

“A persistência é o menor caminho do êxito” (Charles Chaplin)

## Violência no Trabalho em Contexto Hospitalar: Um estudo com profissionais de enfermagem

### Resumo

O presente estudo teve como objetivo caracterizar a violência do paciente em relação aos profissionais de saúde (enfermeiras/os), em termos de frequência, modo de ocorrência e a sua relação com variáveis individuais, profissionais, percepção de suporte organizacional e avaliação geral da saúde. Por fim, é refletida uma possível proposta de intervenção ao nível organizacional. Os dados do estudo foram recolhidos através de um protocolo de investigação, disponível *online*, que integra as seguintes escalas: *Agression and Violence at Work*, *General Health Questionnaire* e *Survey of Perceived Organizational Support*. A amostra do estudo é constituída por 191 profissionais de saúde (91.6% do sexo feminino). Os resultados obtidos demonstraram que a violência psicológica ocorre com mais frequência neste grupo de participantes. Verificou-se que profissionais com maior idade e, consequentemente, mais experientes, são mais sujeitos à ocorrência deste fenómeno. Foi também confirmado que determinados locais de serviço, como é o caso das urgências, estão mais predispostos à ocorrência de violência, nomeadamente física. Foi ainda demonstrado que o suporte organizacional correlaciona-se negativamente com a violência. Pelo contrário, profissionais que sofrem de violência tendem a estar associados a maiores níveis de depressão e ansiedade.

*Palavras-chave:* violência no trabalho, suporte organizacional, saúde ocupacional, enfermeiros/as.

## Workplace Violence in the hospital context: A study with nursing professionals

### **Abstract**

This study is aimed to characterize the patient's violence in relation to health professionals (nurses) in terms of frequency, forms of occurrence as well as his relation with individual variables, professionals, perception of organizational support and general health assessment. Finally, it is discussed one possible interventional proposal at the organization level. The data were collected through a research protocol, available online, which includes the following scales: Aggression and Violence at Work, General Health Questionnaire and Perceived Organizational Support. The sample of the study consists in 191 health professionals (91.6% female). The results showed that psychological violence occurs more frequently in this group of participants. It was found that older professionals, who consequently are more experienced, are more predisposed to the occurrence of this phenomenon. It became apparent that certain service locations, such as the emergency one, are more predisposed to the occurrence of violence, including physical. It was also shown that the organizational support negatively correlated with violence. On the contrary, professionals who suffer violence are likely to be associated with increased levels of anxiety and depression.

*Keywords:* workplace violence, organizational support, occupational health, nurses.



## Introdução

### Violência no Trabalho

Ainda que a violência no trabalho se tenha tornado num fenómeno crescente em todo o mundo, o tamanho real do problema é em grande parte desconhecido (Spector, Zhou & Che, 2014), ao ponto de se poder dizer que o conhecimento atual desta problemática é apenas a ponta do *iceberg* (Farrell & Shafiei, 2012). Em todo o caso, a investigação sobre o fenómeno tem aumentado consideravelmente, não só do ponto de vista da caracterização e estudo dos seus impactos (individuais, organizacionais e sociais), como também, da intervenção que exige (Chappell & Di Martino, 1998).

O problema da violência no trabalho foi considerado como tendo dimensões significativas, em alguns países, desde finais da época de 80, tendo-se assistido desde então a uma crescente preocupação com a sua compreensão e estudo (Chappell & Di Martino, 1998; Sullivan, 1999). Os autores citados afirmam ainda que este fenómeno é mais frequente na Europa Ocidental, Ásia, África e Países da América Latina, sugerindo que se trata de um problema grave de saúde ocupacional e, por isso, merece um aumento da atenção por parte dos trabalhadores, investigadores e entidades governamentais.

Ainda que o conceito de violência no trabalho seja ambíguo (McPhaul & Lipscomb, 2004), segundo a Organização Mundial de Saúde (OSHA, 2004) este tipo de agressão é caracterizado por um conjunto de “atos violentos, incluindo agressões físicas e ameaças de agressão, direcionados para pessoas no trabalho ou serviço”. Tal noção é seguida por Schat e Kelloway (2005), os quais consideram que a violência no trabalho é caracterizada como qualquer ato ou ameaça de agressão física, assédio, perseguição ou outro comportamento disruptivo que ocorre no local de trabalho, sendo que o principal objetivo é a imposição de danos a terceiros. É importante ressaltar ainda que todos os comportamentos violentos são considerados como agressivos, mas nem todos os comportamentos agressivos são violentos (Barling, Rogers & Kelloway, 2001). Da mesma forma deve-se salientar que podemos diferenciar violência interna de violência externa. A primeira ocorre dentro da empresa - entre gestores, colegas de trabalho, supervisores, etc; a segunda, ocorre por alguém externo à organização - clientes, pacientes (Mayhew & Chappell, 2007). A violência no local de trabalho pode variar desde ameaças verbais a físicas, podendo até mesmo tratar-se de homicídio, correspondendo esta última à sua manifestação mais grave, apesar de menos frequente (Schat & Kelloway, 2005). O local de trabalho pode ser encarado como qualquer

localização onde o trabalhador executa qualquer serviço, permanente ou temporário, relacionado com o mesmo (Braverman, 1999).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a violência no local de trabalho pode ser dividida em três grandes categorias: (1) Tipo I: atos violentos por parte de criminosos (e.g., furtos ou crimes afins) que não têm qualquer ligação com o local de trabalho; (2) Tipo II: violência dirigida a profissionais, clientes, pacientes, alunos, reclusos (entre outros), por parte de alguém fora da organização – os enfermeiros e funcionários dos serviços sociais, são particularmente vulneráveis a este tipo de violência; (3) Tipo III: violência contra os colegas de trabalho, supervisores ou gerentes, por parte de um profissional ou ex-empregado da organização (OSHA, 2004).

O presente estudo será conduzido no contexto de saúde e a violência estudada é a classificada como de Tipo II, de acordo com a tipologia atrás mencionada.

### **Violência no Trabalho no Contexto de Saúde**

Este fenómeno tem ocorrido na maior parte dos ambientes de trabalho, sendo que alguns setores encontram-se mais predispostos à sua ocorrência como, é o caso dos serviços de saúde (Chappel & Di Martino, 1998). Segundo Elliott (1997), o risco dos profissionais de saúde estarem envolvidos em episódios de violência no trabalho é cerca de dezasseis vezes superior ao dos profissionais de outras áreas, encontrando-se sujeitos, ao longo de toda a carreira profissional, à ocorrência de vários episódios de violência no trabalho. Também Rippon (2000), apesar da ambiguidade encontrada nas previsões de exposição à violência, estima que todos os profissionais de saúde têm contacto com esta realidade ou com as suas sequelas inerentes, não são só os profissionais que executam funções em áreas de maior vulnerabilidade, nomeadamente as urgências e a psiquiatria (Farrell, 1999).

