

Violência em Contexto Psiquiátrico
Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa
da ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale)

Amorim Gabriel Santos Rosa

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental

Porto

2008

Amorim Gabriel Santos Rosa

Violência em Contexto Psiquiátrico

Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da ATAS
(Attitudes Toward Aggression Scale)

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde
Mental apresentada à Faculdade de Medicina do Porto
Orientador: Professor Doutor Manuel Esteves

Porto

2008

Não há razão para termos medo das sombras.
Apenas indicam que em algum lugar próximo brilha a luz.

(Ruth Renkel)

A todos os meus familiares,
antepassados e presentes.

AGRADECIMENTOS

Ao olhar para trás, para o longo e muitas vezes sinuoso caminho que percorremos até chegar a este *presente*, recordamos todos quantos, parcial ou integralmente, o percorreram connosco.

Embora a realização deste trabalho seja da nossa responsabilidade, a sua realização não seria possível sem o seu esforço, dedicação e empenho.

Queremos expressar vivamente a nossa gratidão ao Senhor Professor Doutor João Barreto, pelo incentivo à realização deste estudo, pelo apoio e disponibilidade incondicionais durante o percurso realizado, e ainda pela orientação na fase inicial do trabalho.

Ao Senhor Professor Doutor Manuel Esteves, pela disponibilidade e orientação na fase final do trabalho.

Muitas foram as pessoas que, por uma ou outra razão, aceitaram o desafio de cooperar com este projecto, envolvendo-se com determinação e partilha de muito do seu precioso tempo. Neste sentido, estamos profundamente gratos:

- À Senhora Professora Isabel Marques, pela amizade, disponibilidade, apoio incondicional e ajuda nos momentos mais difíceis;

- À Senhora Professora Teresa Barroso, pela partilha e pelos momentos de discussão proporcionados;

- Aos Senhores Professores Manuel Gameiro e Luís Loureiro pelas preciosas ajudas em investigação;

- Aos Senhores Enfermeiros Chefes das unidades de internamento onde o estudo se desenvolveu;

- A todos os Senhores/as enfermeiros/as que, directa ou indirectamente colaboraram no estudo.

Finalmente, aos meus familiares e amigos agradeço todo o apoio que me permitiu abraçar este projecto que, sendo exigente, os torna ainda mais queridos.

A TODOS, A MINHA SINCERA GRATIDÃO

Resumo

A violência contra os profissionais de saúde acarreta importantes consequências ao nível individual, institucional e social. As atitudes dos profissionais perante a agressão destacam-se como factor determinante da ocorrência de incidentes violentos e da forma de controlo exercida.

A validade e a fidelidade de um instrumento capaz de avaliar as atitudes dos enfermeiros perante os comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico foram avaliadas neste estudo.

A escala original ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale) era composta por 18 itens, compreendendo cinco dimensões.

A análise factorial em componentes principais (ACP), com rotação ortogonal *varimax* e a análise de consistência interna foram realizadas com os dados de uma amostra não probabilística de 158 enfermeiros a trabalhar em hospitais psiquiátricos ou serviços de psiquiatria da região Centro.

A escala manteve o mesmo número de itens, mas viu alterada a sua estrutura factorial. A solução obtida veio mostrar a existência de quatro factores com satisfatórias propriedades psicométricas, constituindo cada um, uma subescala capaz de avaliar um tipo diferente de atitude perante a violência.

As quatro atitudes foram designadas por: “Atitude ofensiva”; “Atitude destrutiva”; “Atitude comunicativa” e “Atitude de protecção”.

O formato das correlações existentes entre as dimensões da escala e as atitudes subjacentes sugere a existência de dois domínios básicos divergentes: os componentes “comunicação/protecção” por um lado, e os componentes “ofensa/destruição”, por outro.

A escala resultante do nosso estudo, que designamos por EAPA (Escala de Atitudes Perante a Agressão) é um instrumento válido e fiável que, por um lado, habilita os investigadores a realizar estudos comparativos internacionais em atitudes e violência e, por outro, permite conhecer os domínios significativos das atitudes dos profissionais de saúde perante pacientes agressivos, permitindo o desenvolvimento de modelos de controlo da agressão.

Abstract

Violence toward health professionals causes consequences in the individual, institutional and social level. The staff attitudes toward aggression are one of the factors known to be associated with the occurrence of violent incidents, as well as their management.

The validity and reliability of an instrument measuring the attitudes of nurses toward aggressive behaviours in psychiatry was evaluated in this study.

The original scale ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale) was composed by 18 items comprising five dimensions.

The factor analysis (principal component analysis – PCA – *varimax* rotated) and the reliability coefficient (Cronbach's *alpha*) were performed with data from a nonprobability sample of 158 nurses working in psychiatric hospitals or psychiatric services in the Centre of the country.

The scale kept the same 18 items but the factor structure was modified. As a result of the PCA, four components with satisfactory psychometric properties were identified, constituting each one, one subscale capable to evaluate a different type of attitude toward aggression.

The four attitudes were labelled Offensive, Destructive, Communicative and Protective.

The format of the correlations between the four types of attitudes suggested the existence of two basic underlying divergent domains in the scale: the “communication/protection” scale components in one hand, and the “offence/destruction” components on the other.

The Aggression Scale EAPA (Escala de Atitudes Perante a Agressão) is a reliable and valid measure that will enable researchers to perform international comparative studies on attitudes and aggression and also, to know the significant domains in the attitudes of the health professionals towards aggressive patients, allowing the development of models to cope with aggression.

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1. Frequências e percentagens dos dados demográficas da amostra	70
Quadro 2. Distribuição dos sujeitos da amostra em função do sexo e local de trabalho	71
Quadro 3. Distribuição dos sujeitos da amostra em função da idade e do sexo	71
Quadro 4. Distribuição das respostas relativas às questões: frequência de doentes internados por via judicial; formação em técnicas para lidar com a agressão; e o uso regular de medidas restritivas	72
Quadro 5. Estudo da validade convergente/discriminante dos itens	74
Quadro 6. Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal <i>varimax</i> com quatro factores	77
Quadro 7. Composição da subescala “Atitude ofensiva”	79
Quadro 8. Composição da subescala “Atitude destrutiva”	80
Quadro 9. Composição da subescala “Atitude comunicativa”	80
Quadro 10. Composição da subescala “Atitude de protecção”	80
Quadro 11. Matriz de correlações entre os factores da EAPA	81
Quadro 12. Coeficiente de variação dos quatro factores da EAPA	82
Quadro 13. Teste <i>t</i> para grupos independentes; VI: Sexo; VD: Factores da EAPA	83
Quadro 14. Teste <i>t</i> para grupos independentes; VI: Experiência profissional; VD Factores da EAPA	83
Quadro 15. Teste <i>t</i> para grupos independentes; VI: Função no serviço; VD: Factores da EAPA	84
Quadro 16. Teste <i>t</i> para grupos independentes; VI: Uso regular de medidas restritivas; VD: Factores da EAPA	84
Quadro 17. Análise da consistência dos itens do Factor I	85
Quadro 18. Análise da consistência dos itens do Factor II	86

Quadro 19.	Análise da consistência dos itens do Factor III	86
Quadro 20.	Análise da consistência dos itens do Factor IV	86
Quadro 21.	Comparação dos coeficientes de consistência interna da EAPA e da ATAS	87
Quadro 22.	Dados da análise de estabilidade teste-reteste para as diferentes subescalas da EAPA	88
Quadro 23.	Resultados da análise de regressão	90
Quadro 24.	Modelo Linear Geral Univariado das variáveis preditoras dos <i>scores</i> das subescalas da EAPA	92

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. <i>Scree Plot</i> dos valores próprios (<i>Eigenvalues</i>)	78

Lista de siglas

ACP	Análise de Componentes Principais
ATAS	Attitudes Toward Aggression Scale
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CPRA	Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes
CV	Coeficiente de variação
EAPA	Escala de Atitudes Perante a Agressão
ECA	Epidemiological Catchment Área
EUA	Estados Unidos da América
HPL	Hospital Psiquiátrico de Lorvão
HSC	Hospital Sobral Cid
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra
MAVAS	The Management of Aggression and Violence Attitudes Scale
POAS	Perception of Aggression Scale
VD	Variável dependente
VI	Variável independente

SUMÁRIO

Resumo	
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de siglas	
Introdução	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
CAPÍTULO I – VIOLÊNCIA	17
1. Abordagem geral	17
1.1. Violência, agressividade, agressão: definições	17
1.2. Dinâmica da violência e agressão: explicações teóricas	21
1.3. Tipos de agressão	27
1.4. Factores de risco	28
CAPÍTULO II – A VIOLÊNCIA CONTRA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	37
1. Enquadramento do problema	37
1.1. A agressão nos cuidados psiquiátricos	38
1.2. Determinantes da agressão: doente, equipa, ambiente	40
1.3. Violência, agressão e doença mental	42
1.4. Instrumentos para medir a agressão	48
2. A profissão de enfermagem e a violência	52
2.1. A exposição dos enfermeiros à violência	52
2.2. Atitudes dos enfermeiros perante a violência nos cuidados de saúde	54
2.3. Cognações sobre a agressão	56
2.4. As consequências da violência nos enfermeiros	57
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	61
CAPÍTULO III – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	62
1. Quadro conceptual da investigação	62

1.1. Tipo de população	63
2. Metodologia	64
2.1. Estudo piloto	64
2.2. Constituição da amostra	66
2.3. Procedimento de recolha de dados	67
2.4. Descrição do instrumento	67
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	70
1. Resultados do estudo	70
1.1. Características demográficas da amostra	70
1.2. Análise das propriedades psicométricas da EAPA	73
1.3. Factores preditivos dos diferentes tipos de atitudes perante a agressão	90
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES	106

Referências Bibliográficas

Anexos

Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados

Anexo 2 - Autorizações para a colheita de dados

Anexo 3 - Escala original ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale)

Introdução

A violência no local de trabalho tem vindo a tornar-se num fenómeno alarmante e de características universais, sendo a sua dimensão real largamente desconhecida, e o conhecimento actual apenas a ponta do *iceberg*.

Em alguns países o problema atingiu uma dimensão tal que se transformou numa “epidemia nacional” e num “problema ocupacional de dimensões significativas” (Fletcher *et al.*, 2000), o que determinou que a partir dos finais dos anos 80 se tenha assistido a uma preocupação crescente com o problema da violência no local de trabalho (Chappell e Di Martino, 1998; Leather *et al.*, 1999).

A violência ocorre em todos os ambientes de trabalho. Contudo, alguns sectores estão particularmente expostos como é o caso dos serviços de saúde, onde os seus profissionais constituem um grupo particular de elevado risco de exposição (Arnetz *et al.*, 1996; Hewitt e Levin, 1997; Chappell e Di Martino, 1998), sendo hoje claro que, apesar de algumas discrepâncias nas estimativas de exposição, todos os trabalhadores dos serviços de saúde têm contacto com a violência ou com as suas sequelas, não só os que trabalham em serviços de maior vulnerabilidade, como os serviços de Psiquiatria (Whittington *et al.*, 1996; Sullivan, 1999).

Elliot (1997) calcula que o risco de os profissionais de saúde se verem envolvidos em episódios de violência é cerca de 16 vezes superior ao dos trabalhadores de outros sectores. Desta forma, autores como Blair e New (1991) e Tardiff (1996) concluem que os profissionais de saúde estão sujeitos a um ou vários episódios de violência durante a sua carreira profissional.

A incidência de episódios de violência dirigida aos enfermeiros é bem conhecida (Chambers, 1998). De todos os profissionais de saúde, são estes as principais vítimas de violência (Fottrell, 1980; Whittington, cit. in Shepherd e Lavender, 1999; Nabb, 2000; Ferrinho *et al.*, 2003; Jansen, 2005), principalmente porque a natureza da sua profissão exige múltiplas interações diárias com os doentes (Jansen, 2005).

Há também um consenso recente sobre a existência de uma associação entre violência, agressão e certas formas de doença mental (Pearson *et al.*, 1986; Palmestierna

e Wistedt, 1988; Wallace *et al.*, 1998), apesar de esta relação se mostrar complexa e a avaliação do risco ser difícil e pouco precisa.

Assim, se os enfermeiros são a classe profissional mais exposta à violência nos serviços de saúde, este problema é substancialmente mais grave quando analisamos o que acontece nos serviços de Psiquiatria.

A violência contra os profissionais de saúde acarreta importantes consequências ao nível individual, institucional e social (Di Martino *et al.*, 2003; Arnetz, 2001), afectando de forma directa e grave a saúde física e/ou mental dos profissionais atingidos, prejudicando o seu desempenho futuro e a qualidade dos cuidados prestados, estando, ao nível do sector de Enfermagem, directamente associada com o aumento do absentismo por doença, mudanças mais frequentes de local de trabalho, diminuição da satisfação profissional e quebra na produtividade.

Definição do problema

De acordo com diversos estudos teóricos e empíricos sobre a violência em contexto psiquiátrico, a ocorrência de incidentes violentos e a forma como são geridos pelos profissionais deve ser entendida como o produto da interacção de diversas variáveis. Entre elas podemos referir as variáveis associadas ao próprio doente - e.g. tipo de patologia (Swanson *et al.*, 1990), características do ambiente - e.g. tipo de serviço (Bradley *et al.*, 2001) e variáveis da equipa - e.g. atitudes (Shanda e Taylor cit. in Jansen, 2005).

O presente estudo foca uma das variáveis relacionadas com a equipa: “as atitudes dos enfermeiros perante a violência”.

Para além da competência técnica, um factor directamente associado à forma de controlo da agressão, é a atitude dos profissionais de saúde perante o comportamento agressivo, constituindo um elemento importante e preditivo do tipo de cuidados prestados (Jansen *et al.*, 2005).

A investigação que tem sido feita, procurando avaliar as atitudes dos profissionais de saúde perante a agressão, tem focado a sua atenção principal nas cognições. Só alguns estudos utilizam a componente “atitude” no sentido da avaliação do comportamento agressivo.

No modelo defendido por Jansen (2005), tendo por base a Teoria da Acção Reflectida (Fishbein e Ajzen, 1975), a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) e a Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1999), a atitude perante um objecto, pessoa ou acontecimento, é um preditor do comportamento. Desta forma, o paciente agressivo

deve ser considerado como o objecto, e o controlo da agressão pelos enfermeiros o comportamento a ser predito com base no tipo de atitude.

A partir da pesquisa e da análise bibliográfica sobre a violência a nível hospitalar e particularmente em contexto psiquiátrico, verificamos que esta área não tem merecido muita atenção no nosso país, particularmente no que se refere ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação.

Assim, como resultado de um interesse pessoal e profissional pelo tema da violência em Psiquiatria, especificamente pelas “atitudes dos enfermeiros perante a violência” e a sua importância como determinantes do uso de medidas restritivas, surge a necessidade de adaptar e validar um instrumento capaz de avaliar as atitudes dos enfermeiros que cuidam directamente de doentes psiquiátricos, determinando a percepção que têm sobre as suas atitudes perante pacientes violentos. Em consequência, como objectivo principal deste trabalho propomo-nos realizar a tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale) (Jansen *et al.*, 2005).

O estudo será constituído por uma parte de cariz metodológico que se refere ao processo de validação da ATAS e outra que integrará um estudo observacional, descritivo do tipo transversal, no qual serão analisados alguns resultados obtidos através do instrumento, de modo a podermos responder às seguintes questões de investigação:

1 - Até que ponto os resultados da validade de constructo e da fidelidade da escala de 18 itens para avaliar as atitudes perante a agressão, variam em relação à versão original e a outros estudos já realizados?

2 - Que factores poderão ser considerados como preditores dos diferentes tipos de atitudes perante a agressão?

3 - Até que ponto algumas características pessoais dos enfermeiros e do ambiente explicam os resultados obtidos com a EAPA (Escala de Atitudes Perante a Agressão)?

O trabalho que pretendemos realizar irá desenvolver-se na Região Centro e a população a estudar será composta pelos enfermeiros a prestar cuidados em unidades de Psiquiatria do Hospital de Sobral Cid; Hospital Psiquiátrico de Lorvão; Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes; e Clínicas Masculina e Feminina dos HUC.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – VIOLÊNCIA

1 – Abordagem Geral

Neste capítulo iremos fazer uma introdução geral aos conceitos de violência, agressividade e agressão. Após algumas considerações próximas da definição destes conceitos, será feita uma abordagem geral das teorias mais importantes sobre as origens da agressão, seguida por uma descrição dos principais tipos de agressão e de alguns factores de risco.

1.1 – Violência, agressividade, agressão: definições

Uma das problemáticas de fundo a ser discutida antes da questão principal – “*atitudes perante a agressão*” – é a da violência no seu sentido mais amplo.

A violência, seja natural ou humana, não é um fenómeno recente; tem presidido permanentemente à vida do planeta. Nunca, em toda a nossa existência como espécie, podemos evitá-la ou dominá-la. Mais ainda, Barquet entende que somos filhos dela, e como bons filhos praticamo-la e usamo-la quando julgamos necessário (Barquet, 2002).

A sua complexidade e as diversas formas que assume têm motivado um número cada vez maior de investigadores a estudá-la. Transformou-se, portanto, num desafio que ganhou actualidade.

Contudo, a qualidade e a profundidade do trabalho científico, encontram-se ainda em estágios iniciais. É difícil saber se existe realmente um interesse profundo pelo estudo da agressividade básica do ser humano, uma vez que, ainda hoje, uma análise profunda das mais recentes publicações no âmbito da Psicologia, nos mostram uma quase total ausência de explicações, de como a personalidade normal inclui uma propensão para a destrutividade.

O estudo da violência e da agressividade é um empreendimento complexo e difícil, envolvendo uma variedade de técnicas, métodos e modos de conceptualizar a natureza e o comportamento humano.

A análise dos conceitos deve ser rigorosa, dotada da maior quantidade possível de variáveis que eventualmente possam convergir para explicar o seu significado. Como

adverte Michaud (cit. in Barquet 2002), as variações, as flutuações e a indefinição da violência, constituem positivamente a sua realidade.

Para explorar alguns caminhos teóricos, é necessário, em primeiro lugar, definir os conceitos de violência, agressividade e agressão.

São incessantes os esforços das várias disciplinas para compreender e definir violência, fenómeno que acompanha a humanidade, como uma das suas mais dilemáticas questões. Alguns estudos entendem-na como parte da condição humana, outros destacam o seu aparecimento de forma peculiar em função das organizações sociais de onde emerge, porém, num sentido mais geral, o termo engloba as inúmeras circunstâncias em que a força é empregue sobre outrem como constrangimento de qualquer ordem.

De acordo com Rippon, violência é, praticamente, sinónimo de agressão. Contudo, o conceito de violência está mais relacionado com actos agressivos particularmente intensos, infames, odiosos e repreensíveis (Rippon, 2000).

Segundo Konrad Lorenz, a análise individual da violência implica uma distinção dupla entre agressividade e agressão. Para este autor, pai da Etologia, a agressividade é um instinto normal do ser, ao serviço da vida individual e da sobrevivência da espécie, como qualquer outro instinto (Lorenz, 1996).

Para o mesmo autor, não devemos falar de actos de violência entre espécies. Para Lorenz, a violência é a luta entre os representantes de uma mesma espécie. Ora, uma das características do humano é a violência e mais precisamente, o homicídio dentro da própria espécie (Idem). O autor considera esta agressividade “intraespecífica” necessária à preservação da espécie, tão natural e irresistível como, por exemplo, a pulsão alimentar e o instinto sexual (Ibidem).

Na tentativa de encontrar uma terminologia mais apropriada para definir esta dupla dimensão do comportamento agressivo, os etologistas¹ propuseram uma distinção entre “comportamento predatório” e “comportamento agonístico”. Enquanto o primeiro refere a situações de ataque entre animais de diferentes espécies, tendo como objectivo a procura de alimento e a sobrevivência, o “comportamento agonístico” refere-se a situações de ameaça e luta entre seres da mesma espécie (Ibidem).

Bergeret (cit. in Raymond 1990), sublinha este aspecto fundamental, fazendo referência à capacidade de violência intrínseca à natureza humana, pelo simples facto do homem ser o que é, o que quer dizer, um ser dotado de paixão, de cólera, de ciúme e que é também um ser de necessidades.

¹ Estudiosos que defendem um conjunto de ideias que se apoiam nas descobertas da chamada Etologia Social, desenvolvida por Konrad Lorenz.

O termo violência possui tantas conotações que, na realidade, diluiu-se e foi perdendo o seu significado. Embora seja conveniente conceber a violência e a agressão como processos comportamentais, por não se tratarem de conceitos simples e unitários, não poderão ser definidos como tal, permanecendo difícil a sua análise isolada de outras formas de comportamento motivado (Ballone e Ortolani, 2002).

Não há, portanto, uma definição universalmente aceite para o conceito de violência e qualquer reflexão teórico – metodológica pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do conceito. Por isso mesmo, gera muitas teorias, todas parciais.

Alguns artigos incluem agressão verbal ou comportamento ameaçador (Bouras *et al.*, 1982; Werner *et al.*, 1983), outros fazem referência a danos de propriedade (Armond, 1982), auto-agressão (Fottrel *et al.*, 1978), etc.

Para Quintal, violência é uma explosão de força física que abusa, fere ou causa danos a pessoas ou objectos (Quintal, 2002).

Manson e Chandley, definem violência como o uso prejudicial e ilícito da força ou do poder. (Manson e Chandley, 1999). Para os mesmos autores, a pessoa violenta é normalmente entendida como alguém que ataca outra pessoa. Na mesma linha de pensamento, Chambers (1998) considera que, apesar de alguma variação na natureza das definições de violência, elas partilham um conjunto de aspectos comuns, chegando assim a uma definição que descreve a violência como um acto, físico ou verbal, perpetrado por uma pessoa contra outra que, como resultado, experimenta sentimentos desagradáveis.

Porém, o dado que nos parece mais relevante é o que nos é avançado por Anderson e Bushman (2002). Para estes autores, a violência é uma característica de algumas formas de agressão que visam causar dano externo entre co-específicos de uma espécie bem particular: o Homem.

Minayo e Souza (1997, p. 514), ao proporem uma definição de violência como um conjunto de “acções humanas de indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afectam a sua integridade física, moral, mental ou espiritual”, vêm acrescentar um dado relevante à definição de Anderson e Bushman (2002), ao considerarem também a componente psicológica da violência, justamente nos aspectos mentais, morais e espirituais.

No contexto dos serviços de saúde, a violência é entendida como qualquer incidente no qual um ou mais elementos da equipa é ameaçado ou atacado em

circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, envolvendo um desafio implícito ou explícito à sua segurança, saúde ou bem-estar (Cembrowicz *et al.*, 2001).

Numerosos profissionais, incluindo os de Saúde Mental e de Ciência Política, usam a palavra agressão com referência a intenções hostis. Muitos pensadores, entretanto, consideram a agressão como vitalidade e energia, usando diferentes conceitos para descrever as aplicações da agressão, de modo construtivo ou destrutivo (Marques, 2005).

O termo agressão provém do latim “aggređi”, que possui duas acepções: a primeira significa “acercar-se de alguém em busca de conselho”; a segunda “ir contra alguém com a intenção de produzir um dano”. Assim, a agressividade ou instinto agressivo² no homem é uma marca da sua conduta animal. A agressividade, neste sentido, não implica desejo de destruir o outro. Trata-se portanto de necessidade e pode manifestar-se como uma capacidade relacionada com a criatividade e a solução pacífica dos problemas (Ángeles, 2003), a sobrevivência da espécie (Raymond, 1990) ou, por outro lado, ter uma visão mais destrutiva relacionada com a possibilidade do homem empregar a violência (Costa, 2003).

Vemos, portanto, que o conceito de agressão não tem necessariamente que implicar hostilidade, podendo revestir-se de um sentido construtivo. Reciprocamente, a hostilidade não precisa de ser agressiva e pode ser manifestada passivamente.

Eibl-Eibesfeldt (1974) aceita basicamente a premissa de que a tendência para a agressão é inerente ao homem, mas sublinha também que os mecanismos de pacificação e controle são igualmente inerentes à natureza humana.

O’Connell *et al.* (2000) estudam o conceito de agressão, analisam-no profundamente e propõem-se separá-lo em vários tipos: abuso verbal, abuso físico e intimidação. Desta forma, podemos olhá-la como uma definição estrutural.

Encontramos uma aproximação mais conceptual para definir agressão, tanto nos trabalhos de Finnema *et al.* (1994), como nos estudos de construção e validação da “Perception of Aggression Scale” (Jansen *et al.*, 1997; Abderhalden *et al.*, 2002; Muro *et al.*, 2002). Estes estudos constituíram diferentes fases de evolução da escala, cada uma delas reflectindo diferentes perspectivas sobre o tema da agressão. Estas foram classificadas e definem agressão como uma reacção normal, uma reacção violenta e uma reacção funcional (Jansen *et al.*, 1997), ou ainda “agressão como um fenómeno

² O instinto agressivo destina-se à luta pela sobrevivência e é próprio do instinto animal.

disfuncional e indesejado” e “agressão como um fenómeno funcional e compreensível” (Abderhalden *et al.*, 2002).

Assim, apesar de ser um tema difícil e vasto, na maioria das obras e artigos pesquisados a agressão tem sido apresentada como tendo dois significados. Por um lado, constitui, directa ou indirectamente, uma reacção à dor da frustração e dos fracassos, como propõem as teorias clássicas que apresentaremos de seguida; por outro, é uma das muitas fontes de energia do indivíduo.

O impulso agressivo é, portanto, comum a todos os seres humanos, podendo ser manobrado de formas distintas pelas pessoas e usado tanto como comportamento adaptativo (utilização de força em reacção a uma percepção de ameaça – agressão); como comportamento mal adaptativo (quando direccionado ao alvo errado, no lugar errado, no tempo errado e com a intensidade errada – violência).

1.2 - Dinâmica da violência e agressão: explicações teóricas

No ponto anterior, vimos que a violência e a agressividade são fundamentais para a sobrevivência das espécies e do homem, podendo também constituir-se como comportamento destrutivo, relacionado com a capacidade do homem para empregar a violência e ser hostil.

Vamos agora analisar alguns estudos que contribuem para percebermos porque é que algumas pessoas manifestam comportamentos violentos perante outras.

O estudo das causas da violência humana deve seguir um modelo multifactorial. O paradigma da crise desenvolvido por Hoff's (cit. in Quintal 2002) enfatiza uma relação entre factores situacionais, sociais e culturais transitivos, cuja combinação desencadeia comportamentos violentos.

A forma como os indivíduos lidam com as crises depende dos recursos pessoais disponíveis, podendo a solução ser positiva ou negativa. Nesta perspectiva, a violência contra os outros é uma forma negativa de resolução das crises.

Podemos conceptualizar um grupo de factores (biológicos ou psicológicos) intrínsecos ao indivíduo, que poderão aumentar ou diminuir a predisposição individual para a violência. Estes factores podem estar presentes no momento do nascimento ou podem ser adquiridos durante a infância (Tardiff, 1996). Estes factores internos interagem com factores externos e, esta interacção pode fazer pender o comportamento para a violência.

Blackburn (cit. in Mason e Chandley 1999) propõe a existência de um conjunto de diferenças entre as teorias da agressão. Isto, defende, assenta em diferentes suposições de que a forma como entendemos a natureza da agressão depende da ênfase colocada em cada um dos aspectos seguintes: os componentes da agressão são aprendidos ou não; os determinantes são internos ou externos; e, os processos são afectivos ou cognitivos.

Diferentes perspectivas teóricas têm sido utilizadas para a compreensão do fenómeno da agressão. De entre as teorias mais generalistas, destacam-se as contribuições do modelo de evolução por selecção natural, desenvolvido por Darwin, e a teoria psicanalítica desenvolvida por Sigmund Freud, ambas já centenárias. Depois destas, outras abordagens foram feitas, sendo merecedoras de destaque as contribuições da Etologia, do behaviorismo e da aprendizagem social.

Para Manson e Chandley (1999), estas perspectivas teóricas sobre a agressão podem agrupar-se e ser sumariadas em duas grandes tendências: por um lado, as teorias clássicas; por outro, as teorias psicossociais.

As teorias clássicas

A teoria evolucionária e a teoria psicanalítica, chamadas geralmente de teorias clássicas (Marques, 2005), defendem a origem instintiva do comportamento agressivo, ou seja, sugerem um instinto agressivo universal, sendo por isso também chamadas de teorias *inatistas*.

De acordo com Pais (1996), as teorias *inatistas* sugerem a necessidade da violência, não só para a constituição e humanização das relações interpessoais, mas também como forma de definir as relações sociais, sendo, deste modo, uma moldura particularmente possante da condição humana.

Sob o prisma das teorias clássicas, o comportamento agressivo estaria relacionado com componentes biológicos e psicológicos, e a agressividade, vista como fenómeno “extraclássica”, de carácter eterno, natural e universal, independente da etapa de desenvolvimento histórico, sendo um mero instrumento técnico para a reflexão sobre as realidades sociais, constituindo uma qualidade inata ligada à essência do ser humano.

Já Darwin, no séc. XIX, considerou que um dos princípios dominantes da evolução do género humano foi a luta pela vida e conseqüentemente a sobrevivência dos mais aptos, afirmando que os mecanismos que controlam o comportamento humano, são os mesmos que governam o comportamento dos demais organismos (Marques, 2005).

Freud e Konrad Lorenz são os dois principais autores a defender uma posição instintiva do comportamento agressivo. Nesta abordagem, o conflito humano decorre da

discrepância entre os instintos biológicos e as possibilidades sociais. Deste conflito resultaria a violência.

Freud (cit. in Marques 2005) evidencia um cepticismo em relação ao homem, visto que, na sua visão, a natureza humana é determinada, sobretudo, por pulsões e forças irracionais, oriundas do inconsciente, pela busca de um equilíbrio homeostático e pelas experiências vividas na primeira infância.

Apesar de, na parte inicial da sua obra, Freud não ter atribuído grande relevância ao tema da agressividade, a partir do início do século XX, principalmente no seu livro *“Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”* (1905/1987) apresenta a ideia de que a criança, na fase sádico – anal, desenvolve uma componente de crueldade na pulsão sexual que, contudo, não teria por objectivo o sofrimento alheio, mas simplesmente, não o levaria em conta. Desta forma, Freud conclui que a agressividade começa a formar-se paralelamente ao desenvolvimento do indivíduo.

Em *“O ego e o id”* (1923/1976), Freud caracteriza as pulsões segundo duas categorias: - os instintos de vida “Eros”, que contribuem para a sobrevivência da pessoa e da espécie; e os instintos de morte “Thanatos”, que compreendem as forças autodestrutivas. O instinto de morte inicialmente dirige-se para o interior, tendendo à autodestrutividade, sendo secundariamente dirigidas para o exterior, sob a forma de agressão ou destruição.

Mais tarde, na sua obra *“O mal-estar na civilização”* (1930/1987), Freud analisa a pulsão de morte “Thanatos”, tomando-a como destrutividade pura, autónoma em relação à libido, manifestando-se como tendência para a agressão.

O instinto de morte pode ser neutralizado pela energia libidinal ou então ser redireccionado através de sublimação ou deslocamento. Contudo, a energia agressiva pode também ser dirigida para os outros ou resultar em auto-destruição se o instinto for desenfreado ou se a neutralização for incompleta (Freud cit. in Jansen 2005). Deste modo, a abordagem freudiana encara todo o comportamento como uma manifestação de conflitos intrapsíquicos ou, de forma mais geral, de interacções dinâmicas entre forças antagónicas que existem no seu interior.

Freud vê a agressão como uma resposta à dor e à frustração. Ele desenvolveu a ideia do conflito da mente humana, mas também, que os mecanismos mentais nos indivíduos saudáveis permitem a resolução das tensões. Na sua opinião, a agressão é um aspecto instintivo do ser humano, no qual “Thanatos”, o instinto de morte ou tendência

para a autodestruição, poderá ser desviado através de “Eros”, o mecanismo humano de controlo para a auto preservação (Manson e Chandley, 1999).

Assim, o enfoque é colocado na face invisível da pulsão de morte que é a agressividade humana, entendida como disposição inata, inclinação original do homem para a crueldade e para o mal, enquanto os instintos de vida “Eros”, actuam no sentido do reforço dos laços, da união dos indivíduos, através da identificação (Marques, 2005).

Então, a pulsão de morte torna-se agressão quando é desviada para o mundo externo. Sendo assim, essa pulsão está ao serviço de “Eros”, pois o organismo ao escoar esta energia para o exterior, destrói outro objecto em vez de destruir o próprio *self*. Inversamente, qualquer restrição à libertação para o exterior dessa agressividade, só aumentaria a autodestruição. Por isso, Freud acredita na necessidade de existirem actividades sociais que sirvam como válvula de escape para toda a energia acumulada, ponto de vista este, compartilhado por etólogos como Lorenz.

Nos animais em geral, a agressividade tem um papel positivo para a sobrevivência da espécie. Nos homens, a agressividade poderá ser orientada para comportamentos socialmente úteis (Lorenz, 1979).

Konrad Lorenz sugere um conjunto de explicações para a agressividade humana as quais expõe no seu livro “ *A Agressão: uma história natural do mal*” (Lorenz, 1979). Nesta obra, o autor defende a existência de uma herança de territorialidade e agressividade na espécie humana, instintos estes que, defende, deverão ser extravasados para evitar distúrbios sociais.

Lorenz define o instinto de agressão não como um princípio diabólico que tem como finalidade a destruição e a morte, mas como um contribuinte da preservação e organização da vida. Então, ao contrário do que defende a Psicanálise, a agressão intra-espécie, não assenta em princípios diabólicos e de destruição, sendo sim, uma parte essencial da organização dos instintos de protecção da vida (idem).

Lorenz opõe-se à noção de pulsão de morte, que segundo Freud, seria diametralmente oposta a todos os instintos conservadores da vida.

A agressividade, cujos efeitos são frequentemente análogos aos da pulsão de morte “Thanatos”, é um instinto como qualquer outro e, em condições naturais contribui como todos os outros para a preservação da vida e da espécie (Ibidem).

Assim, a teoria de Lorenz defende a existência de um instinto universal para a agressão cuja comparação com os estudos etológicos, sugere que, aparentemente, fontes

de energia inatas condicionam as respostas humanas aos estímulos externos (Manson e Chandley, 1999).

Lorenz explica a agressão como um comportamento provocado por estímulos externos específicos que determinam a acumulação de energia agressiva específica dentro da pessoa, condicionando a resposta a esses mesmos estímulos (Lorenz cit. in Jansen 2005)

Cada episódio agressivo é, então, seguido por uma diminuição (catártica) desta energia e o início de um novo período de acumulação.

Desta forma, para os etologistas, o comportamento agressivo é um instinto inato que deve ser descarregado regularmente no contexto apropriado, sendo, deste ponto de vista inevitável, na medida em que funciona como uma força auto – assertiva (Jansen, 2005).