Seja como for, o serviço específico de emergência hospitalar é muitas vezes identificado como de alto risco para ocorrência desta forma de violência (Chappel & Di Martino, 1998). Assim, segundo Pawlin (2008), nos serviços de emergência, psiquiatria e unidade de tratamento, a percentagem de profissionais de enfermagem que podem sofrer deste fenómeno pode atingir os 100%. Neste âmbito, Chappel e Di Martino (1998), referem que os médicos e os enfermeiros dos serviços anteriormente referidos, são os profissionais mais vulneráveis à ocorrência de violência, uma vez que se encontram diretamente em contacto com os utentes, os membros da família e os seus amigos.

Segundo Di Martino (2003), os profissionais de saúde estão mais expostos à violência do tipo II, podendo esta ser subdividida em duas categorias: (1) *Violência Física*: é assinalada

como qualquer aplicação de forma física contra um grupo de pessoas ou uma pessoa, com o intuito de causar dano. Di Martino, Hoel e Cooper (2003) deram como exemplos desse tipo de violência: bater, pontapear, morder, apertar, esfaquear, alvejar, beliscar, empurrar, esbofetear, contaminação com produtos orgânicos – sangue ou saliva; e (2) *Violência Psicológica*: é descrita como qualquer ato de rejeição, discriminação, humilhação e/ou desrespeito que implique um dano mental, espiritual ou social, na pessoa ou num grupo de pessoas. O segundo tipo de violência pode, por sua vez, ser subdividido em vários tipos: violência verbal ou insultos, pressão moral, assédio, ameaças, difamação, *bullying* e *stalking* (Mayhey & Chappell, 2001). De acordo com LeBlanc e Barling (2004), vários estudos sobre a incidência da violência no trabalho têm demonstrado que a violência psicológica tem uma maior predominância em comparação com a violência física. Por outro lado, a violência mais frequente é a de tipo verbal.

Estudos realizados por Mohoney (1991) sobre violência no trabalho tendo como principal foco enfermeiros nas urgências hospitalares da Pensilvânia verificaram que quase todos os inquiridos tinham experimentado violência verbal (cerca de 97%) e ameaças (94%), em algum momento da sua carreira, enquanto que 66% tinham sido agredidos fisicamente. Mais recentemente, no estudo de Chapman, Styles, Perry e Combs (2010), com cerca de 5900 enfermeiros, foi observado que 36% tinham sido vítimas de violência física e 76% sofreram de violência psicológica e ameaças. Estima-se que cerca de 50% dos profissionais de saúde sofram de pelo menos um episódio de violência psicológica ou física em cada ano (Schat & Kelloway, 2005).

Em Portugal, um estudo realizado pelo Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (2012) no âmbito hospitalar, concluiu que existia um maior número de relatos de violência psicológica (54%). Dentro desta, destacou-se, uma vez mais, a violência verbal (51%). Relativamente à violência física, apenas 8.1% dos inquiridos relatou ter sido vítima dela. Neste estudo, também foi feita uma comparação entre enfermeiros e médicos, tendo-se observado que este fenómeno era mais frequente em enfermeiros. Especificamente, 74% dos enfermeiros e 58% dos médicos afirmaram já ter sido alvo de algum tipo de violência nos últimos 12 meses. Por fim, também foi revelado que a maioria das vítimas se sentiu insatisfeita perante esta situação, considerando que a situação poderia ter sido prevenida. De notar ainda que apenas 20% dos profissionais referiram ter informado os superiores da ocorrência.

### **Fatores de Risco**

Segundo Di Martino (2003), existem vários fatores que podem ser denominados como fatores de risco para a ocorrência deste tipo de violência nos profissionais de saúde em contexto hospitalar, nomeadamente: (1) a *idade e a experiência do profissional*: há um maior risco de violência contra profissionais mais jovens em comparação com pessoas mais experientes (Hahn, Müller, Hantikainen, Kok, Dassen & Halfens, 2013); (2) o sexo do profissional: *ser do sexo feminino* (Di Martino, 2003), tipicamente, o setor de saúde é caracterizado pela elevada taxa de profissionais do sexo feminino (Chappel & Di Martino, 1998); (3) tipo de serviço: *trabalhar no serviço de emergência hospitalar* (Mayhew & Chappell, 2007).

### **Consequências**

A literatura empírica crescente sobre a violência no local de trabalho demonstra, claramente, a sua associação com uma variedade de consequências pessoais, organizacionais e sociais negativas (Di Martino, 2003). Esta problemática afeta gravemente a saúde mental e/ou física dos profissionais, quer estes sofram diretamente ou testemunhem episódios de violência (CIE, 2007), comprometendo a qualidade dos cuidados e o desempenho futuro (Arnetz, 2001). Em dois estudos envolvendo funcionários de diferentes grupos profissionais, designadamente serviços financeiros (Rogers & Kelloway, 1997) e profissionais de serviços de saúde (Schat & Kelloway, 2000), observou-se que este fenómeno originava consequências psicológicas, nomeadamente perturbações de humor (depressão e ansiedade) e sono (Mayhew, 2005). Para além destes, diversos outros estudos apontam também para sentimentos de raiva e irritabilidade (Menckel & Viitasara, 2002), medo, apatia, pressão e *stress* (Winstanley & Whittington, 2004).

Mas os efeitos da violência no trabalho também se manifestam a nível organizacional. Vários estudos têm demonstrado que este tipo de violência está associada a atitudes de trabalho negativas, tais como a insatisfação (Budd, Arvey & Lawless, 1996), maior negligência (Schat & Kelloway, 2005), menor desempenho no trabalho (Barling, Rogers & Kelloway, 2001) e a uma menor produtividade no mesmo (Budd, Arvey & Lawless, 1996). Estudos realizados no contexto de Enfermagem indicam que este fenómeno encontra-se diretamente associado a um aumento do absentismo por doença, mudança mais frequente de local de trabalho (*turnover*), diminuição da satisfação profissional, cansaço, redução da motivação, aumento do nível de *stress* e uma elevada quebra na produtividade (Chappell & Di Martino, 1998).

As consequências e o impacto que este fenómeno tem tanto a nível individual como organizacional são elevadas (Chapman, Perry, Styles & Combs, 2009). No entanto, até à data, existe pouca investigação no que se refere a formas de prevenir ou reduzir o impacto negativo da violência no trabalho (Spector, Coulter, Stockwell & Matz, 2007). De acordo com Schat e Kelloway (2003), o efeito do suporte organizacional sobre os resultados de violência no local de trabalho pode ajudar a prevenir ou a reduzir o impacto negativo da exposição ao fenómeno. No local de trabalho, espera-se que o apoio do supervisor à vítima reduza o efeito negativo do impacto da violência sobre o funcionamento organizacional (Schat e Kelloway, 2003). Deste modo, profissionais que têm suporte por parte da organização sentem-se mais confiantes em regressar ao trabalho e têm menos medo da ocorrência deste fenómeno futuramente (Barling, 1996). Posto isto, o suporte organizacional terá um efeito positivo na minimização do impacto da violência na vítima. Assim, será importante estabelecer estratégias de intervenção, de modo a prevenir este tipo de situações e, aumentar o suporte organizacional percebido pelos colaboradores.