Teorias psicossociais

As teorias psicossociais explicam o comportamento agressivo como resultante da conjugação de aprendizagens e de factores situacionais desencadeantes. O factor “aprendizagem” seria o responsável pela formação de uma personalidade mais ou menos agressiva, ou seja, mais ou menos pronta a reagir agressivamente perante determinadas situações.

A perspectiva comportamental ou behaviorista é baseada nas teorias da aprendizagem social que emergiram nos anos 60, principalmente como resultado das teorizações de Albert Bandura e colaboradores. Estas teorias defendem que a agressão humana é adquirida e mantida na sociedade através de reforços e punições (Manson e Chandley, 1999). A agressividade é, portanto, aprendida, não é determinada por “mecanismos” inatos nem pela frustração. Nessa linha, Bandura (1973), recusou a ideia do “inatismo” do comportamento agressivo, bem como as hipóteses defendidas por Berkowitz (1989) que se inscrevem nas teorias comportamentais da frustração-agressão, inicialmente desenvolvidas por Dollard *et al.* (1939), defendendo a agressão como aprendizagem social.

De acordo com as teorias da aprendizagem social (Bandura, 1983; 2001), os indivíduos adquirem respostas agressivas da mesma forma que adquirem outras formas complexas do comportamento social – tanto por experiência directa como por aprendizagem decorrente da observação das outras pessoas. Para este autor, os actos extremamente violentos não podem ser espontâneos, precisam de ser aprendidos e treinados para que sejam executados. Além disso, eles são aprendidos lentamente e

necessitam de modelos que os pratiquem (família, sociedade, etc.), demonstrando acções que são recompensadoras ou passíveis de punição.

Dentro desta teoria global, dois tipos de agressão foram identificados e propostos por Zillman (cit. in Manson e Chandley 1999): - *agressão instrumental*, decorrente da aprendizagem instrumental que se desenvolve de acordo com o princípio do reforço e da recompensa³ e *agressão irada*, que é reforçada negativamente pelo alívio da frustração ou estímulo aversivo.

A agressão em algumas das teorias da aprendizagem, é considerada como tendo uma relação próxima com acontecimentos e pessoas no meio ambiente; então, essas teorias envolvem a associação da mente humana e dos seus constructos (i.e. frustração). Esta associação remete-nos para as teorias da associação cognitiva que têm por base o modelo teórico de Berkowitz (1989) e a teoria da frustração-agressão de Dollard *et al.*, (1939).

Para Berkowitz existe uma resposta inata de agressividade, face à frustração, à raiva e a outros estados emocionais similares (afectos negativos), apenas quando estão presentes certos estímulos ou indícios (e.g. alvos, objectos, situações) (Berkowitz, 1989).

De acordo com a teoria da associação cognitiva, as pistas presentes durante um acontecimento aversivo acabam por se associar ao evento e às respostas emocionais e cognitivas desencadeadas por ele.

A teoria da associação cognitiva vem reforçar a hipótese anterior da frustração-agressão, mas, por outro lado, prevê um mecanismo causal para explicar porque é que acontecimentos desagradáveis aumentam as tendências agressivas, via afecto negativo (*idem*).

Em síntese, devido à grande variedade de conceitos e definições para a agressão, podemos avançar com várias perspectivas e explicações teóricas que procuram dar resposta à génese deste comportamento.

De acordo com Assmar e Jablonski (cit. in Marques 2005), podemos agrupar três categorias gerais de explicações:

a) O ser humano está, devido à sua natureza, de alguma forma, “programado” para a violência, sendo a base biológica dos comportamentos agressivos defendida por psicanalistas, etólogos e sociólogos. Para além destas teorias “instintivas”, outras existem que põem a tónica na agressão como biologicamente determinada: - existência de

³ A probabilidade de repetir um comportamento que recebe reforço directo (como aprovação social, por exemplo), é grande (Baron cit. in Marques 2005).

sistemas neurais que quando activados aumentam a agressão; a influência bioquímica (uso de drogas e álcool); e efeitos da acção hormonal na agressividade humana.

b) A agressão é uma resposta natural à frustração. A resposta agressiva resulta de um impulso básico desencadeado por factores externos. Nesta categoria enquadram-se os psicólogos sociais, que concebem a agressão através da hipótese frustração-agressão.

c) A agressão é o resultado de uma aprendizagem, obtida através de normas sociais, culturais e experiências de socialização. Enquadramos nesta categoria os teóricos da aprendizagem instrumental e observacional.

De tudo o que foi exposto até aqui, destacamos as teorias evolucionárias (Lorenz) e psicanalíticas, predominantemente intrapsíquicas; e as teorias psicossociais que consideram o indivíduo não como o resultado dos instintos e dos objectos interiorizados, mas sim da dinâmica de interacção estabelecida entre o sujeito e os objectos internos e externos, expressa através da conduta.

1.3 - Tipos de agressão

Há muitos tipos diferentes de comportamento que se ajustam à definição de agressão. É, pois, fundamental, percebermos que existem vários tipos de agressão, sendo os dois principais, a agressão instrumental e a agressão hostil, também designada de agressão afectiva ou agressão irada (Zillman cit. in Manson e Chandley 1999).

Este tipo de distinção de comportamento agressivo decorre principalmente das teorias da Psicologia Social que distinguem a agressão humana em função das intenções subjacentes ao comportamento, restringindo o foco de análise às suas características psicossociais, considerando-a num contexto de interacção entre agressor e vítima (Marques, 2005).

Deste modo, a agressão hostil decorre de estados emocionais fortes, como a raiva, e tem como objectivo básico causar dano a uma pessoa ou objecto a fim de satisfazer impulsos hostis (Rodrigues; Assmar e Jablonski cit. in Marques 2005), sendo reforçada negativamente pelo alívio da frustração ou estímulo aversivo (Zillman cit. in Manson e Chandley 1999). Por sua vez, a agressão instrumental visa ferir, magoar ou prejudicar alguém apenas para alcançar a finalidade de proporcionar algum objectivo ou ganho ao agressor (Berkowitz, 1993), sendo decorrente da aprendizagem instrumental que se desenvolve de acordo com o princípio do reforço e recompensa (Zillman cit. in Manson e Chandley 1999).

Estudos recentes de Bushman e Anderson (2001) concebem uma diferenciação entre os dois tipos de agressão, propondo definições em dois sentidos. Primeiro, distinguindo os objectivos imediatos dos finais, deixando claro que a intenção de causar danos é uma característica necessária a toda a agressão, como acontece nos modelos de agressão hostil; segundo, os diferentes tipos de agressão são identificados em função do nível do objectivo final. Assim, por exemplo, roubo e homicídio são actos de agressão na medida em que ambos têm como objectivo imediato, a intenção de causar danos à vítima. Contudo, eles diferenciam-se ao nível do objectivo final, estando o roubo primariamente relacionado com a obtenção de lucro e o homicídio servindo para ferir.

1.4 - Factores de risco

As ofensas violentas, como outros crimes, resultam da interacção entre delinquentes e vítimas, num determinado contexto.

Alguns actos violentos são provavelmente cometidos por indivíduos com tendências violentas estáveis e persistentes enquanto que outros resultam de situações em que pessoas “normais” se vêm envolvidas em acontecimentos que conduzem à violência.

Neste ponto, vamos abordar alguns factores de risco relacionados com o desenvolvimento de pessoas com relativa alta probabilidade de se envolverem em actos violentos.

Factores de risco, neste contexto, são factores que predizem uma alta probabilidade de ocorrência de violência. Como nos referem Kraemer *et al.* (1997), devemos usar a designação de factores de risco quando pretendemos descrever factores que precedem ou estão relacionados com o resultado final, a violência. Desta forma, a conceptualização dos factores de risco é importante no campo da prevenção, de modo a identificar os factores que devem ser continuamente monitorizados e a quais deve ser direccionado o tratamento.

Na verdade, quando falamos em violência, referimo-nos a uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitamos de conhecer. A interpretação da sua pluricausalidade é, precisamente, um dos principais problemas que o tema apresenta, sendo muitas as tentativas de explicação. Por um lado, estão os que explicam a violência como fenómeno apenas de causalidade social. Do outro lado estão os que sustentam que a violência resulta da interacção do social com factores de ordem biológica e psicológica,

fundamentando-se na Sociologia ou na Etologia, teorias que subordinam a questão social às determinantes da natureza. (Minayo e Souza, 1997).

Assim sendo, é necessário compreender no processo de actividade vital, não a supremacia de uma esfera sobre a outra, mas a singular unidade dialéctica do natural, do individual, do social, do hereditário e do adquirido, num sentido de complementaridade dinâmica entre o biológico, o psicológico, o social e o ecológico.

Factores biológicos

A explicação do comportamento agressivo tendo como justificativa o modelo biológico não é recente na história da Medicina e da Sociologia, sendo esta a abordagem que mais polémica e crítica suscita.

Como referimos anteriormente, de acordo com os defensores da base biológica dos comportamentos agressivos, o ser humano está, devido à sua natureza, de alguma forma, “programado” para a violência, quer por determinantes “instintivas”, quer pela existência de sistemas neurais que, quando activados, aumentam a agressão, quer ainda pela influência bioquímica (uso de drogas e álcool), e os efeitos da acção hormonal.

Na procura de explicação biológica para o comportamento violento, os investigadores têm explorado o sistema límbico, chamando a atenção para a importância das disfunções neurofisiológicas do cérebro (Tardiff, 1996).

Diversos estudos (e.g. Delgado-Escueta *et al.*, 1981; Herzberg e Fenwick, 1988) têm sido realizados procurando encontrar associações entre a existência de Epilepsia do lobo temporal e a ocorrência de comportamento violento. Apesar de nem todos serem conclusivos, pensa-se que existe uma associação, ainda que de dimensão pouco clara.

Os factores bioquímicos são também determinantes com alguma importância nos estudos sobre a violência. Segundo Virkkunen (1987), os estudos neste grupo apontam algumas substâncias possivelmente relacionadas com o comportamento agressivo e/ou violento (e.g., colesterol, glicose, hormonas e alguns neurotransmissores).

Neste sentido, o consumo de álcool, um dos factores de risco frequentemente relacionados com a ocorrência de violência, tem sido estudado na sua associação com a glicose e o colesterol. De facto, demonstrou-se que o álcool diminui a quantidade de açúcar na corrente sanguínea por inibição da produção de glicose hepática. Deste modo, o álcool pode ser apontado como um factor precipitante de comportamentos agressivos (idem).

A administração de substâncias capazes de elevar os níveis de serotonina tendem a orientar o comportamento no sentido de uma autoconfiança assertiva, calma e raramente violenta (Wright, 1995).

Estudos realizados por Prado-Lima *et al.* (cit. in Flores e Ajnhorn 1997) mostram-nos também a relação entre agressividade e serotonina. Estes autores conseguiram reduzir os níveis de agressividade de mães que espancavam os seus filhos através do uso de carbonato de lítio, supostamente por aumentar a quantidade de serotonina disponível.

Também Tardiff (1996) refere um conjunto de estudos realizados com líquido cefaloraquídeo que mostram a existência de uma relação entre o impulso agressivo e uma actividade serotoninérgica diminuída.

Parece então que a diminuição da actividade do sistema serotoninérgico pode constituir um traço de impulsividade para a violência (*idem*).

Entretanto, podem estar envolvidos outros mecanismos ao nível da neurotransmissão. O uso de drogas antipsicóticas para controlo destes comportamentos sugere uma relação entre actividade dopaminérgica e violência (Mann cit. in Flores e Ajnhorn 1997). A dopamina possivelmente estará relacionada com mecanismos de dominância e submissão (*idem*). Por outro lado, supõe-se também que os sistemas adrenérgicos possam estar envolvidos, já que, como sabemos, o uso de drogas e álcool é um dos principais factores de risco para a violência e estas substâncias aumentam a libertação de neurotransmissores deste grupo.

Contudo, na opinião de Reiss e Roth (1993), apesar do papel dos neurotransmissores na agressão, os seus mecanismos de acção são ainda pouco claros e a evidência para os considerar preditores de violência é, ainda, insuficiente. Para os mesmos autores, não há nenhum padrão neurobiológico suficientemente específico e preciso para ser considerado factor de risco fidedigno para o comportamento violento.

Esta argumentação é também defendida e aprofundada por Minayo (1995) ao referir-nos que é hoje praticamente unânime a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenómeno biopsicossocial, sendo o seu espaço de criação e desenvolvimento, a vida em sociedade.

Factores sociais

Se de um lado estão os que sustentam a violência como resultante de factores predominantemente biológicos, fundamentando-se na Sociologia ou na Etologia (Minayo e Souza, 1997), do outro lado estão os defensores de um modelo multifactorial, mais

abrangente, enfatizando, para além das determinantes biológicas, uma relação entre factores situacionais, sociais e culturais transitivos, cuja combinação desencadeia comportamentos violentos.

Os factores sociais, que podemos designar de forma mais abrangente por factores contextuais, devem ser entendidos como o conjunto de circunstâncias ambientais do indivíduo (e.g. interacção social, interacção familiar, grupo de pares, condições habitacionais, zona de residência, nível socioeconómico, falta de acesso a serviços de saúde mental, etc.) que, de alguma forma, poderão ser responsáveis pela transformação do biológico ou geneticamente determinado, pelo social, predispondo o indivíduo à violência.

Farrington (2001), ao analisar um conjunto de estudos sobre os factores de risco sociais relacionados com a violência refere-nos, entre outros, três aspectos determinantes:

- Ter amigos delinquentes: Elliot e Menard (cit. in Farrington 2001) concluem que a delinquência causa uma ligação entre os pares e que esta ligação causa violência.

- Pertencer a uma família de baixo nível socioeconómico: Farrington (2001), em dois estudos que realizou, conclui que o principal preditor de violência é a dependência familiar relativa a benefícios sociais.

- Residir em zonas urbanas: geralmente, os indivíduos que vivem em zonas urbanas são mais violentos que os que vivem em zonas rurais. Diversos autores (e.g. Elliot *et al.*; Thornberry *et al.*, cit. in Farrington 2001) mostram que há uma maior incidência de criminalidade em zonas urbanas e que os indivíduos que vivem em bairros com altas taxas de criminalidade, são mais violentos que os indivíduos que vivem em bairros com baixas taxas de criminalidade.

A compreensão dos factores contextuais, além dos individuais (biológicos e psicológicos) é fundamental do ponto de vista das políticas de prevenção.

Se o risco e a perigosidade forem conceptualizados só sob o ponto de vista dos factores individuais, inevitavelmente atribuiremos a predisposição do indivíduo para a violência só a si próprio, quando, de facto, ela pode ser determinada por factores externos (Gunn, 1996).

Dos factores externos podemos considerar como um dos mais importantes, as experiências sociais. De acordo com Grisso (1996), os indivíduos não agredem por causa das suas determinantes biológicas embora possuam um aparelho conceptual e motor para proceder dessa forma. São as experiências sociais ao longo do desenvolvimento que

determinam as cognições, bem como o substrato neuronal que possibilita o processamento das informações. São justamente essas experiências que vão direccionar o organismo para interpretar as informações do ambiente como ameaçadoras, originando formas de comportamento mais ou menos agressivas.

Assim, a agressão é tanto uma consequência da neuroadaptação aos factores psicossociais e ambientais, quanto uma consequência dos factores biológicos no desenvolvimento psicossocial.

A Biologia Social, que estuda a vitalidade humana e a sua ligação com a sociedade, caracteriza-se por transferir as regularidades do nível biológico para o social e os dados da Etologia para as relações humanas (Minayo e Souza, 1997).

Segundo a Biologia Social, os genes reproduzidos de geração em geração, nos seres humanos, transmitem informação de sentido e conteúdo determinados, fazendo com que os indivíduos reajam em condições específicas do ambiente, como forma de garantir a sobrevivência.

Este processo tem por base a crença de que os ritmos biológicos e os ritmos sociais são fatalmente incompatíveis na medida em que os primeiros são muito mais lentos que os segundos que são mais dinâmicos. Neste sentido, como referem Minayo e Souza (1997), o indivíduo seria geneticamente incapaz de se adaptar aos ritmos precipitados e às mudanças qualitativas do desenvolvimento social e tecnológico da sociedade industrial ou pós – industrial, alterando-se, em consequência, os mecanismos humanos de adaptação, originando, por um lado, isolamento e medo (colectivo e individual), e, por outro lado, um estado de intolerância e alienação do indivíduo e tendências anti-sociais.

Factores psicológicos

A Psicologia define agressão como “qualquer forma de comportamento dirigido com o objectivo de prejudicar ou ferir um outro ser vivo que está motivado a evitar tal comportamento” (Weinberg e Gould, 1999, p. 93).

Morin (1970) considera que a nossa civilização parece ter entrado numa crise que aumenta a cada dia que passa, provocando o reaparecimento de atavismos arcaicos e a exacerbação de soluções neuróticas a curto ou longo prazo. Na sua hipótese, a violência não é de índole social, mas sim psicológica.

De acordo com Wilson (cit. in Minayo e Souza 1997), a miséria e a desigualdade foram responsáveis pela violência social, mas hoje, o baixo nível de consciência, de

liberdade e de responsabilidade acarretam um sentimento de insatisfação permanente, que se expressa em confrontação e alienação, em condutas pervertidas e violentas.

A dificuldade na identificação dos factores de risco envolvidos na rede dos processos de violência é um dado claro que nos mostra que os modelos teóricos existentes para a explicar e às suas causas, necessitam de identificar a hierarquia, a força e a forma, ou seja, como actuam os diversos factores da rede causal.

Este desafio, se bem que ainda não totalmente superado, tem contado com o apoio de uma disciplina relevante para o tema, a Psicologia, pois, em última instância, é no indivíduo e na sua totalidade complexa que a violência se concretiza.