### **Medidas de Intervenção Primária, Secundária e Terciária**

A intervenção primária corresponde a um nível macro e tem como principal objetivo a prevenção do fenómeno, reduzindo o risco de ocorrência (Di Martino, Hoel & Cooper, 2003). Para tal, podem ser consideradas medidas de carácter estrutural, nomeadamente ao nível do ambiente organizacional. Este deve assentar em alterações na organização do espaço, assim como na implementação de sistemas de segurança (OSHA, 2004). Após a ocorrência do fenómeno, devem ser estabelecidos procedimentos que atenuem os efeitos negativos do fenómeno – intervenção secundária – assim, para se reduzirem os efeitos negativos da violência na saúde, deve-se, perante uma situação de violência, implementar planos de emergência com o intuito de auxiliar a vítima, ajudando-a na procura do seu próprio autocontrolo (OSHA, 2004). Por fim, a intervenção terciária, tem como objetivo a disponibilização de meios para a recuperação do bem-estar psicológico e físico do profissional, ou seja, meios que minimizem as consequências que resultam da violência, potenciando novamente a reintegração da vítima no ambiente de trabalho, apoiando-a sempre até atingir o seu desempenho normal (Schat & Kelloway, 2003).

### **Objetivos**

Este estudo tem como principais objetivos:

- I. Caracterizar a violência do paciente em relação aos profissionais de saúde, em termos de frequência e modo de ocorrência;
- II. Analisar a relação entre a violência no trabalho neste grupo de profissionais e variáveis individuais (idade), variáveis do contexto de trabalho (tipo de serviço, anos de experiência), avaliação geral de saúde e percepção de suporte organizacional;
- III. Com base nos resultados obtidos, refletir sobre possibilidades de intervenção, no serviço hospitalar, para ajudar na prevenção do fenômeno de violência.

## Metodologia

### Participantes

A amostra é constituída por 191 profissionais de saúde (enfermeiras/os) que se encontram atualmente a trabalhar num serviço hospitalar português.

Como se pode observar, através da tabela 1, a maior parte da amostra é constituída por profissionais do sexo feminino (91.6%), com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos (43.5%) e licenciados (81.7%). Na mesma tabela, também se encontram apresentados os dados relativos à caracterização sócio demográfica da amostra.

**Tabela 1**

*Caraterização Sócio demográfica da amostra*

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	175	91.6%
Masculino	16	8.4%
Idade		
Entre 20 e 25 anos	29	15.2%
Entre 26 e 30 anos	37	19.4%
Entre 31 e 35 anos	46	24.1%
Entre 36 e 40 anos	28	14.7%
Entre 41 e 45 anos	21	11.0%
Entre 46 e 50 anos	14	7.3%
Entre 51 e 55 anos	8	4.2%
Entre 55 e 60 anos	5	2.6%
Mais de 60 anos	3	1.6%
Habilitações literárias		
Licenciatura	156	81.7%
Mestrado ou superior	35	1.3%

Relativamente à experiência profissional, os inquiridos em questão trabalham na organização em média há 12.17 anos ( $DP = 9.556$ ), observando-se o valor mínimo de 1 ano e máximo de 38 anos. Relativamente ao local de trabalho, tal como se pode observar na tabela 2, a maioria dos profissionais trabalha em hospitais públicos (86.4%) de grande dimensão (59.7%), caracterizados como gerais (64.9%).

No que diz respeito ao serviço atual de trabalho, podemos também observar também, na tabela 2, que existe uma grande variedade, sendo a Medicina (15.7%) e a Cirurgia (14.7%) os serviços onde se encontra um maior número de profissionais.

**Tabela 2**

*Caraterização da Situação Profissional*

Variável	n	%
Hospital		
Público	165	86.4%
Privado	26	13.6%
Dimensão		
Grande	114	59.7%
Pequeno	77	40.3%
Tipo de Hospital		
Geral	124	64.9%
Especialidade	55	28.8%
Urgências	12	6.3%
Serviço Atual		
Medicina	30	15.7%
Cirurgia	28	14.7%
Medicina Interna	26	13.6%
Urgências	24	12.6%
Medicina Geral	19	9.9%
Psiquiatria	13	6.8%
Maternidade	10	5.2%
Cuidados Continuados	8	4.2%
Neurologia	7	3.7%
Cuidados Intensivos	6	3.1%
Pediatria	6	3.1%
Ortopedia	4	2.1%
Geriatrics	4	2.1%
Trauma	3	1.6%
Geral	3	1.6%

### Procedimento

Numa fase inicial, foi estabelecido contacto com quatro instituições hospitalares para se efetuar a recolha de dados. Nesses contactos foram explicados quais os objetivos do estudo e a pertinência do mesmo, bem como os respetivos procedimentos. Visto que nenhuma das

instituições contactadas demonstrou interesse em colaborar na concretização do estudo, pois não foi obtida nenhuma resposta por parte das mesmas, optou-se pela criação de uma versão *online* do questionário. Numa primeira fase, foi aplicado um pré-teste a um grupo de 15 enfermeiros pós-graduados, que não sugeriram qualquer alteração no questionário. O *link* para aceder ao questionário foi disponibilizado nas redes sociais, fóruns de enfermeiros, bem como através do Sindicato dos Enfermeiros.

O questionário de investigação integrado neste estudo, constituído por três escalas, esteve disponível *online* durante cerca de um mês e meio (desde meados do mês de maio até ao fim do mês de junho de 2015), sendo esclarecidos, antes de iniciar o questionário, quais eram os propósitos do estudo, bem como seriam assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Para a análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico de análise de dados *Statistical Packade for the Social Sciences* (IBM® SPSS®, versão 20.0.0).

## **Instrumentos**

### **Questionário Demográfico.**

O questionário demográfico tem como objetivo recolher informação necessária sobre os participantes e sobre o seu local de trabalho, de forma a caracterizar a amostra (e.g., idade, sexo, habilitações literárias, tipo de hospital onde se trabalha, tempo de experiência profissional).

### **Questionário de Agressão e Violência no Trabalho.**

A Escala de Agressão e Violência no Trabalho (*Agression and Violence at Work*) de Rogers e Kelloway (1997) não se encontrava validada para a população portuguesa. Neste sentido, foi necessário, após devida autorização, proceder à tradução dos itens que a constituem. Uma vez feita a tradução, esta foi discutida com investigadores na área da Psicologia do Trabalho e das Organizações.