Como nos referem Minayo e Souza (1997), a violência está relacionada não só com os bens das pessoas e com o seu corpo, mas também com o psiquismo. Por isso, é necessário integrar nas análises da violência, a Psicologia Social que nos pode ajudar a percebê-la, na medida em que trabalha com conceitos importantes como processo de identificação, grupos de referência, características de personalidade, relação entre frustração-agressão e diferenciação entre agressividade e violência.

O trabalho desenvolvido por Vethencourt (1990) é um marco fundamental para se perceber de que forma os aspectos psicológicos contribuem para a violência e o modo como a Psicologia contribui para a sua compreensão.

Em estudos que realizou com jovens delinquentes da América Latina, o autor desmistifica as raízes individuais da violência concluindo que estes indivíduos dificilmente se teriam tornado delinquentes se não fossem as condições de pobreza – inclusive psíquica – e violência extrema nas quais estruturaram as suas personalidades, com a consequente ausência de expectativas de realização dentro das normas vigentes. Assim, salienta um conjunto de aspectos de cariz psicológico que considera fundamentais apresentando-os de forma gradativa: - o estado de desestruturação subtil da personalidade; a desorganização do comportamento em relação aos valores socialmente aceites; a reactivação dos núcleos de violência sádica e ira vingativa; a eclosão de impulsos agressivos para não cair no “adoecimento”; a perda do autocontrolo pela estigmatização; e finalmente, o recrudescimento da raiva que se orienta contra os outros.

Estudos empíricos realizados por Guerra (1990), trabalhando tal como Vethencourt com uma população de jovens criminosos, apontam como características psíquicas destes, a predominância de um ego frágil, pouco integrado, com estruturas que não se desenvolveram plenamente e que permanecem rigidificadas por pulsões parciais e arcaicas. São também egos que se desenvolveram em meios familiares frequentemente

marcados por ausência ou repetidas substituições da figura masculina e submetidos a todo o tipo de necessidades materiais e/ou afectivas.

As teorias ambientais que defendem que o comportamento violento é aprendido, continuam a prevalecer quando se pretende explicar as causas da violência.

Estudos clássicos sobre a neuropsicologia da violência como é o caso do trabalho desenvolvido por Dodge *et al.* (cit. in Flores e Ajnhorn 1997), mostram-nos que crianças maltratadas numa fase precoce, desenvolvem mais facilmente processos deficientes de informação social, percebem atitudes agressivas com maior frequência no comportamento dos outros e não possuem estratégias eficazes de resolução de conflitos interpessoais. Este padrão de comportamento, por outro lado, estimula o desenvolvimento de comportamentos agressivos.

A experiência de violência física leva a criança a perceber e conceber o mundo de um modo anormal, facto este que posteriormente, perpetua o ciclo da violência.

Este mecanismo explica-nos porque as experiências traumáticas aumentam progressivamente a vulnerabilidade aos mesmos agentes stressores.

Como nos referem Flores e Ajnhorn (1997), grande parte da agressão cometida pelos seres humanos, parte de uma percepção prévia de ter sido agredido.

Contudo, há quem questione e ponha em causa este ponto de vista. Autores como Pinker (cit. in Marques 2005), afirmam que pais agressivos têm com frequência filhos agressivos, no entanto, refutam a conclusão de que a agressão é aprendida dos pais num “ciclo de violência”, e levam em conta a possibilidade de que as tendências violentas podem ser herdadas, para além de aprendidas.

Como veremos mais à frente neste trabalho, a existência de patologia psiquiátrica é um factor relevante e determinante quando abordamos as questões da violência. Neste sentido, como nos refere Marques (2005), embora algumas experiências traumáticas da infância e da adolescência possam resultar em psicopatologia, acredita-se que certos comportamentos como a violência, resultam da utilização de mecanismos de defesa imaturos e neuróticos para atender a desejos que talvez nunca tenham sido atendidos.

Mecanismos de defesa são processos inconscientes que os indivíduos utilizam para lidar com ameaças internas ou conflitos. Como a definição realça, estes são processos inconscientes e, como tal, nada têm a ver com decisões conscientes. Os mecanismos de defesa podem classificar-se em três níveis de maturidade: - defesas imaturas (e.g. projecção, *acting out*, fantasia); defesas neuróticas (e.g. repressão, deslocamento, intelectualização); e defesas maduras (e.g. sublimação, humor, altruísmo).

De acordo com Miller (cit. in Marques 2005), a ocorrência de violência pode encontrar-se associada ao uso de três mecanismos de defesa, sendo um neurótico e dois imaturos: repressão, *acting out* e projecção. Assim, estes mecanismos, nos indivíduos que os utilizam com regularidade, podem funcionar como factores de risco para a violência.

A repressão é um mecanismo neurótico que reprime para o inconsciente as representações sentimentais frustrantes e ameaçadoras do ego. Entretanto, com o aumento da gama dos sentimentos não expressados no núcleo traumático do inconsciente, cria-se uma tensão libidinal intensa que pode ser libertada pelo meio da violência, trazendo alívio e estabilidade do aparelho psíquico.

No *acting out* o indivíduo age violentamente como forma de libertar a tensão criada pelos seus sentimentos que, no caso, são difíceis de suportar. Um exemplo comum é o bater com força num objecto (e.g. cadeira, mesa), quando se está com raiva.

Na projecção a pessoa mantém a sua imagem íntegra e perfeita, atribuindo os seus erros e fracassos a outra pessoa. Como exemplo, temos o marido que atribui à mulher os seus sentimentos de fraqueza, que não reconhece e, portanto, é capaz de a agredir em vez de se agredir a si próprio. Com este mecanismo consciente, o indivíduo considera-se o marido perfeito e ao mesmo tempo alivia a sua tensão no inconsciente.

Farrington (2001) realizou uma análise de diversos estudos relacionados com factores de risco psicológicos e da personalidade e ocorrência de violência. Deste trabalho podemos realçar os seguintes factores preditivos de violência: - pobre controlo comportamental (e.g. impulsividade; falta de persistência); aspectos restritivos de personalidade (e.g. calculismo); estados emocionais negativos (e.g. nervosismo; alienação); hiperactividade (e.g. desassossego; dificuldades de concentração e atenção; agitação psicomotora); e baixo coeficiente intelectual (e.g. vocabulário; compreensão; matemática; linguagem).

Lipsey e Derzon (cit. in Farrington 2001), numa extensa meta – análise que realizaram, também mostram que um baixo quociente intelectual, baixo rendimento escolar, e factores psicológicos como hiperactividade, défice de atenção, impulsividade, e comportamentos de risco são importantes preditores de ofensas violentas.

A impulsividade, os problemas de atenção, o baixo nível intelectual e os défices de atenção são aspectos que podem estar todos relacionados com défices da função executiva do cérebro, localizada na região frontal. As funções executivas incluem a concentração e a capacidade de manter a atenção, o pensamento abstracto, a formulação

de objectivos, a antecipação e planeamento, a programação e iniciação de sequências de comportamento motor objectivo; a auto consciência e auto monitorização do comportamento, mas também, a inibição de comportamentos inapropriados ou impulsivos (Moffitt e Henry cit. in Farrington, 2001).

CAPÍTULO II – A VIOLÊNCIA CONTRA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo faremos uma revisão sobre alguns aspectos relacionados com a violência dirigida aos profissionais de saúde e tentaremos analisá-la na especificidade da profissão de Enfermagem.

1 – Enquadramento do Problema

A violência dirigida aos profissionais de saúde no local de trabalho surge-nos como um problema muito frequente não só em Portugal como em todo o Mundo.

Calcula-se que cerca de 50% dos profissionais de saúde sofram pelo menos um episódio de violência física ou psicológica em cada ano (International Labour Office *et al.*, 2002).

Ferrinho *et al.* (2003) efectuaram um conjunto de estudos de caso que revelaram que num hospital distrital português em 2001, 37% dos profissionais de saúde tinham sofrido pelo menos um episódio de violência nos 12 meses anteriores ao estudo. Outro trabalho efectuado pelos mesmos autores num centro de saúde, em dois momentos diferentes, mostra uma prevalência situada entre os 60% em 2001 e os 49% em 2004, atingindo os 78% num centro de atendimento em Saúde Mental Comunitária (2001).

Nestes estudos realizados no nosso país, a maioria das vítimas foram atacadas mais do que uma vez e o problema atingiu ambos os sexos, todos os grupos profissionais e todos os serviços.

O tipo de violência exercida é por ordem decrescente de frequência: - agressão verbal; pressão moral; violência contra a propriedade; discriminação; violência física e assédio sexual. No que diz respeito aos agressores, a conclusão é que podem ser os próprios doentes ou os seus familiares.

Nos últimos anos, o aparente aumento do número de situações de agressão dirigidas aos profissionais de saúde ganhou exposição na comunicação social, o que originou respostas quer ao nível político quer ao nível das Ordens profissionais, no sentido de propor uma abordagem integradora de prevenção/resolução do problema.

Assim, a Direcção Geral de Saúde pretende colmatar o problema com um enquadramento global da abordagem da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho, concretizando uma prioridade no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

O Plano Nacional de Saúde refere-se à violência neste contexto específico como “um problema de particular relevância” e propõe medidas de combate com ênfase na prevenção e no sentido de uma “tolerância zero para qualquer tipo de violência” (Plano Nacional de Saúde 2004-2010), à semelhança do que acontece há alguns anos em alguns países da Europa (Coyne, 2002).

A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho deve, portanto, ser considerada como uma disfunção grave do sistema de saúde e, como tal, combatida.

Neste enquadramento, a violência acarreta importantes consequências ao nível individual, institucional e social (Di Martino *et al.*, 2003; Arnetz, 2001). É um problema que afecta directamente e de forma grave a saúde física e/ou mental dos profissionais atingidos, mas também a daqueles que testemunham os episódios de violência, prejudicando o seu desempenho futuro e a qualidade dos cuidados que as unidades de saúde prestam aos cidadãos que a elas recorrem (CIE, 2007).

A violência dirigida aos profissionais de saúde está directamente associada, entre outros factores, ao aumento do absentismo por doença, maior frequência de mudanças de local de trabalho, diminuição da satisfação profissional e quebra na produtividade.

A violência é, pois, um dado relevante na medida em que se torna destrutiva, tendo um impacto profundamente negativo sobre os observadores, as vítimas, as suas famílias e, em última análise, na prestação de cuidados e na segurança. Pode dizer-se que a violência “envenena” o local de trabalho (CIE, 2007).

1.1 - A agressão nos cuidados psiquiátricos

A agressão é um problema grave tanto na sociedade como ao nível dos cuidados de saúde.

Em contexto psiquiátrico, a prevalência de comportamentos agressivos ainda é considerada elevada, principalmente em unidades psiquiátricas de curta duração (Fottrell, 1980; Lion *et al.*, 1981) e, ao que parece, existe a possibilidade de aumentar (Stuart e Laraia, 2001).

O aumento do número de incidentes de violência no contexto dos serviços de saúde reflecte-se na atenção que está a ser dada ao fenómeno, principalmente ao nível da investigação científica (Jansen, 2005).

Uma pesquisa realizada na base de dados electrónica Pub Med usando as palavras-chave “violence”, “aggression” e “patient” mostrou que no período de 2000 a 2007, foram publicados 267 artigos científicos relacionados com estes tópicos. Estes números traduzem, de facto, a atenção que está a ser dada ao fenómeno.

Os primeiros estudos sistemáticos sobre comportamentos agressivos dirigidos aos profissionais de saúde em contexto psiquiátrico surgem no início dos anos setenta.

Whitman *et al.* (1976), num estudo que realizaram em Cincinnati, Ohio, questionaram um conjunto de 186 profissionais de Saúde Mental: psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, tendo encontrado resultados de algum modo preocupantes. Do grupo total de respondentes, 79% fizeram referência a pelo menos um incidente no qual um paciente dirigiu uma ameaça a alguém e 43% fizeram referência a pelo menos uma situação em que eles próprios foram ameaçados.

Um outro estudo realizado por Tardiff e Maurice (1977) em Vancouver, Canada mostra-nos que 40% dos psiquiatras inquiridos referiram ter sido atacados uma ou mais vezes.

Outros estudos realizados com psiquiatras encontraram resultados semelhantes: Madden *et al.* (1976), referem uma percentagem de ataques de 42%; Ruben *et al.* (1980) encontraram uma percentagem de 48%; e Bernstein (1981) encontrou uma percentagem de 52%.

Um estudo mais recente realizado por (Nijman *et al.* 2005) com uma amostra de enfermeiros, evidencia que 16% dos indivíduos referem ter experienciado violência física no último ano e, em consequência, um em cada cinco destes profissionais teve consequências graves ao nível da saúde que determinaram absentismo por doença.

Outro trabalho recente realizado na Suíça demonstrou que 72% dos enfermeiros a trabalhar em serviços de Psiquiatria sentiram-se seriamente ameaçados e 70% referem ter sido atacados pelo menos uma vez durante a sua carreira profissional (Abderhalden *et al.*, 2002).

Todos estes estudos põem em evidência que o fenómeno da violência nos serviços psiquiátricos é um problema actual, grave e preocupante. Desta forma é fundamental a existência de estratégias de prevenção eficazes, passando pela utilização de diferentes

métodos que variam de acordo com o controlo dos vários factores envolvidos⁴: - os factores relacionados com os profissionais; os factores relacionados com o doente e os factores do ambiente das unidades de cuidados.

1.2 - Determinantes da agressão: doente, equipa, ambiente

Na literatura científica há vastíssimas referências às determinantes da agressão e violência em contexto psiquiátrico. Geralmente estas determinantes são categorizadas em três domínios: - características dos profissionais de saúde; características do ambiente e características relativas ao próprio doente (Jansen, 2005).

O trabalho que estamos a desenvolver incide predominantemente sobre uma variável relativa à determinante “características dos profissionais de saúde”, especificamente, as “atitudes dos enfermeiros perante a agressão”. Porém, parece-nos importante fazer uma breve revisão da literatura relativa às restantes determinantes.

Contrastando com a literatura que explora o conceito de “atitude”, muitos estudos tentam explicar a relação existente entre a ocorrência de episódios de violência e as características do doente, do ambiente e dos profissionais de saúde.

Uma das variáveis dos profissionais de saúde é o *género*. A ideia de que esta variável está associada ao risco de ocorrência de agressão é inconclusiva. Se em alguns estudos o risco de ocorrência de agressão dirigida aos homens é duas a três vezes superior ao das suas colegas mulheres (e.g. Carmel e Hunter, 1989), em outros, não se encontraram diferenças entre os dois sexos (e.g. Whittington, 1994; Cunningham *et al.*, 2003).

Outra variável importante relativa aos profissionais de saúde é a *experiência profissional*. Vários estudos (e.g., Whittington *et al.*, 1996; Cunningham *et al.*, 2003) mostram que os profissionais menos experientes estão mais provavelmente expostos à agressão.

⁴ O que acontece habitualmente, talvez pela prioridade que se estabelece em termos de intervenção, é o controlo dos factores ligados ao doente. Assim, são utilizados diferentes métodos tais como: farmacoterapia, medidas não restritivas (por exemplo, falar com o doente, demonstrar calma), medidas restritivas (e.g. contenção física, isolamento). Porém, sabe-se que a eficácia dos mesmos resulta da sua adequação e esta, por sua vez, dependerá necessariamente da avaliação prévia de determinados factores, como é o caso da avaliação dos preditores de violência, tanto os dinâmicos (sinais de agressão iminente), como os estáticos (factores históricos e individuais) e ainda a forma como estes sinais são percebidos pelos profissionais.

São ainda referenciados como variáveis: a percepção do controlo exercido pela equipa de Enfermagem e interações problemáticas (Duxbury, 2002); a negação de algo ao doente e de ajuda nas actividades de vida diária (Zernike e Sharpe, 1998); comportamento desadequado da equipa – provocação, negligência, interrupção deliberada ao doente, incapacidade para ouvir, quebra de compromissos, dificuldade em entender os doentes e exigir-lhes demasiado (Finnema *et al.*, 1994); e a altura do dia ou o turno. Vários estudos que tentaram relacionar esta variável com o aumento de episódios de violência mostraram que a maioria dos incidentes ocorrem durante o período da manhã, principalmente à hora da refeição, seguido do período da tarde, com a menor incidência durante a noite (Cooper e Mendonça, 1991; Lanza *et al.*, 1994; Bradley *et al.*, 2001).

Os factores do ambiente incluem variáveis como: o tipo de serviço; o estatuto legal do doente no momento da admissão; o uso de medidas restritivas como o isolamento e a contenção; e a alteração da medicação.

Há um consenso considerável na literatura de que nos serviços com doentes mais instáveis, a ocorrência de episódios de violência é mais frequente (Katz e Kirkland, 1990; Nijman *et al.*, 1997). Muitos estudos mostram que os doentes admitidos involuntariamente evidenciam um aumento significativo da probabilidade de se envolverem em actos violentos (e.g. Owen *et al.*, 1998; Delaney *et al.*, 2001; Soliman e Reza, 2001).

Outros factores referidos na literatura como responsáveis pelo aumento da probabilidade de ocorrência de incidentes são: a agitação no interior dos serviços e o número inadequado de profissionais (Lanza, 1983); a falta de privacidade e de liberdade nos serviços fechados e os atritos entre doentes (Finnema *et al.*, 1994); a falta de organização dos serviços (Duxbury, 2002); e as circunstâncias em torno da patologia do doente (Farrell, 1997).

Relativamente às características do próprio doente a literatura refere-nos, entre outras: o género – os homens são fisicamente mais violentos para os outros enquanto as mulheres dirigem a violência mais para si próprias (Wynn e Bratlid, 1998); a idade – 20 a 39 anos (Zernike e Sharpe, 1998; Quintal, 2002); o estado mental durante a abstinência de substâncias (Zernike e Sharpe, 1998); e a própria natureza da patologia – Demência, Esquizofrenia Paranóide, Doença de Alzheimer e Síndrome Cerebral Orgânico (Lanza, 1983; Duxbury, 1999; Quintal, 2002); Esquizofrenia (Madden *et al.*, 1976; Ruben *et al.*,

1980; Hatti *et al.*, 1982); Distúrbios de Personalidade (Bullard, 2001); Esquizofrenia, Atraso Mental, Doença Bipolar e Distúrbios de Personalidade (Hamilton, 1992).

1.3 - Violência, agressão e doença mental

Embora muitos actos de violência, particularmente os relacionados com motivos económicos não sejam perpetrados por doentes do foro psiquiátrico, o papel da doença mental no comportamento violento tem sido objecto de estudo nas últimas décadas, havendo hoje um consenso relativamente à existência de uma associação entre violência, agressão e certas formas de doença mental (Pearson *et al.*, 1986; Palmestierna e Wistedt, 1988; Wallace *et al.*, 1998). Contudo, a relação entre doença mental, agressão e violência é complexa e a avaliação do risco é difícil e pouco precisa. O risco depende de um conjunto de variáveis incluindo o tipo de distúrbio, a natureza e gravidade da doença, a influência de co-morbilidade com o consumo de álcool e drogas, a existência de antecedentes de violência e ainda, a eficácia do tratamento e a capacidade de lidar com a violência (Bullard, 2001).

O medo dos doentes mentais e da sua perigosidade é transversal à história⁵. Hoje, contudo, é maior do que no passado⁶, o que enfraquece os resultados da luta contra o estigma, transformando o doente mental numa dupla vítima: vítima da sua doença; e vítima da estigmatização. Esta percepção (estigma) tem consequências na prática social contra indivíduos portadores de doença mental, constituindo o maior obstáculo para a sua integração social.

Monahan (1992), num conjunto de estudos histórico-antropológicos mostra-nos que a crença de que a doença mental está associada à violência é historicamente constante e culturalmente universal.

É possível que nos anos 60 tenha havido um exagero na predição da perigosidade dos indivíduos com doença mental (Webster e Bailes, 2000).

Nos anos 70/80, alguns autores (e.g. Maden *et al.* 1976; Hatti *et al.* 1982; Dubin *et al.* 1988; Yesavage 1983) defendiam ainda a ideia da existência de uma correlação

⁵ Apesar de a partir do início do século dezanove as pessoas mais cultas aceitarem as explicações sobre a concepção da natureza humana, mantinha-se o problema fundamental de evitar que as pessoas com doença mental provocassem danos e se tornassem perigosos, o que deu lugar à retórica do confinamento em asilos, e à intervenção de uma nova especialidade médica, a Psiquiatria Asilar. (Colaizzi, 2005)

⁶ O estigma e o medo dos doentes mentais têm sido exacerbados pela forma, por vezes sensacionalista, das reportagens que nos chegam principalmente pela comunicação social, de actos de violência trágicos, mas, apesar de tudo, raros.

positiva entre violência e alguns tipos de doença mental. Contudo, segundo Ballone e Ortolani (2002), estudos mais recentes realizados na última década, não encontram uma associação directa entre doença mental e risco de violência, ou encontram apenas uma associação discreta e estatisticamente não significativa. Esta opinião é reforçada pelos resultados de um amplo estudo coordenado pelo “National Institute of Mental Health” nos EUA, Epidemiological Catchment Área – ECA (Swanson *et al.*, 1990).

Também Hamilton (1992, p.3) partilha desta opinião referindo que ” (...) não existem dados que possam provar que os doentes psiquiátricos sejam significativamente mais violentos que outros elementos da população em geral”.

Bonta *et al.* (cit. in Steinert 2001) referem que os preditores de violência em pessoas com doença mental grave são semelhantes aos da população geral: - história criminal ou de violência; idade; abuso de substâncias; estilo de vida desviante; problemas familiares; e distúrbio de personalidade anti-social.

Assim, não se pode continuar a admitir o questionamento simplista em torno da questão se os doentes mentais são ou não perigosos. Novos estudos revelam uma dimensão cada vez mais complexa da questão na medida em que abordam a percentagem de distribuição dos transtornos psiquiátricos na manifestação do comportamento violento e procuram uma identificação precoce dos transtornos mentais, para além de alertarem para outros possíveis factores de risco (Swanson *et al.*, 1990).

A existência de um conjunto de perturbações mentais que podem ter na sua expressividade um comportamento violento responde em parte, mas não totalmente, pela maior incidência de fenómenos de violência em serviços de Psiquiatria.

Como nos mostram diversos estudos (e.g. Madden *et al.*, 1976; Ruben *et al.*, 1980; Hatti *et al.*, 1982), embora sejam comuns actos de violência associados a alguns quadros psiquiátricos, nem todas as doenças mentais apresentam um potencial para tal.

Assim, como referimos anteriormente, o risco de violência no doente mental depende de um conjunto de variáveis, incluindo o tipo, natureza e severidade do distúrbio; a existência de co-morbilidade com consumo de drogas e/ou álcool; a história prévia de violência; e a eficácia do tratamento e do manejo (Bullard, 2001).

- Tipo, natureza e severidade do distúrbio – como refere Hamilton (1992), o comportamento violento pode estar associado a qualquer das formas de distúrbio mental, sendo as mais frequentes: a Esquizofrenia; o Atraso Mental; a Doença Bipolar; e os Distúrbios de Personalidade.

O diagnóstico mais frequentemente encontrado entre os pacientes que cometem actos violentos é a Esquizofrenia (Madden *et al.*, 1976; Ruben *et al.*, 1980; Hatti *et al.*, 1982). Contudo, a maioria dos doentes esquizofrénicos raramente se mostram agressivos e nunca cometeram actos de violência física (Coid, 1996). Estes doentes tendem a ser reservados e não assertivos, mas só uma minoria se tornam física e verbalmente agressivos.

Muitos dos doentes que cometeram ofensas graves requerendo tratamento em hospitais/serviços especiais (forenses) têm história prévia de tratamento psiquiátrico relacionado com ameaças ou episódios efectivos de violência (Bullard, 2001).

Se é verdade que estudos como os de Ruben *et al.* (1980) mostram que mais de metade dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos tinham subjacentes manifestações psicóticas, e os de Tardiff (1998), que ao tentar identificar as principais características dos utentes que desenvolvem comportamentos violentos contra os profissionais de saúde, refere como diagnóstico mais frequente, a Esquizofrenia, é necessário fazer a distinção entre a violência que pode ser imputada ao diagnóstico e aquela que resulta de manifestações específicas do comportamento.

De facto, estudos como os de Monahan *et al.* (2001) têm mostrado que doentes com Esquizofrenia não apresentam um risco de violência maior que o da população em geral.

Hiday (1995), num estudo realizado com o objectivo de perceber a associação entre doença mental e violência, refere que a doença mental grave, incluindo a psicose activa, não é causa suficiente de violência.

Esta aparente contradição pode explicar-se pelo facto de alguns destes doentes terem comportamentos de consumo de substâncias e/ou distúrbios de personalidade que, como veremos mais à frente neste trabalho, constituem melhores preditores de comportamento violento.

Assim, enquanto que a atribuição ao diagnóstico pode introduzir um viés na avaliação cognitiva do acontecimento, a atribuição a factores dinâmicos de risco centra a avaliação nos factores preditivos e orientadores para a prática (Marques e Mendes, 2003).

A investigação recente realça a importância da ameaça e avaliação/controle da sintomatologia na predição da violência (Beck-Sanders e Clark; Link cit. in Bullard 2001). Estes dados confirmam o ponto de vista clínico, segundo o qual os doentes com

Esquizofrenia Paranóide agem violentamente quando se sentem ameaçados, no momento em que sentem justificção para ultrapassar objeções morais e legais.

Estudos epidemiológicos mostram que um diagnóstico do *eixo I* aumenta quatro vezes a prevalência de violência se comparada com os controles e quando coexistem distúrbios psicóticos e abuso de substâncias, a prevalência é dez vezes superior à dos controles (Johns, 1997).

Sintomas psicóticos, particularmente alucinações, quando associadas com alienação do pensamento e delírio persecutório, aumentam o risco de violência (Taylor *et al.* cit. in Bullard 2001).

Os Distúrbios de Personalidade constituem também um importante preditor para a ocorrência de violência. Há um grupo de doentes com esta patologia que são responsáveis por muitos dos episódios ocorridos quer no hospital quer na comunidade. São frequentemente diagnosticados como tendo uma personalidade emocionalmente instável, caracterizada por impulsividade, alterações do humor, sensibilidade à rejeição e baixa auto-estima. Eles reagem ao *stress* com actos impulsivos de violência ou auto-agressão (Bullard, 2001).

Os comportamentos violentos também se manifestam nos distúrbios *borderline* e anti-social da personalidade, principalmente quando associados ao consumo de drogas (Hamilton, 1992).

As características destes transtornos de personalidade são, em si, predisponentes para actos contra a sociedade: - indiferença pelos sentimentos alheios; desrespeito por normas sociais; dificuldade em manter relacionamentos embora não haja dificuldades em estabelecê-los; baixo limiar para descarga de agressão e violência; incapacidade de sentir culpa e aprender com a experiência; propensão para culpar os outros ou para oferecer racionalizações plausíveis para o comportamento que levou ao conflito com a sociedade; etc, (Ballone e Ortolani, 2002).

A debilidade mental é, também, um dos quadros responsáveis pela ocorrência de episódios de agressividade. Pode ser definida como um “estado de atraso ou desenvolvimento incompleto da mente, incluindo um prejuízo cognitivo e funcional, associado com um comportamento irresponsável ou agressivo” (Bullard, 2001). Estes doentes têm dificuldades em aprender e em adquirir competências para enfrentar um “mundo complexo”. Uma pequena percentagem apresenta um comportamento violento imprevisível e necessita de internamento compulsivo.

Os estados intermédios de debilidade mental podem estar associados com ofensas sexuais menores e, pontualmente, com episódios mais sérios, incluindo piromania e violência sexual (idem).

Também Day (1994), num estudo que realizou com deficientes mentais, verificou que a frequência de indivíduos que cometeram abusos sexuais chegou a ser seis vezes superior à da população em geral, ainda que o padrão de agressão fosse semelhante.

De acordo com Hamilton (1992), diversos distúrbios psiquiátricos podem estar associados à ocorrência de episódios de violência. Entre eles, os distúrbios do humor. A Doença Bipolar, principalmente durante a fase maníaca, ocupa um papel importante.

A Doença Bipolar quando não é tratada pode apresentar períodos de euforia, agitação psicomotora, irritabilidade, desinibição, impulsividade e perda do contacto com a realidade com redução da capacidade de julgamento. Assim, ocasionalmente, este distúrbio pode precipitar comportamentos violentos.

A maior parte dos episódios de violência desenvolvidos por doentes bipolares em fase maníaca não são premeditados nem intencionais (Tardiff, 1996). Raramente um doente maníaco se torna violento como resultado de um episódio delirante no qual o doente pensa estar a ser perseguido ou ameaçado.

Tardiff (1996) defende que os doentes maníacos se tornam agressivos em situações em que se sentem de alguma forma contidos, sendo-lhes negado o direito à autodeterminação. Esta contenção pode ser física, como acontece em situações em que o doente é observado numa pequena sala de um serviço de urgência; ou interpessoal, como acontece quando um enfermeiro insiste para que o doente tome a medicação.

Bullard (2001) refere que os doentes maníacos são frequentemente interpelados pela polícia devido à sua exuberância em locais públicos. Nestes casos, é muito frequente que o doente não colabore, tornando-se por vezes física e verbalmente agressivo.

Diversos estudos (e.g. Yesavage, 1983; Feldman, 2001) mostram-nos resultados consistentes com a hipótese de que os doentes bipolares são responsáveis por episódios de violência, principalmente na fase mais aguda de um episódio maníaco com psicose.

Outros doentes com distúrbios do humor raramente se tornam violentos. Uma excepção pouco frequente acontece na Depressão Major com psicose.

De acordo com Tardiff (1996), estes doentes apresentam por vezes sintomas como desesperança, sentimentos de que a vida se tornou insuportável ou sentimentos delirantes de profunda culpa que podem resultar em violência, geralmente homicídio seguido de

suicídio. Quando isto acontece, geralmente envolve uma mulher que mata os seus filhos ou um homem que mata toda a sua família, suicidando-se de seguida.

- **Abuso de substâncias** – Estudos epidemiológicos mostram que o abuso de substâncias é o principal factor de risco para a ocorrência de ofensa grave (Coid, 1996). Porém, estes dados são verdadeiros tanto para os indivíduos com doença mental como para aqueles que não sofrem de qualquer tipo de enfermidade psiquiátrica. As pessoas que sofrem de doença mental sem abuso de substâncias apresentam um risco de ofensas violentas três vezes superior ao da população normal. Nos portadores de doença mental e co-morbilidade com abuso de substâncias, o risco triplica (Johns, 1997).

De realçar ainda que 40% dos doentes mentais sofrem de co-morbilidade por abuso de substâncias (idem).

Estes dados não surpreendem pois, como sabemos, o consumo de álcool e drogas, enfraquece o auto-controlo e liberta o acto violento.

- **História prévia de violência** – a história prévia de violência é um factor directamente relacionado com o comportamento violento (Quintal, 2002), sendo frequentemente referido como preditor de comportamento violento futuro (Blair, 1991; Morrison, 1994).

Mulvey e Fardella (2000) referem que certos factores que aparecem associados ao aumento da probabilidade de ocorrência de violência estão em linha com o senso comum, realçando de entre outros, a história prévia de violência.

Em suma, de acordo com o modelo proposto por Hiday, a doença mental grave, só por si, não é factor preditivo de violência, ainda que se verifique a presença de sintomatologia psicótica activa. Para que esta conduza à violência é necessária a intervenção de factores sociais como a pobreza e a desorganização social que afectam o curso da doença, originando traços de personalidade anti-social; o uso de substâncias; e um ambiente de vitimização e violência.

O modelo postula que o doente mental grave pode tornar-se violento por um de três motivos: - uso de substâncias e/ou personalidade anti-social, factores que conduzem directa ou indirectamente à violência através de acontecimentos stressantes (em qualquer dos casos, é o uso de substâncias e/ou o distúrbio de personalidade, não a doença mental que causam a violência); psicoses activas com sintomas bizarros que conduzem a situações de tensão e posteriormente à violência; psicoses activas que em interacção com

desconfiança ou suspeição, causam sintomas de ameaça e perda de controlo, conduzindo directa ou indirectamente à violência em situações de tensão (Hiday, 1995).

Queremos ainda realçar que a violência e os conflitos são comportamentos geradores de comportamentos semelhantes. Para evitar/prevenir episódios de violência num contexto de relação terapêutica, os doentes devem ser encorajados a discutir os seus medos de perda de controlo sobre o seu comportamento, sendo fundamental que os profissionais em geral e os enfermeiros em particular, sejam pessoas emocionalmente estáveis, calmas, firmes e com uma percepção e atitudes positivas sobre a violência, de modo a influenciar a redução do número de incidentes e a sua severidade.

1.4 - Instrumentos para medir a agressão

Até há pouco tempo, a investigação científica sobre a violência nos serviços de saúde, nomeadamente aquela que é desenvolvida pelos doentes, tem sido um pouco negligenciada. Os estudos e publicações sobre esta temática expandiram-se fortemente a partir de 1988, altura em que existiam unicamente 32 artigos publicados (Poster e Ryan cit. in Duxbury 2003). Recentemente, esse número aumentou para mais de 1000 títulos (Duxbury, 2003).

Antes da introdução da SOAS (Staff Observation Aggression Scale) (Palmeستيerna e Wistedt, 1987), agressão e violência foram definidas de forma vaga ou mesmo não definidas na literatura de investigação (Jansen, 2005).

É evidente que o interesse sobre a escalada dos níveis de violência dirigida aos enfermeiros prevalece. Como resultado, a investigação nesta área é cada vez mais extensa e visa investigar múltiplas perspectivas em diferentes contextos (Delaney *et al.*, 2001).

Contudo, a exploração da perspectiva dos doentes e dos profissionais é menos evidente na literatura. Além disso, é a perspectiva dos profissionais a mais frequentemente procurada, atendendo à escassez de instrumentos capazes de examinar a perspectiva dos doentes.

Esta discussão resulta principalmente da complexidade do próprio problema, mas também de aspectos éticos ligados ao contexto psiquiátrico, onde se realizam a maior parte dos trabalhos (Whittington, 2000).

A investigação realizada sobre os problemas de violência e com doentes violentos utiliza frequentemente instrumentos de registo de incidentes que examinam os dados de

forma retrospectiva, como, por exemplo, as entrevistas e os questionários (Wykes cit. in Duxbury, 2003). É, no entanto, menos comum ver o uso de escalas de atitudes como a ATAS que estudam especificamente pontos de vista sobre o problema da violência nos cuidados de saúde.

Podemos encontrar um largo espectro de escalas de medida sobre violência que podem ser utilizadas com propósitos de investigação.

De acordo com Bech (cit. in Jansen 2005; Nijman *et al.*, 2006), os instrumentos mais frequentemente utilizados para avaliar comportamentos agressivos desenvolvidos pelos doentes psiquiátricos podem ser divididos em dois grupos:

- Escalas de autoavaliação (*self-reporting scales*);
- Escalas de registo de observação (*observer aggression scales*).