A escala é composta por 16 itens que avaliam a frequência de acontecimentos agressivos ou violentos, durante o último ano, que podem ocorrer no local de trabalho, provenientes de várias fontes (e.g., clientes, pacientes). Estes são avaliados numa escala tipo



*likert* de quatro pontos, com a seguinte valoração: 0 (Nunca), 1 (Uma vez), 2 (Duas ou Três vezes) e 4 (Quatro ou mais vezes).

A versão original é composta por três subescalas: 1) violência física no trabalho, 2) violência psicológica no trabalho e 3) violência vicariante no trabalho. A subescala de violência física é composta por oito itens e avalia a ocorrência de uma variedade de comportamentos fisicamente violentos no local de trabalho (e.g., ser esbofeteado, pontapeado, ameaçado com uma arma) ocorridos durante o último ano. Em termos de fiabilidade, esta apresentou um *Alpha de Cronbach* de 0.90 na escala original.

A segunda subescala, a da violência psicológica, avalia a frequência de ocorrência de comportamentos de agressão psicológica (e.g., “já lhe gritaram ou berraram enquanto estava a trabalhar?”), sendo composta por três itens, com um valor de *Alpha de Cronbach* igual a 0.87.

Por fim, a subescala de violência vicariante é composta por cinco itens. Estes avaliam a experiência deste tipo de violência através da percepção (direta ou visual, indireta ou auditiva) de atos de violência direcionados a outros profissionais dentro do local de trabalho (e.g., colegas de trabalho ou diretores). Um exemplo de um item da escala é “Alguma vez viu algum dos seus colegas de trabalho/diretores experienciar acontecimentos violentos no trabalho?”. Esta subescala apresentou, no estudo original, um valor de *Alpha de Cronbach* de 0.88.

### **Escala de Percepção de Suporte Organizacional.**

O questionário de Percepção de Suporte Organizacional (*Survey of Perceived Organizational Support*) foi criado por Eisenberg, Huntington, Hutchison e Sowa (1986), constituído na sua versão original por 36 itens, tem como intuito avaliar a percepção dos trabalhadores sobre a forma como os mesmos são tratados pela organização onde trabalham.

No presente estudo utilizou-se a versão reduzida do instrumento, adaptada para a população portuguesa por Santos e Gonçalves (2010), a qual é constituída por oito itens (e.g., *A organização preocupa-se de facto com o meu bem-estar*), quatro dos quais invertidos, apresentando um *Alpha de Cronbach* de 0.87. Neste instrumento é solicitado aos participantes que, face a cada item assinalem o seu grau de concordância com o mesmo, podendo o mesmo fazer uso de uma escala entre 1 e 7, sendo que o primeiro corresponde a “Discordo Totalmente” e o último a “Concordo Totalmente”.

### **Questionário Geral de Saúde.**

O Questionário Geral de Saúde (*General Health Questionnaire – GHQ*) é uma medida simples da saúde mental. A versão original de Goldberg (1978) inclui 60 itens, existindo posteriormente versões com 30, 28, 20 e 12.

Para a realização deste estudo foi utilizada a versão reduzida (12 itens) da versão original de 28 itens (Goldberg, 1992), adaptado para a população portuguesa por McIntyre, McIntyre e Redondo (1999). O questionário é composto por afirmações que pretendem avaliar a saúde dos participantes nas últimas semanas. Estas afirmações integram uma variedade de conceitos, tais como níveis de autoconfiança, depressão, perda de sono e solução de problemas (Silva, Azevedo & Dias, 1995). Um exemplo de um dos itens é *Tem-se sentido constantemente sob pressão?*. A resposta é dada numa escala de *likert* de 4 pontos (1- Menos que habitualmente, 2- Como habitualmente, 3- Mais que habitualmente, 4- Muito mais que habitualmente). As respostas da escala são cotadas de 0 a 3 e, quanto maior o valor apresentado, maior o grau da perturbação. Os autores evidenciaram a existência de dois fatores na versão portuguesa (Fator Depressão e Fator Ansiedade), o primeiro com um coeficiente do *Alpha de Cronbach* de 0.83 e, o segundo, de 0.77.

## **Resultados**

Apresentam-se aqui os resultados relativos à caracterização da violência no trabalho, seguindo-se os resultados relativos à análise da relação entre esta e as restantes variáveis. Foram usados testes paramétricos ou não paramétricos, conforme estejam ou não cumpridos os pressupostos para a utilização dos mesmos (Field, 2005).

Uma vez que a escala de Agressão e Violência no Trabalho não se encontrava validade para o contexto português, iniciou-se a análise pelo estudo das suas propriedades psicométricas.

### **Violência no Trabalho**

Para o estudo da validade da escala de Agressão e Violência no Trabalho efetuou-se uma análise fatorial exploratória dos componentes principais com rotação *varimax*. A análise

da fidelidade foi realizada através do cálculo do coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach*.

Esta análise fatorial exploratória foi conduzida nos seus 16 itens, com rotação ortogonal (*varimax*), através do critério de normalização de Kaiser (eigenvalue  $\geq 1$ ). A medida de KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy*) verificou a adequação da amostra para a análise, KMO = .856, o que é acima do limite aceitável de 0.5 (Field, 2005). O teste de esfericidade de Bartlett  $\chi^2 (120) = 1187.827, p < .001$ , indicou que a correlação entre os itens era suficientemente grande, permitindo a continuidade das análises.

Verificou-se, contrariamente ao descrito na escala original, a extração de 4 fatores, que explicam uma variância total de 64.05%. Como podemos verificar através da análise da Tabela 3, o primeiro fator, denominado de “Violência Psicológica”, explica 37.05% da variância e nele saturam os itens 9, 10, 11 e 12. O segundo fator explica 11.70% da variância e engloba os itens 1, 2, 3 e 4. Este fator foi designado por “Violência física face a si próprio”, pois os itens que o constituem apresentam um caráter de dano para a própria vítima (e.g., “já alguém lhe cuspiu ou mordeu”). No que diz respeito ao terceiro fator, denominado de “Violência Vicariante”, este explica 8.29% da variância e agrega os itens 13, 14, 15 e 16. Por fim, o quarto fator, agrupa os itens 6, 7 e 8, explicando uma variância de 7.46%, e foi designado por “Violência física face a bens”, dado que os itens que dele fazem parte têm como principal ameaça os bens pessoais da vítima (e.g., “já alguém o ameaçou de danificar os seus bens”).

Após a extração dos fatores, foram analisados os itens pormenorizadamente. Verificou-se que o item 13 satura em dois fatores, no entanto, por motivos teóricos, optou-se por considerá-lo no fator 3. Relativamente ao item 5 (“Já foi ameaçado com uma arma enquanto estava a trabalhar?”), após a análise de critérios de conteúdo, optou-se por retirá-lo, uma vez que não se adequa à dimensão a que pertence.