As escalas de autoavaliação são, geralmente, projectadas e construídas para medir atitudes, sentimentos, pensamentos e reacções a situações relacionadas com violência, mas também, para avaliar a tendência dos indivíduos para reagir com ira ou de forma hostil. Neste sentido, raramente são utilizadas para registar incidentes agressivos “menor”, não sendo, portanto, adequadas para fornecer informação sobre prevalência de incidentes agressivos em serviços ou instituições específicas (Nijman *et al.*, 2006). Por este motivo, grande parte da literatura científica sobre a prevalência ou a prevenção do comportamento agressivo em serviços de Psiquiatria, resulta do uso de escalas de observação.

Com as escalas de observação, o comportamento agressivo dos doentes psiquiátricos é geralmente registado por elementos da equipa não envolvidos no incidente, após a sua ocorrência.

De acordo com Nijman *et al.* (2006), ao contrário das escalas de observação, as escalas de autoavaliação têm uma importância fundamental na determinação de percepções e atitudes dos profissionais sobre o comportamento violento.

Diversos profissionais da área da Saúde Mental têm contribuído de forma substancial para o estudo da violência nos cuidados de saúde através do desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas de diversos instrumentos.

Poster e Ryan (1989); Poster (1996); Kendra (1996); Jansen *et al.* (1997); Fitzwater e Gates (2000); O`Connell *et al.* (2000); Abderhalden *et al.* (2002); Duxbury (2002); Jansen *et al.* (2005) - desenvolveram instrumentos destinados a avaliar as percepções e atitudes dos enfermeiros sobre a violência.

Morrison (1994); Bowers (1999) – desenvolveram instrumentos específicos para avaliar características dos doentes violentos.

Carmel e Hunter (1990); Whittington *et al.* (1996) – incidiram sobre a avaliação de características e actividades dos serviços.

Palmstierna e Wistedt (1987); Bensley *et al.* (1997); Arnetz (1998), entre outros, desenvolveram escalas para avaliar incidentes violentos, etc.

De seguida descreveremos, de forma sucinta, os quatro instrumentos que, por se debruçarem sobre atitudes e percepções sobre violência, consideramos os mais importantes no contexto do nosso trabalho, fazendo também referência às suas propriedades psicométricas.

1 – The Attitudes Toward Aggression Scale (Jansen *et al.*, 2005)⁷.

A ATAS, inicialmente designada por POAS (Perception of Aggression Scale), é um instrumento de autoavaliação constituído por 18 proposições apresentadas sob a forma de escala tipo Likert, variando as opções de resposta de 1 - “discordo totalmente” até 5 - “concordo totalmente”.

A escala compreende 5 tipos diferentes de atitudes medidos pelas seguintes subescalas: – Atitude ofensiva; – Atitude comunicativa; – Atitude destrutiva; – Atitude de protecção e Atitude intrusiva.

A fiabilidade das 5 dimensões da ATAS varia de .62 a .86, e a validade convergente dos itens com cada uma das cinco subescalas é $\geq .52$.

2 – The Attitudes Toward Physical Assault Questionnaire (Poster e Ryan, 1989).

Este instrumento é um questionário de autoavaliação composto por 31 proposições apresentadas sob a forma de escala de Likert, podendo as opções de resposta variar de “concordo totalmente”, opção à qual é atribuída uma pontuação 5, até “discordo totalmente”, com uma pontuação de 1.

A escala focaliza quatro áreas específicas: crenças e interesses da equipa sobre a segurança; competência e desempenho da equipa; questões legais; e responsabilidade do doente pelo comportamento.

Este questionário foi testado em termos de fiabilidade (teste-reteste, $r = .69$) e de validade de conteúdo através de uma revisão da literatura e um painel de especialistas de Enfermagem.

3 – The Management of Aggression and Violence Attitudes Scale (Duxbury, 2003).

⁷ Este instrumento, sobre o qual recai o nosso estudo, será descrito de forma pormenorizada na segunda parte do trabalho, na metodologia.

Este instrumento é um questionário de autoavaliação composto por 27 proposições sob a forma de escala visual analógica, compreendendo quatro subescalas, três reflectindo modelos explicativos para a agressão (interno, externo e situacional) e um reflectindo pontos de vista sobre formas de lidar com a agressão.

A fiabilidade da MAVAS é de .89 e a validade convergente dos itens com cada uma das quatro subescalas é $\geq .80$.

4 – The Attitudes Toward Aggressive Behaviour Questionnaire (Collins, 1994).

Este questionário focaliza cinco temas: predição do comportamento; motivação do doente e responsabilização pela agressão; ansiedade e medo dos profissionais relativamente ao ataque; necessidade de intervenção especializada; e confiança da equipa no manejo do comportamento violento.

A fiabilidade teste-reteste dos itens do questionário usado por Collins foi de .972.

2 – A profissão de Enfermagem e a violência

2.1 - A exposição dos enfermeiros à violência

A violência no local de trabalho tem vindo a tornar-se num fenómeno alarmante em todo o mundo. A sua dimensão real é largamente desconhecida e as últimas informações mostram-nos que o conhecimento actual é apenas a ponta do *iceberg*.

Nos finais dos anos 80 e na década de 90, assistiu-se a uma preocupação crescente com o problema da violência no local de trabalho (Chappell e Di Martino, 1998; Leather *et al.*, 1999). Para alguns analistas, em alguns países, o problema atingiu uma dimensão tal que se transformou numa “epidemia nacional” e num “problema ocupacional de dimensões significativas” (Fletcher *et al.*, 2000).

A violência ocorre em todos os ambientes de trabalho. Contudo, alguns sectores estão particularmente expostos como é o caso dos serviços de saúde.

Embora os profissionais de saúde sejam conhecidos como um grupo particular de elevado risco de exposição à violência (Chappell e Di Martino, 1998; Arnetz *et al.*, 1998; Hewitt e Levin, 1997), só na passada década o assunto começou a merecer a atenção que lhe era devida (Rippon, 2000), sendo hoje claro que, apesar de algumas discrepâncias nas estimativas de exposição, todos os trabalhadores dos serviços de saúde têm contacto com a violência ou com as suas sequelas, não só os que trabalham em serviços de maior vulnerabilidade, como os serviços de Psiquiatria e urgências (Whittington *et al.*, 1996; Sullivan, 1999).

Hoje, os dados que emergem das publicações estatísticas sobre exposição à violência são simples e claros: a violência é um problema grave e significativo que atinge um vasto leque de profissionais de saúde, tanto a nível hospitalar como a nível comunitário.

Elliot (1997) calcula que o risco de os profissionais de saúde se verem envolvidos em episódios de violência é cerca de 16 vezes superior ao dos trabalhadores de outros sectores. Desta forma, alguns autores concluem que a maioria dos profissionais de saúde estão sujeitos a um ou vários episódios de violência no local de trabalho, durante a sua carreira profissional (Blair e New, 1991; Tardiff, 1996).

A incidência de episódios de violência dirigida aos enfermeiros é bem conhecida (Chambers, 1998). De todos os profissionais de saúde, são estes as principais vítimas (Whittington cit. in Shepherd 1999; Nabb, 2000; Ferrinho *et al.*, 2003; Fottrell, 1980; Jansen, 2005).

Tardiff (1996), referenciando um estudo realizado por Lanza (1985), refere-nos que os enfermeiros são as vítimas mais frequentes dos episódios de violência em contexto psiquiátrico. Neste estudo, 80% dos enfermeiros referem ter sido atacados pelo menos uma vez e vários foram atacados diversas vezes.

Uma das razões principais para que o risco seja cada vez maior para os enfermeiros resulta da natureza da sua profissão, que exige múltiplas interações diárias com os doentes (Jansen, 2005).

De acordo com o CIE (2007), as condições de trabalho no sector da saúde colocam os profissionais, principalmente os enfermeiros, em maior risco de violência, devido a:

- Padrões de dotação - incluindo níveis inadequados de dotação e supervisão; utilização de pessoal temporário e sem experiência; cargas laborais excessivas; e o facto de serem os únicos responsáveis pelas unidades de cuidados de saúde.

- Trabalho por turnos - incluindo as deslocações de, e para o trabalho, à noite.

- Fracas medidas de segurança nas instalações de cuidados de saúde.

- Intervenções que exigem contacto físico próximo.

- Cargas laborais exigentes, ocorrendo frequentemente em ambientes de elevada carga emocional.

- Locais de trabalho com elevada acessibilidade e com pouca ou nenhuma privacidade.

- Visitas domiciliárias - com o isolamento associado.

Há também um consenso recente de que existe uma associação entre violência, agressão e certas formas de doença mental (Palmstierna e Wistedt, 1988; Pearson *et al.*, 1986; Wallace *et al.*, 1998). Assim, se os enfermeiros são a classe profissional mais exposta à violência nos serviços de saúde, este problema é substancialmente mais grave quando analisamos o que acontece nos serviços de Psiquiatria. Como exemplo, relembramos o estudo anteriormente referido, realizado por Ferrinho *et al.* (2003) segundo o qual, num período de um ano, 78% dos profissionais de um centro de atendimento permanente de Saúde Mental Comunitária, sofreram pelo menos um episódio de violência.

Como vimos, a incidência de agressão dirigida aos enfermeiros, principalmente àqueles que trabalham em serviços de Psiquiatria, é relatada como sendo mais elevada que em outros sectores ocupacionais. Como nos referem Kwok *et al.* (2006), a violência está presente em todos os ambientes de trabalho, mas os enfermeiros estão na linha da frente nos sistemas de saúde.

Apesar de existir um leque muito variado de informações sobre a violência dirigida a enfermeiros, é consensual que o tipo de violência encontrado com mais frequência é o abuso verbal, seguido de violência física e assédio sexual (Uzun, 2003). Estes resultados vêm na linha do que nos referem Bowers e colaboradores. Para estes autores, a maior parte dos episódios de violência são de “natureza menor” e não resultam em danos físicos severos (Bowers *et al.*, 1999). Contudo, de acordo com o CIE (2007), o impacto da violência psicológica é tão relevante, se não mais, que o impacto da violência física, sendo também, mais frequente.

A maior incidência de violência ocorre em serviços de Psiquiatria, emergências e unidades de tratamento de dependentes, serviços onde a percentagem de enfermeiros atacados chega, em alguns estudos, a atingir os 100%. (Kwok *et al.*, 2006).

Como se compreende, os principais agentes dos episódios de violência são os doentes, seguidos dos seus familiares, no fundo, as pessoas que mantêm um contacto diário e directo com os enfermeiros. Porém, também outros enfermeiros, chefes e médicos são referidos como responsáveis por alguns episódios de violência (Kwok *et al.*, 2006). Neste sentido, Farrel estudou os diferentes tipos de agressão intra-equipa em contexto hospitalar. O tipo de agressão mais prevalente neste contexto é a dirigida pelo médico ao enfermeiro (Farrel, 1999).

2.2 - Atitudes dos enfermeiros perante a violência nos cuidados de saúde

Definições de "atitude"

O estudo realizado e que apresentamos nesta dissertação focaliza-se no conceito de “atitude”.

De acordo com Ajzen (2001), “*atitude*” é a tendência para pensar, sentir ou agir positiva ou negativamente face aos estímulos e objectos ambientais. São predisposições aprendidas para dar respostas consistentes, favoráveis ou desfavoráveis, como resultado

de experiências passadas (Jansen, 2005), formando-se principalmente por modelamento ou outra forma de aprendizagem social (Olson e Fazio, 2001).

Retomando a teoria da aprendizagem social de Bandura, abordada em capítulo anterior deste trabalho, lembramos que o comportamento humano pode ser explicado em termos de interacções contínuas e recíprocas entre influências cognitivas, comportamentais e ambientais (Bandura cit. in Jansen 2005). Segundo este ponto de vista, a hipótese de que as atitudes são aprendidas significa que são determinadas por factores ambientais.

Existem actualmente alguns pontos de vista divergentes acerca da definição do conceito de “atitude”. A definição e o uso do termo variam muito, mas, apesar destas variações, podemos concluir pelas definições existentes, que, geralmente, as atitudes têm três componentes: cognições; sentimentos; e comportamento. (Jansen, 2005; Ajzen, 2001).

A **componente cognitiva** refere-se a ideias, pensamentos, percepções, crenças ou opiniões individuais sobre a atitude, isto é, reflecte a forma como a atitude em causa é mentalmente conceptualizada.

As respostas cognitivas são normalmente expressas através do uso de indicações verbais de opiniões ou crenças e são avaliadas em consonância.

Um exemplo de definição de atitude, realçando a componente cognitiva, é proposta por Allport (1935): “Atitudes são processos mentais individuais que determinam as respostas reais ou potenciais do indivíduo no mundo social”.

A **componente afectiva** reflecte o sentimento ou a estrutura emocional da atitude ou a emoção que suporta a ideia (componente cognitiva).

Fishbein (1967) dá-nos uma definição de atitude enfatizando a componente afectiva: “atitude é uma predisposição aprendida para responder consistentemente, de forma favorável ou desfavorável, a um objecto ou uma classe de objectos.

A **componente comportamental** consiste na reacção actual para com a atitude respectiva. É, portanto, o acto instrumental realizado face ao objecto.

Um exemplo de definição de atitude, tendo por base uma orientação comportamental, é-nos dada por Bogardus (1931): “atitude é uma tendência para agir a favor ou contra um factor ou um conjunto de factores ambientais que, desse modo, assumem um valor positivo ou negativo”.

No âmbito deste estudo, definimos “atitude” como o conjunto de sentimentos, pensamentos e crenças dos enfermeiros sobre a violência em contexto psiquiátrico.

Assim, através da escala que nos propomos validar, só duas das componentes das atitudes serão avaliadas: - afectiva e cognitiva. Além disso, queremos realçar a importância dos estudos sobre atitudes, especialmente em Enfermagem, na medida em que, são estas que influenciam o comportamento individual.

Shaw e Wright (1967) referem que as atitudes, sendo adquiridas através da experiência, representam o produto final do processo de socialização. Desta forma, influenciam as respostas individuais aos acontecimentos sociais. Assim, o estudo das atitudes incrementa o nosso conhecimento sobre o processo de socialização e sobre os acontecimentos do passado que directamente contribuíram para ele.

Finalmente, gostaríamos de tecer alguns comentários acerca da forma como se processa a mudança nas atitudes, especificamente no que se relaciona com a violência.

De acordo com Jansen *et al.* (2005), uma atitude poderá mudar ao longo do tempo, se mudar algum dos seus componentes (cognições, sentimentos ou comportamentos). Tanto a componente afectiva como a cognitiva poderão mudar por influência de experiências anteriores de violência ocorridas durante o exercício profissional, quer aconteçam no interior de um serviço, quer se tratem de actos violentos ocorridos no exterior. Desta forma, compreendemos que actos públicos de violência terão um impacto na opinião pública, condicionando também as atitudes dos enfermeiros, enquanto membros de uma comunidade.

2.3 - Cognições sobre a agressão

Na opinião de vários autores (e.g., Di Martino *et al.*, 2003; Arnetz, 2001, etc.), a violência dirigida aos profissionais de saúde traduz-se num conjunto de consequências ao nível individual, institucional e social, afectando directamente e de forma grave a saúde física e/ou mental dos profissionais atingidos, prejudicando o seu desempenho futuro e a qualidade dos cuidados que as unidades de saúde prestam.

A violência dirigida aos profissionais de Enfermagem está associada de forma directa, entre outros factores, à diminuição da satisfação profissional, à quebra na produtividade e ao aumento do absentismo por doença (CIE, 2007).

A relação entre doença mental, agressão e violência é complexa e a avaliação do risco é difícil e pouco precisa, dependendo variáveis como, por exemplo: o tipo, natureza e gravidade da doença; a existência de antecedentes; a influência de co-morbilidade com

o consumo de álcool e drogas; a existência de antecedentes de violência; a eficácia do tratamento; e a capacidade de lidar com a violência (Farrington, 2001).

A capacidade de lidar com a violência é, ao nível da profissão de Enfermagem, particularmente condicionada pela forma como é percebida pelos profissionais e pelas suas atitudes.

Para além das competências técnicas, as atitudes do enfermeiro perante o comportamento agressivo, são elementos importantes e preditivos do tipo de cuidados prestados, ou seja, como nos refere Jansen *et al.* (2005), a forma como o enfermeiro maneja a agressão e o comportamento agressivo, depende directamente da sua atitude perante o comportamento.

Como referimos anteriormente, as cognições, conjuntamente com os sentimentos e o comportamento, constituem as três componentes das atitudes, sendo, sem dúvida, a sua componente mais importante.

Assim, as opiniões, ideias, crenças e pontos de vista, no fundo as cognições dos enfermeiros sobre a agressão estão relacionadas com o tipo de agressão experimentada e a dimensão da exposição; as causas e os tipos de agressão; os perpetradores; o manejo da agressão e a severidade das lesões apresentadas (Jansen, 2005).

No nosso estudo, a maioria dos itens da escala parece estar relacionada com as cognições dos enfermeiros sobre a agressão.

Alguns dos itens foram formulados com esse objectivo e parte deles, são, por natureza, uma questão de atitude, o que significa que esses itens expressam uma avaliação feita pelos enfermeiros relativamente ao comportamento agressivo dos doentes (Jansen, 2005).

2.4 – As consequências da violência nos enfermeiros

A investigação demonstra que, de entre o pessoal de saúde, os enfermeiros são o grupo profissional que corre maior risco de violência no local de trabalho. A prevalência e o impacto da violência contra enfermeiros é perturbadora quando comparada com outras profissões. As consequências da violência extravasam o ambiente de trabalho e afectam a família da vítima e os observadores, conhecidos como “a terceira parte” da violência (CIE, 2007).