**Tabela 3***Resultados da Análise Fatorial Exploratória da Escala de Agressão e Violência no Trabalho*

Itens	Fatores			
	1	2	3	4
1. Alguma vez foi esbofetado, pontapeado, amarrado ou empurrado por alguém enquanto estava a trabalhar?	.146	<b>.783</b>	.033	.048
2. Já alguém lhe cuspiu ou mordeu enquanto estava a trabalhar?	.212	<b>.780</b>	.041	.047
3. Já lhe atiraram algum objeto enquanto estava a trabalhar?	.004	<b>.707</b>	.174	.350
4. Já foi ameaçado com algum dos exemplos de violência física acima referidos enquanto estava a trabalhar?	.200	<b>.774</b>	.245	.249
5. Já foi ameaçado com uma arma enquanto estava a trabalhar?	.102	.088	.058	.673
6. Os seus bens pessoais ou de trabalho já foram danificados por alguém no seu trabalho?	.229	.114	.013	<b>.695</b>
7. Já alguém o ameaçou de danificar os seus bens pessoais ou de trabalho enquanto estava a trabalhar?	.056	.241	.355	<b>.692</b>
8. Já alguém lhe fechou a porta na cara enquanto estava a trabalhar?	.384	.003	.186	<b>.589</b>
9. Já lhe gritaram ou berraram enquanto estava a trabalhar?	<b>.797</b>	.246	.121	.175
10. Alguma vez foi injuriado enquanto estava a trabalhar?	<b>.599</b>	.167	.363	.214
11. Já se sentiu observado fixamente enquanto estava a trabalhar?	<b>.585</b>	.114	.000	.291
12. Alguma vez viu algum dos seus colegas de trabalho/diretores experienciar acontecimentos violentos no trabalho?	<b>.715</b>	.185	.266	.129
13. Alguma vez ouviu falar se os seus colegas de trabalho/diretores experienciaram algum ato violento durante o trabalho?	.640	.011	<b>.512</b>	.014
14. Já viu algum dos seus colegas de trabalho/diretores serem ameaçados de violência física no trabalho?	.117	.235	<b>.833</b>	.062
15. Já ouviu falar de algum caso em que os seus colegas de trabalho/diretores tenham sido ameaçados de violência física no trabalho?	.210	.074	<b>.789</b>	.163
16. Algum dos seus amigos/familiares sofreram ou foram ameaçados de violência física enquanto estavam no trabalho?	.213	.061	<b>.667</b>	.160
<b>Variância Explicada Por Fator</b>	<b>37.05</b>	<b>11.70</b>	<b>8.29</b>	<b>7.46</b>

De seguida, foi analisada a consistência interna (*Alpha de Cronbach*) para cada uma das escalas. Observou-se que este coeficiente oscila entre .67 (violência física face a bens) e .81 (violência física face a si próprio). Os coeficientes para todas as escalas podem ser observados na Tabela 4. Também nesta tabela são apresentados os resultados obtidos entre as correlações das diferentes subescalas de violência. Como pode ser observado, todas as subescalas encontram-se correlacionadas positivamente entre si, oscilando entre .317 (correlação entre a violência física face a bens e a violência física face a si próprio) e .597 (correlação entre violência psicológica e violência física face a bens).

**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	4
1. Violência Psicológica	1.89	.860	(.77)			
2. Violência Vicariante	1.50	.828	.554**	(.79)		
3. Violência Física face a si próprio	.75	.792	.427**	.343**	(.81)	
4. Violência Física face a bens	.54	.685	.597**	.438**	.317**	(.67)

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

De modo a caracterizar o fenómeno de violência mais detalhadamente, serão apresentados os resultados relativos à frequência com que os profissionais experienciaram comportamentos considerados violentos ou agressivos no seu local de trabalho, durante o último ano. Os resultados encontram-se na Tabela 5, organizados por ordem decrescente de ausência do comportamento. Como se pode verificar, os profissionais referem experienciar menos comportamentos relacionados com *ameaças de dano a bens pessoais*. Cerca de 75 % dos profissionais afirma nunca ter experienciado esse comportamento por parte dos pacientes no último ano e, apenas cerca de 5 % dos profissionais afirma ter sido vítima de tal comportamento quatro ou mais vezes durante o ano.

Por outro lado, cerca de 9.5% dos profissionais refere que nunca *ouviu falar se os seus colegas de trabalho/diretores experienciaram algum ato violento durante o trabalho*. Podemos ainda observar que o comportamento que mais profissionais de saúde referem experienciar com maior frequência está relacionado com o facto de estes se *sentirem observados fixamente enquanto estavam a trabalhar*. Neste sentido, cerca de 56% dos profissionais refere já ter experienciado este comportamento quatro ou mais vezes, sendo que 17% afirma nunca ter tido essa experiência no último ano.

Na sua globalidade, os resultados indicam que a violência psicológica ( $M = 1.89$ ) ocorre com mais frequência, sendo que cerca de 81% dos profissionais inquiridos afirma que, pelo menos uma vez no último ano, sofreu deste tipo de violência. Dentro deste fator, o comportamento que mais profissionais afirmam ter sido alvo, cerca de 86.9%, diz respeito à violência verbal (*“já lhe gritaram ou berraram enquanto estava a trabalhar”*),

**Tabela 5***Frequência de acontecimentos violentos ou agressivos*

No último ano...	0		1		2 - 3		4 ou +	
	n	%	n	%	n	%	n	%
7. Já alguém o ameaçou de danificar os seus bens pessoais ou de trabalho enquanto estava a trabalhar? (VFB)	143	74.9	21	11.0	18	9.4	9	4.7
6. Os seus bens pessoais ou de trabalho já foram danificados por alguém no seu trabalho? (VFB)	137	71.7	31	16.2	18	9.4	5	2.6
3. Já lhe atiraram algum objeto enquanto estava a trabalhar? (VFP)	136	71.2	28	14.7	18	9.4	9	4.7
1. Alguma vez foi esbofeteado, pontapeado, amarrado ou empurrado por alguém enquanto estava a trabalhar? (VFP)	114	59.7	37	19.4	26	13.6	14	7.3
8. Já alguém lhe fechou a porta na cara enquanto estava a trabalhar? (VFB)	113	59.2	30	15.7	32	16.8	16	8.4
16. Algum dos seus amigos/familiares sofreram ou foram ameaçados de violência física enquanto estavam no trabalho? (VV)	108	56.5	24	12.6	38	19.9	21	11.0
2. Já alguém lhe cuspiu ou mordeu enquanto estava a trabalhar? (VFP)	102	53.4	41	21.5	33	17.3	15	7.9
4. Já foi ameaçado com algum dos exemplos de violência física acima referidos enquanto estava a trabalhar? (VFP)	86	45.0	39	20.4	35	18.3	31	16.2
14. Já viu algum dos seus colegas de trabalho/diretores serem ameaçados de violência física no trabalho? (VV)	55	28.8	38	19.9	63	33.0	35	18.3
10. Alguma vez foi injuriado enquanto estava a trabalhar? (VP)	47	24.6	34	17.8	48	25.1	62	32.5
12. Alguma vez viu algum dos seus colegas de trabalho/diretores experienciar acontecimentos violentos no trabalho? (VP)	41	21.5	27	14.1	69	36.1	54	28.3
15. Já ouviu falar de algum caso em que os seus colegas de trabalho/diretores tenham sido ameaçados de violência física no trabalho? (VV)	39	20.4	36	18.8	60	31.4	56	29.3
11. Já se sentiu observado fixamente enquanto estava a trabalhar? (VP)	33	17.3	15	7.9	37	19.4	106	55.5
9. Já lhe gritaram ou berraram enquanto estava a trabalhar? (VP)	25	13.1	28	14.7	51	26.7	87	45.5
13. Alguma vez ouviu falar se os seus colegas de trabalho/diretores experienciaram algum ato violento durante o trabalho? (VV)	18	9.4	27	14.1	77	40.3	69	36.1

*Nota:* VP=Violência Psicológica; VFP=Violência Física face a si próprio; VFB=Violência Física face a bens; VV=Violência Vicariante

De acordo com a Tabela 4 e a Tabela 5, é possível afirmar que a violência física face a bens é o comportamento que um menor número de profissionais refere ter ocorrido no último ano, pelo contrário, a violência psicológica é o fator que revela uma maior predominância.

### **Análise da relação entre a violência e variáveis organizacionais e individuais**

Nesta fase do estudo foram analisadas as diferenças existentes entre as várias escalas de violência em função de variáveis individuais (idade e experiência profissional) e variáveis organizacionais (local de serviço).

Uma vez que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estavam cumpridos, para aferir as diferenças entre as diversas subescalas e a idade dos profissionais, procedeu-se à realização do teste de *Kruskal-Wallis* ( $\chi^2$ ). Verificou-se, como ilustrado pela Tabela 6, diferenças significativas na violência vicariante em função da idade ( $\chi^2(3) = 7.999$ ,  $p = .046$ ) e na violência física face a bens ( $\chi^2(3) = 9.078$ ,  $p = .028$ ). Na sequência destas diferenças significativas, foi necessária a realização de seis testes de *Mann-Whitney*, com correção de *Bonferroni*, para se averiguar a proveniência de tais diferenças. Assim, esses testes revelaram que profissionais de saúde com mais de 45 anos tendem a sofrer mais de violência física face a bens do que profissionais com idades inferiores a 25 anos ( $Z = -2.707$ ,  $p < .008$ ). Relativamente à violência vicariante, não foram encontrados resultados significativos em nenhum dos grupos.

**Tabela 6**

*Comparação dos diferentes tipos de violência em função da idade*

	≤ 25 anos (N=29)	>25 ≤ 35 anos (N=83)	>35 ≤ 45 anos (N=49)	>45 anos (N=30)	$\chi^2(3)$
Violência Psicológica	71.55	103.28	98.77	94.98	7.324
Violência Física face a si próprio	87.53	108.16	87.96	83.68	7.513
Violência Física face a bens	74.24	101.51	90.12	111.40	9.078**
Violência Vicariante	69.43	100.28	100.59	102.33	7.999**

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

De forma a analisar a associação existente entre as diferentes subescalas de violência no trabalho e os anos de experiência, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Verificou-se que a violência vicariante se encontra positivamente correlacionada com os anos de experiência profissional,  $r_s = .198$ ,  $p = .006$ . Da mesma forma, há uma correlação positiva significativa entre a violência física face a bens e a experiência profissional,  $r_s = .241$ ,  $p = .001$ . Assim, profissionais com mais experiência profissional tendem a sofrer mais de violência física face aos bens e violência vicariante, comparativamente com profissionais com menos anos de experiência.

Por fim, com o intuito de se verificar se existiriam diferenças entre a violência no trabalho e o local de serviço, foram criados dois grupos. O primeiro inclui as seguintes unidades hospitalares: Psiquiatria, Urgências, Neurologia e Cuidados Continuados (N = 59). O segundo inclui todos os restantes serviços, já descritos anteriormente. Esta divisão foi efetuada com base na literatura previamente apresentada. Os resultados do teste *Mann-Whitney* indicam que há diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais que

trabalham em serviços considerados de maior risco (Urgências, Psiquiatria, Neurologia e Cuidados Continuados) ao nível da violência física face a si próprio ( $Z = -2.061$ ,  $p = .039$ ), com uma ordem média de 109.21) e da violência física face a bens ( $Z = -2.336$ ,  $p = .019$ ), com uma ordem média de 110.52. Os profissionais que executam funções nos serviços de Psiquiatria, Urgências, Neurologia e Cuidados Continuados, relatam sofrer mais de violência física do que os restantes profissionais de saúde.

Para analisar a relação entre os diferentes tipos de violência e a perceção de suporte organizacional e avaliação geral da saúde foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Observa-se, através da Tabela 7, que todas as variáveis se correlacionam de forma estatisticamente significativa entre si, à exceção de duas variáveis (violência física face a si próprio com a ansiedade e violência vicariante com a ansiedade). Os valores oscilam entre  $-0.430$  (correlação entre a perceção de suporte organizacional e a ansiedade) e  $0.738$  (correlação entre a depressão e a ansiedade).

De uma forma geral, pode constatar-se que existem relações negativas entre a perceção de suporte organizacional e a saúde (depressão e ansiedade), bem como entre as diversas subescalas de violência. O aumento da perceção de suporte organizacional está associado a níveis mais baixos de depressão e ansiedade, assim como de violência.

Por sua vez, as medidas de depressão e ansiedade encontram-se relacionadas positivamente com algumas subescalas de violência. Os profissionais de saúde (enfermeiros/as) que sofrem de violência tendem a sofrer de maiores níveis de depressão e ansiedade.

### Tabela 7

*Matriz de correlação entre os diferentes tipos de violência, perceção de suporte organizacional e avaliação geral da saúde*

Variáveis	1	2	3
1.Perceção de Suporte Organizacional	-		
2.GHQ – Depressão	<b>-.386**</b>	-	
3.GHQ - Ansiedade	<b>-.430**</b>	<b>.738**</b>	-
4.Violência Psicológica	<b>-.407**</b>	<b>.360**</b>	<b>.318**</b>
5.Violência Física face aos bens	<b>-.323**</b>	<b>.291**</b>	<b>.260**</b>
6.Violência Física face a si próprio	<b>-.148*</b>	<b>.183*</b>	.081
7.Violência Vicariante	<b>-.210**</b>	<b>.212**</b>	.129

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$



### Prevenção e Gestão da Violência

Na Tabela 8 estão apresentados alguns dados relativos à prevenção e gestão da violência. Podemos observar que a maior parte dos profissionais afirma a existência de seguranças no hospital, por outro lado, o serviço onde trabalham não apresenta vigilância.