Contudo, explorar o impacto da violência nos profissionais de Enfermagem é mais complicado do que pode parecer, pois parece existir uma atitude patente de que

devemos olhá-la só sob a perspectiva do doente. Analisar o problema mais profundamente, isto é, incluindo a perspectiva do enfermeiro, é, de algum modo, prejudicial para o doente.

Esta visão unilateral ou repartida é evidente, por exemplo, quando examinamos os direitos dos doentes e dos profissionais no que concerne à segurança.

Frequentemente, os enfermeiros aceitam passivamente o abuso e a violência que encaram como “ossos do ofício” – uma atitude por vezes partilhada pelo público e pelas autoridades judiciais.

As pressões sobre as vítimas para permanecerem em silêncio são enormes e a sub-notificação tem impedido o desenvolvimento e a implementação de estratégias efectivas para a redução da violência no local de trabalho (CIE, 2007).

A violência dirigida aos profissionais de Enfermagem é, como já vimos, um grave problema, sobretudo ao nível dos serviços de Psiquiatria. Apesar disso, há pouca investigação empírica que explore as suas consequências nos profissionais do sector da saúde.

No passado, violência e agressão eram frequentemente vistas como um aspecto inevitável da profissão (Rippon, 2000). Contudo, nas últimas décadas, tem havido um investimento progressivo, principalmente na Europa, onde um número cada vez maior de países tenta implementar políticas para eliminar estas atitudes e para actuar sobre os níveis crescentes de violência no sector da saúde.

Diversos estudos têm sido realizados incidindo nas consequências da violência, tanto ao nível físico, como, sobretudo, ao nível psicológico (e.g., Poster e Ryan, 1994; Lanza, 1995; Zernike e Sharpe, 1998; Quine, 1999).

Alguns dos resultados encontrados foram: - frustração, raiva, medo, ressentimento, ansiedade, irritação (Zernike e Sharpe, 1998); alterações do sono, estado de hiper-alerta, ataques de pânico, temor em regressar ao trabalho, aumento do consumo de álcool e tabaco (Quine, 1999); raiva, ansiedade, apatia, depressão, sentimento de culpa, dependência, medo dos outros doentes, mudanças nas relações com os colegas, dificuldade em regressar ao trabalho, cefaleias e tensão (Poster e Ryan, 1994). Contudo, na nossa opinião quem melhor sistematiza este grande leque de manifestações é Lanza (1995). Para esta autora, as reacções à ameaça e à violência variam de indivíduo para indivíduo, manifestando-se a curto e a longo prazo, aos diversos níveis: - emocional; social; fisiológico e cognitivo (Lanza, 1995).

O quadro seguinte mostra-nos as principais manifestações a curto e a longo prazo, em cada um destes níveis.

	Emocional	Físico	Social	Cognitivo
Curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade; - Medo de regressar ao local do ataque; - Sentimento de resignação; - Depressão; - Raiva; - Ansiedade; - Auto-culpabilização; - Estado de choque; - Dependência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbios do sono; - Cefaleias; - Respostas comportamentais imprevisíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações na forma de relacionamento com os colegas; - Dificuldades em regressar ao trabalho; - Medo dos outros doentes; - Sentimento de pena pelo doente agressor; - Sentimento de que deveria ter feito algo para evitar o episódio 	<ul style="list-style-type: none"> - Negação de pensamentos sobre o ataque; - Preocupação em pensar sobre o acontecimento; - Ponderar a mudança de trabalho ou de estilo de vida.
Longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> - Medo do doente agressor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensão corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de pena pelo doente agressor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Raiva dirigida aos superiores hierárquicos; - Exigência de protecção; - Negação; - Racionalização; - Auto-culpabilização; - Aumento do sentimento de vulnerabilidade; - Pensamentos sobre a perigosidade do seu local de trabalho; - Pensamentos sobre aprendizagem de técnicas de defesa pessoal, etc.

Os enfermeiros podem sentir o impacto da violência de forma mais aguda quando se encontram no local onde o episódio ocorreu. Este facto contribui para que este seja lembrado e seja re-experenciada ansiedade associada a uma ameaça potencial. Deste modo, os enfermeiros mais fragilizados pelas consequências emocionais do episódio de violência terão tendência para levar estas experiências para casa com eles, enquanto que aqueles que têm relações familiares menos satisfatórias poderão sentir consequências mais evidentes ao nível da ansiedade no local de trabalho.

Os colegas foram reconhecidos como a mais importante fonte de suporte para as vítimas após os episódios de violência (Nolan *et al.*, 1999).

Os enfermeiros, em diversos contextos, estão sujeitos a taxas elevadas de violência. Um estudo recente realizado na Suíça demonstrou que 72% dos enfermeiros a trabalhar em serviços de Psiquiatria sentiram-se seriamente ameaçados, e 70% referem ter sido atacados pelo menos uma vez durante a sua carreira profissional (Abderhalden *et al.*, 2002).

Needham *et al.* (2005) afirmam que qualquer enfermeiro, independentemente da sua experiência profissional, pode ver-se envolvido em episódios de violência e os estudantes de Enfermagem podem experimentar tais incidentes numa fase muito precoce das suas carreiras.

Em suma, a violência dirigida aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular é uma ocorrência comum. Contudo, é fácil subestimar o seu impacto porque é a agressão física o indicador mais utilizado para avaliar o impacto da violência.

De facto, as vítimas referem frequentemente reacções emocionais intensas e residuais a ameaças e ataques “minor”. Como refere Lanza (1995), é o sentimento de vulnerabilidade das vítimas que parece ser o factor chave, ainda que por vezes ele não seja consciente.

Assim, espera-se que os enfermeiros desenvolvam competências para lidar com a violência, apesar de existirem poucos programas dirigidos à formação destes profissionais, para a identificação de situações potencialmente perigosas e para o desenvolvimento de estratégias e mecanismos eficazes para lidar com a agressão.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

1 - Quadro conceptual da investigação

A nossa pesquisa sobre a violência a nível hospitalar e particularmente em contexto psiquiátrico permite-nos verificar que esta área não tem merecido muita atenção no nosso país, particularmente no que se refere à construção e desenvolvimento de instrumentos de avaliação.

Um dos factores mais referido como estando directamente associado à forma de controlo da agressão é a atitude dos profissionais de saúde perante o comportamento agressivo dos pacientes (Jansen, 2005).

A investigação que tem procurado avaliar as atitudes dos profissionais de saúde perante a agressão tem focado a sua atenção principal nas questões relacionadas com as cognições. Só alguns estudos utilizam a componente “atitude” no sentido da avaliação do comportamento agressivo.

Para que se possam desenvolver modelos de controlo da agressão, é necessário conhecer os domínios significativos das atitudes dos profissionais de saúde perante pacientes agressivos.

No modelo proposto por Jansen *et al.* (2005), tendo por base a Teoria da Acção Reflectida (Fishbein e Ajzen, 1975), a atitude perante um objecto (pessoa ou acontecimento) é um factor preditivo do comportamento. Neste contexto, o paciente agressivo deve ser considerado como o objecto e a forma de controlar a agressão pelos profissionais, o comportamento a ser predito com base no tipo de atitude.

É com base neste modelo que nos propomos realizar o estudo de validação da ATAS “Attitudes Toward Aggression Scale”⁸, tendo por base as suas satisfatórias propriedades psicométricas.

Este estudo tem como objectivos:

- Traduzir, adaptar e validar um instrumento capaz de avaliar as atitudes dos enfermeiros perante os comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico;

⁸ A seguir designada como ATAS.

- Determinar a percepção que os enfermeiros têm sobre as suas atitudes perante pacientes violentos;

- Relacionar a variação das atitudes dos enfermeiros perante a agressão com alguns dados sócio – demográficos da amostra.

A principal questão de investigação é a seguinte: - Até que ponto os resultados da validade e da fidelidade da escala de 18 itens para avaliar as atitudes perante a agressão variam em relação à versão original e a outros estudos já realizados?

A segunda questão de investigação é a seguinte: - Que factores poderão ser considerados como preditores dos diferentes tipos de atitudes perante a agressão?

Uma terceira questão de investigação pode ser formulada da seguinte forma: - Até que ponto as características pessoais dos enfermeiros e algumas características do ambiente explicam os resultados obtidos com a EAPA “Escala de Atitudes Perante a Agressão”⁹.

O estudo será constituído por uma parte de cariz metodológico que se refere ao processo de validação da ATAS e outra que integrará um estudo observacional, descritivo do tipo transversal, no qual serão analisados alguns resultados obtidos através do instrumento.

1.1 - Tipo de população

A escala ATAS é um instrumento destinado a avaliar as atitudes dos profissionais de saúde perante comportamentos agressivos dos doentes, não sendo, portanto, específica para a profissão de Enfermagem ou para o contexto psiquiátrico (Jansen, 2005). Contudo, o estudo que nos propomos realizar incide exclusivamente nas atitudes dos enfermeiros em contexto psiquiátrico.

Assim, a população a estudar será composta pelos enfermeiros a prestar cuidados em unidades de Psiquiatria da Região Centro: - Hospital de Sobral Cid; Hospital Psiquiátrico de Lorvão; Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes¹⁰ e Clínicas Masculina e Feminina dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

⁹ A seguir designada como EAPA.

¹⁰ Já numa fase posterior ao início do estudo, as três principais instituições psiquiátricas da região Centro (Hospital Sobral Cid; Hospital Psiquiátrico de Lorvão e Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes) sofreram um processo de fusão, realizado no âmbito da reorganização dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, dando origem ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

2 - Metodologia

Grande parte dos instrumentos que utilizamos para investigação foram construídos em países de língua oficial inglesa, o que nos obriga a traduzi-los e posteriormente a realizar estudos de adaptação e validação.

Como nos refere Guillemín (1995), a adaptação e a validação de uma medida pré existente para o contexto cultural de uma população alvo tem, entre outras, as seguintes vantagens:

- Fornece uma medida padrão para o uso em estudos internacionais;
- Permite a comparação entre grupos culturais nacionais, contando com uma medida padrão projectada e adaptada para medir o fenómeno transcultural;
- Proporciona menor custo e consumo de tempo do que criar uma nova escala.

Como referido anteriormente, este estudo metodológico consiste na adaptação e validação para a população portuguesa da ATAS. Neste capítulo, explicitamos todos os procedimentos de investigação e a sua contribuição para os objectivos finais.

2.1 - Estudo piloto

Os estudos piloto¹¹ são frequentemente os estudos preliminares da investigação. Englobam um pequeno grupo de sujeitos que são uma parte do grupo a estudar ou então apresentam características similares à amostra a utilizar numa fase posterior (Powers e Knapp cit. in Duxbury 2003).

Numa primeira fase procedeu-se à tradução da versão original para a língua portuguesa recorrendo ao apoio de um especialista bilingue.

A tradução dos enunciados constitutivos de uma escala de natureza psicossocial têm como objectivo permitir aos participantes exprimir na sua própria língua as *nuances* de certas características, tais como o humor, os sentimentos, etc., de modo que sejam equivalentes aos estados psicológicos relatados na língua original (Hulin cit. in Fortin 1999).

Depois de realizada a tradução, foi feita uma análise cuidada à validade de conteúdo dos itens por dois especialistas de investigação.

¹¹ Previamente ao início do estudo, solicitámos autorização ao autor da escala para a podermos traduzir e adaptar. Assim, foi feito contacto por e-mail ao qual o autor respondeu favoravelmente, enviando-nos a escala original (Anexo 3) e os diversos estudos da sua construção e validação.

Numa terceira fase, foi solicitado a um professor de inglês que averiguasse da tradução realizada e efectuasse a retroversão.

Como nos refere Fortin (1999), a qualidade final da tradução assenta num conjunto de factores que dizem respeito aos investigadores, aos tradutores e aos contextos de utilização. Para Hulin, mais importante ainda é a noção de equivalência, que pode revestir-se de diferentes conotações, de forma que a retroversão não é senão uma etapa do processo de adaptação e validação (Hulin cit. in Fortin 1999).

No âmbito da tradução, houve a preocupação de cumprir determinadas normas utilizadas na adaptação e validação de escalas. Como sublinham Tanzer e Sin (1999), devemos atender às diferenças culturais e linguísticas da população junto da qual se desenvolve o estudo, de modo a que as duas versões sejam equivalentes. Os mesmos autores referem ainda que as instruções, os exemplos e os itens da escala, devem estar adequados aos contextos linguístico e cultural da população e o seu conteúdo deve ser-lhe familiar.

Tendo por base estas normas, foi feita uma comparação das duas versões no sentido de se analisarem as diferenças e se integrarem as alterações necessárias.

Os itens que foram considerados como menos adequados do ponto de vista do conteúdo e do significado foram reformulados em termos da clareza de expressão. Foram, então, substituídas ou alteradas palavras ou expressões de modo a torná-las mais adequadas ao contexto linguístico e cultural do nosso país. Como exemplo, referimos duas situações:

- Item 4 - modificou-se a palavra “*harm*” cuja tradução significa “*dano*” ou “*provocar dano*” pela palavra “*prejudicar*” por ser mais específico e por estar mais adaptado à nossa realidade cultural.

- Item 16 - modificou-se a palavra “*obstructs*” cuja tradução significa “*obstrui; incomoda*” pela palavra “*entrava*” por ser um termo mais específico e capaz de traduzir a ideia expressa na escala original.

O passo seguinte consistiu na realização de um pré-teste do questionário com o objectivo de identificar eventuais dificuldades na compreensão das instruções ou na leitura e interpretação dos itens.

Efectuou-se a aplicação do questionário a uma amostra de 12 estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Pólo A, com experiência de cinco semanas de Ensino Clínico em unidades de internamento de Psiquiatria, com o intuito de analisar o grau de legibilidade e de compreensibilidade do conteúdo dos itens, das instruções e da escala de resposta.

Antes da aplicação do questionário, os estudantes foram informados sobre o objectivo do estudo e foi garantida a confidencialidade dos resultados.

Nenhum dos estudantes manifestou dificuldades em relação à legibilidade e compreensibilidade do conteúdo dos itens, das instruções e do sistema de cotação. A maior parte referiu que se tratava de um instrumento simples e com itens claros.

2.2 - Constituição da amostra

A amostra utilizada para este estudo é uma amostra não probabilística, composta por 158 enfermeiros de ambos os sexos, a trabalhar em serviços de internamento de Psiquiatria, num dos quatro hospitais da Região Centro: - Hospital Sobral Cid; Hospital Psiquiátrico de Lorvão, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e Clínicas Psiquiátricas dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Para este estudo, os dados foram recolhidos através de um questionário (Anexo 1) entregue aos enfermeiros e recolhido pelo próprio investigador. Os participantes foram recrutados utilizando todos os enfermeiros elegíveis durante o período definido para o trabalho de campo – de 15/3/2007 a 15/4/2007¹².

Os critérios de inclusão no estudo (elegibilidade) foram os seguintes:

- Trabalhar num dos quatro hospitais e/ou nos serviços definidos para a realização do estudo;
- Ter um horário completo;
- Trabalhar em serviços de internamento;
- Participação voluntária no estudo.

Dos 247 questionários entregues, foram devolvidos 176, (71,25%) dos quais 18, (7,28%) foram eliminados por apresentarem incorrecções. Deste modo, a nossa amostra é constituída pelos restantes 158 questionários (63,97%).

Esta dimensão da amostra assegura a derivação de dados normativos e o estudo da composição factorial do questionário. Atendendo a que a ATAS é uma escala composta por 18 itens, a amostra constituída por 158 indivíduos resulta em aproximadamente 9 indivíduos por item o que pode considerar-se adequado para o estudo. Nunnally e

¹² Excepcionalmente, a colheita de dados efectuada no Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes decorreu numa fase posterior (durante o mês de Junho), por motivos alheios à nossa vontade. De facto, as mudanças no Conselho de Administração ocorridas entre o despacho da autorização para realizarmos o estudo e o início do trabalho de campo, obrigaram, por exigência do novo Conselho de Administração a que fizéssemos novo pedido que só foi autorizado em 23 /5/2007.

Bernstein (1994) sugerem que a regra empírica para a realização da avaliação psicométrica de uma medida é 10 sujeitos por item.

Tinsley e Tinsley (1987) referem que um ratio de 5-10 sujeitos por item é o suficiente para a realização de análise factorial.

Kline (2000) salienta que devem existir, no mínimo, dois sujeitos por item e que a totalidade da amostra deve ser superior a 100 indivíduos.

No nosso estudo, os limites mínimos apresentados por estes autores são, em alguns casos, largamente ultrapassados, o que vem confirmar a existência de condições que permitem realizar, numa fase posterior, a análise da composição factorial.

2.3 - Procedimento de recolha de dados

Antes de iniciar a recolha de dados, enviámos uma carta a cada um dos presidentes do Conselho de Administração das quatro instituições onde se pretendia realizar o estudo (Anexo 2), informando-os sobre os objectivos do mesmo e solicitando autorização para a administração dos questionários aos profissionais de Enfermagem dos serviços seleccionados.

Depois de recebida a autorização por escrito, deslocámo-nos aos diversos serviços dos quatro hospitais, contactando pessoalmente com os enfermeiros e entregando a cada um, um envelope com um exemplar do questionário e algumas instruções de preenchimento.

A recolha dos questionários preenchidos foi realizada por nós com a ajuda de enfermeiros *pivot* dos próprios serviços.

2.4 - Descrição do instrumento

A ATAS “Attitudes Toward Aggression Scale”, inicialmente designada como POAS “Perception of Aggression Scale”, tem vindo a ser desenvolvida desde 1997 pelo seu autor e colaboradores, tendo por base a Teoria da Acção Reflectida (Fishbein e Ajzen, 1975), a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) e a Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1999).