Em caso de ocorrência de violência, verifica-se que mais de metade dos profissionais afirma existir apoio jurídico no hospital, pelo contrário, afirmam que o mesmo não dispõe do devido apoio psicológico.

**Tabela 8**

*Frequências relativas a estratégias de Prevenção e Gestão da Violência no local de trabalho*

	Sim		Não	
	n	%	n	%
O hospital dispõe de vigilância de seguranças?	149	78.0	42	22.0
O serviço onde trabalha dispõe de vigilância de seguranças?	51	26.7	140	73.3
Em caso de violência, o hospital dispõe de algum serviço de apoio psicológico?	79	41.4	112	58.6
Em caso de violência, o hospital dispõe de algum serviço de apoio jurídico?	111	58.1	80	41.9

### Discussão dos Resultados

Este estudo vem juntar-se à escassa literatura incidente sobre o fenómeno de violência no trabalho em Portugal.

Relativamente ao primeiro objetivo, de caracterizar a violência do paciente face aos profissionais de saúde em termos de frequência e formas de ocorrência, foi verificado que a violência psicológica ocorre com mais frequência dentro dos profissionais inquiridos e, dentro deste fator, o comportamento mais predominante diz respeito à violência verbal, o que está de acordo com os estudos efetuados por LeBlanc e Barling (2004). O estudo desenvolvido em Portugal em 2012 pelo Observatório Nacional da Violência Contra Profissionais de Saúde, no âmbito hospitalar, no grupo de enfermeiros (n = 94) revela que apenas 8.1% dos profissionais inquiridos sofreram de violência física e 54% de violência psicológica. Tendo em conta os resultados obtidos no atual estudo, podemos considerar que se trata de um fenómeno bastante recorrente nesta área, pelo que, a adoção de estratégias por parte das organizações de modo a prevenir esta situação é cada vez mais urgente.

O segundo objetivo do estudo tinha como propósito analisar a relação entre a violência e variáveis individuais, profissionais, percepção de suporte organizacional e avaliação geral de saúde. Foi possível verificar que os profissionais com mais de 45 anos tendem a sofrer mais de violência face a bens comparativamente com os profissionais com menos de 25 anos e, que, quanto maior o número de anos de experiência, maior é a tendência para serem vítimas de violência vicariante e violência física face a bens. Tais resultados não são consistentes com a revisão da literatura consultada. Segundo Di Martino (2003) há uma maior probabilidade de ocorrência deste fenómeno a trabalhadores mais jovens.

De acordo com Chappel e Di Martino (1998), Farrell (1999) e Taylor e Rew (2011), ainda que a violência no trabalho ocorra em cada área do setor de saúde, é todavia nos serviços de urgência, unidades psiquiátricas e cuidados de longa ou curta duração, que o risco de prevalência deste fenómeno aumenta. Os resultados encontrados vão de encontro ao que foi referido anteriormente, verificando-se que os serviços acima referidos têm uma maior predisposição para a ocorrência violência física.

Quando analisada a correlação entre a violência no trabalho, percepção de suporte organizacional e avaliação geral de saúde, verificou-se que a percepção de suporte organizacional se encontra negativamente correlacionada com a avaliação geral de saúde e as subescalas de violência. Os resultados obtidos vão de encontro à revisão da literatura apresentada por Schat e Kelloway (2000) e LeBlanc e Kelloway (2002). Os autores afirmam que profissionais que percebem algum tipo de apoio por parte da organização tendem a avaliar positivamente a sua saúde, ou seja, não se encontram tão predispostos a apresentar depressões ou ansiedade. Por sua vez, sofrem menos de violência, o que nos sugere que a percepção de suporte organizacional possa ser um moderador do fenómeno de violência no trabalho.

Por fim, como consequências da violência, foi observado que o fenómeno, seja ela psicológica, física ou vicariante, encontra-se correlacionada positivamente com a depressão e a ansiedade. Podemos afirmar, de acordo com Hershcovis e Barling (2010), que a exposição à violência se encontra relacionada com perturbações de humor, levando a consequências como a ocorrência de depressões e crises de ansiedade. Segundo Hoel, Sparks e Cooper (2001), quanto maior a frequência e mais grave a forma de violência, maior será o efeito negativo, ou seja, maior será o impacto sobre a saúde.

São já bem conhecidos os efeitos que a violência pode ter ao nível organizacional. De acordo com Hoel e Cooper (2000), a ocorrência deste fenómeno encontra-se associada a um maior absentismo, menor desempenho e menor produtividade, por parte dos profissionais. Do

ponto de vista das estratégias de intervenção, sugere-se como intervenção primária o aumento de vigilância nos referidos locais de trabalho. Esta vigilância pode ser feita através de câmaras que monitorizem para uma sala de controlo. A OSHA (2004) refere que uma das medidas para a intervenção a este nível é a implementação de mecanismos de segurança, como por exemplo detetores de metais na entrada do hospital, com o objetivo de prevenir que os pacientes levem armas. Segundo Hartley, Ridenour, Craine e Costa (2012), um dos meios recomendados para a redução da violência no local de trabalho consiste no melhoramento da iluminação, uma vez que esta tende a diminuir este tipo de comportamentos. As organizações devem também fazer uma gestão do pessoal, estipulando que nenhum enfermeiro trabalhe sozinho, dado que o facto de trabalhar mais do que um enfermeiro no mesmo local pode reduzir a ocorrência do fenómeno de violência (OSHA, 2004).

No que diz respeito à intervenção secundária, sugere-se a criação de um plano de emergência no contexto hospitalar, para quando se verifique este tipo de situações. No plano devem constar quais os procedimentos a seguir e a quem recorrer, sendo que é necessário acionar os meios de medidas complementares (OSHA, 2004), bem como reportar a ocorrência ao superior sempre que ocorra uma situação de violência.

Os resultados obtidos neste estudo revelam, como referido atrás, que mais de metade dos inquiridos afirma a existência de apoio jurídico na organização, no entanto, revelam que não apresenta apoio psicológico. Assim sendo, ao nível da intervenção terciária, uma das medidas sugeridas seria a disponibilização de apoio psicológico à vítima, com o objetivo de ajudar a lidar com as consequências da ocorrência de violência. Nesta fase, a vítima deveria receber, por parte da organização, todo o apoio necessário, seja ele psicológico ou jurídico, de modo a que os efeitos da violência sejam minimizados.

### **Conclusão**

A investigação sobre o fenómeno de violência no trabalho é escassa em Portugal, no entanto, nos últimos anos, tem havido uma preocupação crescente por parte da comunicação social. Assim, este estudo faz uma caracterização da violência no meio hospitalar, demonstrando uma maior prevalência da violência psicológica em comparação com as outras. De notar que os efeitos da violência nos profissionais são graves e as consequências pessoais e organizacionais notáveis. Embora a caracterização do fenómeno já tenha sido feita em Portugal, a relação deste com o suporte organizacional e com a avaliação geral da saúde, de

que tenhamos conhecimento, ainda não tinha sido explorada. Os resultados obtidos neste estudo foram de encontro ao que tem sido estudado no resto do mundo, dado que o suporte organizacional se correlaciona negativamente tanto com a violência como com a avaliação geral da saúde. Por outro lado, a violência tem uma correlação positiva com a avaliação geral da saúde.

É de ressaltar que este estudo teve como uma das suas principais limitações o facto de a amostra ser maioritariamente composta por profissionais do sexo feminino. Seria importante perceber as diferenças existentes entre profissionais do sexo feminino e do sexo masculino. Sugere-se ainda que, no futuro, sejam realizados mais estudos que, por um lado, visem correlacionar a experiência profissional e os diferentes tipos de violência e, por outro lado, que comparem os diferentes grupos etários com os diferentes tipos de violência. Uma outra limitação diz respeito à proposta de intervenção, em estudos posteriores seria importante avaliar quais são as estratégias de prevenção que os profissionais de saúde consideram ser eficazes aquando da ocorrência deste fenómeno. Por fim, seria relevante abranger um maior leque de profissionais de saúde, nomeadamente médicos e auxiliares de enfermagem.

### Referências Bibliográficas

- Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science & Medicine*, 52(2), 203-213.
- Barling, J. (1996). The prediction, experience, and consequences of workplace violence. In G. R. VandenBos & E. Q. Bulatao (Eds.), *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions* (pp. 29–49). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barling, J., Rogers, G., & Kelloway, K. (2001). Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 255- 269.
- Braverman, M. (1999). *Advanced topics in organizational behavior: Preventing workplace violence: A guide for employers and practitioners*. Thousand Oaks, CA: SAGE
- Budd, W., Arvey, D., & Lawless, P. (1996). Correlates and consequences of workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 197–210.
- Chapman, R., Perry, L., Styles, I. & Combs, S. (2009). Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British Journal of Nursing*, 18 (8), 476– 483.
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L., & Combs, S. (2010). Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 479-488.
- Chappell, D. & Di Martino, V. (1998). *Violence at work*. Geneva: International Labour Office.
- Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho = cuidados de qualidade*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Cooper, C., & Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector. State of the art*. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos.
- Di Martino, V. (2003) *Relationship between stress and violence in the health sector*. Geneva: Internacional Labour Office.
- Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C.L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.

- Elliott, P. (1997). Violence in health care: What nurse managers need to know. *Nursing Management*, 28, 12, 38-41.
- Farrell, G.A (1999). Aggression in clinical settings: nurses' views— A follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 532-541.
- Farrell, G.A., & Shafiei, T. (2012). Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1423-1431.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. UK: NFER-Nelson.
- Goldberg, D. (1992). *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Hahn, S., Müller, M., Hantikainen, V., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2013). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 374-385.
- Hanson, G. C., Perrin, N. A., Moss, H., Laharnar, N., & Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(1), 11.
- Hartley, D., Ridenour, M., Craine, J., & Costa, B. (2012). Workplace Violence Prevention for Healthcare Workers— An Online Course. *Rehabilitation nursing*, 37(4), 202-206.
- Hershcovis, M. S., & Barling, J. (2010). Towards a multi-foci approach to workplace aggression: A meta-analytic review of outcomes from different perpetrators. *Journal of Organizational Behavior*, 31(1), 24-44.
- Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hoel, H., & Cooper, C. L. (2000). *Destructive conflict and bullying at work*. Manchester: Manchester School of Management, UMIST.
- Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. L. (2001). *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment*. Geneva: International Labour Organization.
- LeBlanc, M., & Barling, J. (2004). Workplace aggression. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (1), 9-12.
- LeBlanc, M. & Kelloway, K. (2002). Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal of Applied Psychology*. 87, 444-453.
- Mahoney, B. S. (1991). The extent, nature, and response to victimization of emergency nurses in Pennsylvania. *Journal of Emergency Nurses*, 17, 292-294.

- Mayhew, C. (2005). Occupational violence: The emerging OHS epidemic of the 21st century. In C. Peterson & C. Mayhew (Eds.), *Occupational health and safety: International influences and the 'new' epidemics* (pp. 31–52). Amityville: Baywood.
- Mayhew, C., & Chappell, D. (2001). *Occupational violence: Types, reporting patterns, and variations between health sectors* (Vol. 139). School of Industrial Relations, University of New South Wales.
- 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.
- McIntyre, T., McIntyre, S. & Redondo, R. (1999). *Questionário Geral de Saúde*. (In Portuguese: General Health Questionnaire). Braga: McIntyre, McIntyre e Redondo.
- McPhaul, K.M., & Lipscomb, J.A. (2004). Workplace violence in health care: Recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(3), 7.
- Menckel, E., & Viitasara, E. (2002). Threats and violence in Swedish care and welfare—Magnitude of the problem and impact on municipal personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 376-385.
- Needham, K., McKenna, O.P., & Tucker, O. (2008). *Workplace Violence in the Health Sector*. Netherlands: KAVANAH.
- Observatório Nacional da Violência Contra Profissionais de Saúde (2012). Relatório 2011. Disponível em: [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/816BABAE-FB46-4C0E-B2E2-0AA36566AE25/0/RelatorioVPS\\_DGS.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/816BABAE-FB46-4C0E-B2E2-0AA36566AE25/0/RelatorioVPS_DGS.pdf)
- OSHA (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers*. Disponível em: <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>
- Pawlin, S. (2008). Reporting violence. *Emergency Nurse*, 16, 16-21.
- Rippon, T. J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.
- Rogers, K. & Kelloway, K. (1997). Violence at work: Personal and organizational outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 63-71.
- Santos, J. V., & Gonçalves, G. (2010). Contribuição para a adaptação portuguesa da escala de Percepção de Suporte Organizacional de Eisenberger, Huntington, Hutchison e Sowa (1986). *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 6-11.
- Schat, A., & Kelloway, K. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 386-402.

- Schat, A. & Kelloway, K. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 110-122.
- Schat, A., & Kelloway, K. (2005). Workplace violence. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. Frone (Eds.), *Handbook of workplace stress* (pp. 189-218). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Silva, C. F., Azevedo, M. H., & Dias, M. R. (1995). Cronobiologia e avaliação psicológica: Estudo padronizado do trabalho por turnos. In L. Almeida & I. Ribeiro (Orgs.), *Actas do III Congresso de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp.35-42). Braga: APPORT.
- Spector P.E., Coulter M.L., Stockwell H.G. & Matz M.W. (2007) Perceived violence climate: a new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggression, and their potential consequences. *Work & Stress* 21(2), 117–130.
- 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.
- Sullivan, S.E. (1999). The changing nature of careers: A review and research agenda. *Journal of Management*, 25,457–484.
- Taylor, J. L., & Rew, L. (2011). A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of clinical nursing*, 20 (7-8), 1072-1085.
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3-10.