A Teoria do Comportamento Planeado é uma extensão da Teoria da Acção Reflectida que introduz o factor “antecedentes causais do comportamento voluntário”, enquanto que a Teoria do Comportamento Planeado foi “desenhada” para prever

comportamentos não totalmente sujeitos ao controle voluntário através da inclusão de medidas relativas à percepção do controle comportamental (Jansen, 2005).

De acordo com o modelo de acção proposto por estes autores, a atitude perante um objecto (pessoa ou acontecimento) é um preditor do comportamento. No contexto da violência, o doente agressivo deve ser considerado como o objecto e a forma como lidamos com a agressão, o comportamento a ser predito, tendo por base o tipo de atitude (Jansen *et al.*, 2005).

O questionário original era um instrumento de autoavaliação composto por um conjunto de dados demográficos e 60 proposições (itens) sobre agressão, listadas de forma aleatória, ou seja, sem qualquer estrutura teórica. Das 60 proposições, 46 foram seleccionadas de um estudo qualitativo sobre definições de agressão, realizado por Finnema *et al.* (1994) numa amostra de enfermeiros da Psiquiatria, as outras 14 resultaram de uma revisão da literatura realizada pelo autor. Cada uma das proposições era apresentada sob a forma de uma escala de tipo Likert, cujas opções de resposta variavam entre: – concordo totalmente (pontuação 5) e discordo totalmente (pontuação 1).

A validade de constructo da POAS foi examinada em dois estudos (Jansen *et al.*, 1997; Abdherhalden *et al.*, 2002). No primeiro estudo foram encontrados três factores cujos tinham correlações (saturações) $\geq .30$ e fidelidade compreendida entre .70 e .89.

No segundo estudo foi encontrada uma solução de dois factores, com correlação item factor $\geq .35$ e coeficiente de fidelidade de .80 a .88.

Needham *et al.* (2004) desenvolveram uma versão curta da escala e encontraram uma estrutura semelhante à encontrada por Abdherhalden *et al.* (2002): (Factor I: seis itens, $\alpha = .67$; Factor II: seis itens, $\alpha = .69$).

Segundo Jansen *et al.* (2005), o conceito de “percepção” colide com a utilização na prática da escala POAS devido ao carácter avaliativo dos seus itens. Deste modo, o conceito de “atitude” passou a ser usado, resultando da ampla utilização da Teoria da Acção Reflectida (Fishbein e Ajzen, 1975), que originou a alteração da designação da escala POAS para ATAS, reflectindo o que ela realmente pretende medir: “atitudes”.

Assim, a validade de constructo da ATAS foi avaliada num estudo comparativo internacional, realizado com uma amostra de conveniência constituída por 1769 indivíduos: - enfermeiros a trabalharem em hospitais psiquiátricos; e estudantes de Enfermagem.

A versão original de 32 itens (POAS) sofreu uma redução para 18 itens (ATAS), compreendendo 5 dimensões com satisfatórias propriedades psicométricas.

A ATAS é uma escala de autoavaliação capaz de avaliar as atitudes dos profissionais de saúde perante a violência. Consiste em 18 proposições que os enfermeiros identificam como definições relevantes de agressão, apresentadas sob a forma de uma escala de tipo Likert. As opções de resposta variam de “concordo totalmente”, opção à qual é atribuída uma pontuação 5, até “discordo totalmente”, com uma pontuação de 1.

A escala, validada num estudo comparativo internacional realizado em 5 países (Holanda, Alemanha, Suíça, Inglaterra e Noruega) (Jansen, *et al.*, 2005), compreende 5 tipos diferentes de atitudes medidos pelas seguintes subescalas:

1 – Atitude ofensiva – agressão vista como comportamento nocivo, desagradável e inaceitável, incluindo a agressão verbal (7 itens).

2 – Atitude comunicativa – agressão vista como um sinal resultante de um sentimento de inferioridade do doente, visando aprofundar a relação terapêutica (3 itens).

3 – Atitude destrutiva – agressão vista como indicador de ameaça, acto de violência ou dano físico (3 itens).

4 – Atitude de protecção – agressão vista como forma de protecção ou defesa do espaço físico e emocional (2 itens).

5 – Atitude intrusiva – agressão vista como intenção de ferir ou causar danos aos outros (3 itens).

O formato das correlações entre os diferentes tipos de atitudes sugere a existência de dois domínios básicos divergentes: - os componentes “comunicação/protecção” por um lado; e os componentes “ofensa/destruição/intrusão”, por outro.

A escala pode ser usada na prática clínica para monitorizar as atitudes e a forma como um ou diversos grupos profissionais lidam com a agressão.

Apesar de mais direccionada para os profissionais de Enfermagem, a escala pode ser utilizada para qualquer elemento da equipa de saúde directamente expostos ao comportamento agressivo.

Como não há *scores* de referência conhecidos como pontos de corte, é impossível converter um *score* numa variável categorial do tipo “concordância”/“discordância”. Assim, um *score* médio de um grupo pode unicamente ser interpretado em relação ao *score* médio de outro grupo. Quanto maior a pontuação, mais esta se emparelha com a atitude expressa na subescala.

A ATAS é uma escala fidedigna e uma medida válida que habilita os investigadores a realizarem estudos comparativos internacionais em atitudes e agressão.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1 - Resultados do estudo

Depois de concluída a recolha de dados, foi realizada a sua análise, utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 15.0.

Os resultados do estudo serão apresentados de seguida e incluem as características demográficas da amostra, o estudo das propriedades psicométricas da escala e os resultados relativos às questões de investigação.

1.1 - Características demográficas da amostra

Dos 247 questionários entregues, foram devolvidos 176 (71,25%), dos quais 18 (7,28%), foram eliminados por apresentarem incorrecções, sendo a nossa amostra constituída pelos restantes 158 questionários, (63,97%).

O Quadro 1 descreve as características demográficas da amostra. Os sujeitos representam de forma semelhante ambos os sexos, repartindo-se de forma heterogénea pelas quatro instituições.

Verificamos que do total da amostra, cerca de metade dos enfermeiros (49,3%), trabalham no Hospital Sobral Cid. Destes, 21,5% em serviços de internamento de doentes agudos, 10,1% em serviços de doentes crónicos/residentes e 17,7% em serviços de inimputáveis. Os restantes 50,7% dos enfermeiros repartem-se pelas outras três instituições, pertencendo 12% aos Hospitais da Universidade de Coimbra, clínicas masculina e feminina; 26,7% ao Hospital Psiquiátrico de Lorvão e os restantes 12% ao Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes.

Do total da amostra, cerca de metade dos enfermeiros (54,4%), trabalham em serviços de internamento de doentes em fase aguda; (26,6%) trabalham em serviços de doentes crónicos/residentes e (19%) em serviços de doentes inimputáveis.

Observamos que a grande maioria dos sujeitos tem como habilitações académicas a licenciatura (81%), a categoria profissional de enfermeiro ou enfermeiro graduado (74,7%), dez ou mais anos de experiência profissional (61,4%) e tem como tipo de horário, o horário rotativo (91,1%).

Quadro 1 – Frequências e percentagens dos dados demográficas da amostra
(n = 158)

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	82	51.9
Feminino	76	48.1
Habilitações académicas		
9º ano ou inferior	3	1.9
11º ano	0	0
12º ano	0	0
Bacharelato	19	12.0
Licenciatura	128	81.0
Outro	8	5.1
Categoria profissional		
Enf./ Enf. Graduado	118	74.7
Enf. Especialista	30	19.0
Enf. Chefe	10	6.3
Experiência profissional		
0 a 5 anos	42	26.6
6 a 10 anos	19	12.0
Superior a 10 anos	97	61.4
Tipo de horário		
Horário rotativo	144	91.1
Horário fixo	14	8.9
Serviço onde trabalha		
HSC – Clínicas Masculina e Feminina	34	21.5
HSC – Residentes	16	10.1
HSC – Inimputáveis	28	17.7
HUC – Psiquiatria Homens e Mulheres	19	12.0
HPL – Clínicas Masculina e Feminina	24	15.2
HPL – Residentes	16	10.1
HPL – Inimputáveis	2	1.3
CPRA – Agudos	9	5.7
CPRA – Crónicos	10	6.3

Relativamente à distribuição dos indivíduos em função do sexo e local de trabalho (Quadro 2), verificamos que no Hospital Sobral Cid, a amostra é maioritariamente

constituída por indivíduos do sexo masculino; no Hospital de Arnes e nos HUC, predomina o sexo feminino; e no Hospital Psiquiátrico de Lorvão, o número de indivíduos é igual em ambos os sexos.

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra em função do sexo e local de trabalho

Local de trabalho	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%
H. Sobral Cid	46	29.1	32	20.3	78	49.4
H. Psiquiátrico Lorvão	21	13.3	21	13.3	42	26.6
H. Arnes	8	5.1	11	6.9	19	12.0
H. Universidade Coimbra	7	4.4	12	7.6	19	12.0
Total	82	51.9	76	48.1	158	100

Pela análise do Quadro 3 verificamos que a grande maioria dos indivíduos da amostra se situam entre os 20 e os 49 anos (88%), e apenas dois indivíduos (1,2%), têm mais de 60 anos.

No que se refere ao género, verificamos uma predominância de indivíduos do sexo masculino em todas as classes, excepto no grupo dos 20 aos 29 anos. A idade média é de 37,44 anos com um desvio padrão de 9.75.

Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos da amostra em função da idade e do género

Idade	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%
20 – 29	14	8.9	27	17.1	41	26.0
30 – 39	24	15.2	18	11.4	42	26.6
40 – 49	31	19.6	25	15.8	56	35.4
50 – 59	12	7.6	5	3.2	17	10.8
60 ou mais	1	0.6	1	0.6	2	1.2
Total	82	51.9	76	48.1	158	100

Média – 37.44; Moda – 40; Desvio padrão – 9.75; Mínimo – 22; Máximo – 64

Analisando o Quadro 4 podemos verificar que a grande maioria dos profissionais (74,7%), trabalha em serviços que recebem com frequência doentes internados por via judicial. Estes dados justificam-se atendendo a que, dos doze serviços de internamento onde foi realizado o nosso estudo, nove eram serviços de Psiquiatria Forense e clínicas de internamento de doentes em fase aguda, logo, sendo condicionados por questões médico-legais associadas à Psiquiatria Forense e pelas determinações da Lei de Saúde Mental.

Um outro dado importante resultante da análise do Quadro 4 relaciona-se com o treino ou a formação em técnicas para lidar com a agressão. Podemos observar que uma percentagem significativa dos profissionais (68,4%), nunca recebeu formação nesta área.

Finalmente, podemos constatar que uma grande maioria (73,4%) dos enfermeiros da amostra usa regularmente medidas restritivas para controlar situações de agressão.

Quadro 4 – Distribuição das respostas relativas às questões: frequência de doentes internados por via judicial; formação em técnicas para lidar com a agressão; e o uso regular de medidas restritivas (n = 158)

Questões	n	%
No seu serviço recebem com frequência doentes internados por via judicial?		
Sim	118	74.7
Não	40	25.3
No seu percurso académico alguma vez fez formação em técnicas para lidar com a agressão?		
Sim	50	31.6
Não	108	68.4
Usa regularmente medidas restritivas em situações de agressão física ou verbal?		
Sim	116	73.4
Não	42	26.6

1.2 - Análise das propriedades psicométricas da EAPA

Para ser considerado útil, um instrumento deve ter propriedades psicométricas adequadas, como sejam a validade e a fidelidade (Montoya, 2003).

Assim, para avaliar as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida, necessitamos de efectuar estudos de **fidelidade e validade**, que, no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar.

Os estudos de fidelidade dizem-nos algo sobre o grau de confiança ou exactidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens (Ferreira e Marques, 1998).

Os estudos de validade dão apreço a três aspectos fundamentais: - validade de conteúdo; validade de critério; e validade de constructo (Fortin, 1999). Dentro destes, a validade de constructo subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão: “*em que medida o instrumento mede realmente o constructo que pretende medir?*”. Neste contexto, a validade de constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor se evidenciam como superiores às provas contrárias (Fortin, 1999).

Análise dos itens

O estudo de validade dos itens foi feito de duas formas:

a) através do cálculo da correlação de cada item com a subescala ou dimensão a que pertence (validade convergente). Considerou-se uma correlação adequada um valor $> .30$, limiar inferior ao qual as correlações, ainda que estatisticamente significativas podem ser consideradas triviais (Moreira, 2004);

b) a correlação do item com a subescala a que pertence deverá ser superior em 10 pontos ao valor da correlação com as subescalas a que não pertence (validade discriminante).

Uma boa validade convergente/discriminante dos itens mostrará que a correlação do item com a escala a que pertence é substancialmente mais elevada do que a correlação com as outras escalas a que não pertence (Ribeiro, 1999).

O Quadro 5 mostra a correlação dos itens com as escalas, apresentando-se o valor da correlação do item com a escala a que pertence, corrigido para sobreposição, o que significa que o valor da soma dos itens da escala com que o item está a ser correlacionado não inclui o valor dele próprio. Se o valor desse item fosse considerado na soma, o valor da correlação seria substancial e artificialmente aumentado, dado a correlação do item com ele próprio ser 1.

Relativamente à validade convergente, podemos observar que todos os itens das quatro subescalas cumprem o critério da existência de uma magnitude superior a .30, apresentando valores de correlação mais elevados na dimensão a que pertencem.

Quanto à validade discriminante, constatamos que todos os itens exibem uma correlação com a escala a que pertencem superior em 10 pontos à correlação com as subescalas a que não pertencem, com excepção dos itens 13 e 18.

Em suma, podemos afirmar que os itens das quatro subescalas apresentam boas qualidades métricas, satisfazendo, na generalidade, os critérios pré estabelecidos. A avaliação da validade convergente/discriminante confirma a existência de uma equivalência funcional satisfatória para a versão portuguesa da ATAS.

Quadro 5 – Estudo da validade convergente/discriminante dos itens
(Correlação corrigida para sobreposição)

Itens	I Ofensiva	II Destrutiva	III Comunicativa	IV Protecção
1	.363	.042	-.137	.045
2	-.252	-.147	.324	.197
3	.693	.171	-.286	-.097
4	.569	.066	-.204	-.124
5	.678	.207	-.160	-.062
6	-.319	-.009	.459	.349
7	.591	.143	-.203	.014
8	.740	.195	-.322	-.129
9	.109	.424	-.024	.139
10	-.028	.150	.179	.451
11	.699	.243	-.308	-.185
12	.192	.340	-.001	-.018
13	(.287)	.359	-.022	.025
14	.605	.418	-.257	-.063
15	.403	.101	-.127	-.152
16	.510	.195	-.129	-.069
17	-.124	.077	.365	.207
18	-.177	-.011	(.414)	.451

Análise de validade

A validade, considerada como a propriedade psicométrica mais importante (Green e Lewis, 1986) pode ser definida como a extensão para a qual um instrumento ou variável observável mede com rigor o conceito teórico ou os parâmetros da variável que pretende medir (Montoya, 2003; Fortin, 1999).

Streiner e Norman consideram que através do processo de validação, é testada a capacidade de fazer inferências através de uma avaliação e enfatizam a importância da população a ser avaliada por um instrumento (Streiner e Norman, 1995).

Um teste pode ser válido para uma população, mas não para outra. Quando usa um instrumento de avaliação, o investigador tem que ter a certeza que este é válido para a população que planeou avaliar e que as diversas formas de validade foram testadas (idem).

Validade de constructo

O conceito de validade de constructo refere-se à consonância entre os resultados do instrumento e o constructo em que ele se baseia e avalia (Almeida e Freire, 2000), isto é, até que ponto uma medida particular se relaciona com o mesmo ou diferentes conceitos (Montoya, 2003).

De outra forma, avalia em que medida os resultados obtidos indicam a existência de uma ou mais variáveis que integram o teste e que este procura medir.

Para o estudo da validade de constructo procedemos à realização de análises factoriais em componentes principais (ACP), seguidas de rotação ortogonal *varimax*.

Este é um dos métodos de estimação mais popular para a análise factorial exploratória e consiste na identificação do número de factores que avaliam determinada dimensão, assim como os itens que se encontram associados a cada um dos componentes (Pestana e Gageiro, 2000).

A análise factorial é um método estatístico multivariado que procura simplificar os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever, através de um modelo que explica a correlação entre as variáveis observáveis, pressupondo a existência de um número menor de variáveis não observáveis (factores) subjacentes aos dados que expressam o que existe de comum nas variáveis originais. “A análise factorial assume que as covariâncias e as correlações entre as variáveis observáveis são geradas pelas suas relações com um número de variáveis subjacentes, não directamente medidas, designadas por factores comuns” (Pestana e Gageiro, 2000, p. 390).

A rotação ortogonal *varimax* tem como objectivo levar a que cada uma das variáveis (itens) tenha uma carga factorial elevada num único factor, sendo, nos factores remanescentes, próxima de zero. Deste modo, as rotações ortogonais *varimax* tornam interpretáveis as soluções que emergem de cada análise (Kline, 1997).

Como referimos, a técnica de análise factorial utilizada para realizar a extracção dos factores foi a análise em componentes principais (ACP).

Optou-se por este método (também utilizado no estudo original) porque nos permite apreciar a adequação da inclusão ou da remoção de cada item dos factores e porque os seus resultados tendem a ser bastante válidos (Field, 2000; Stevens, 1986) e fáceis de interpretar (Loewenthal, 2001).

Relativamente à decisão do número de factores a reter na análise, utilizámos como critério a retenção dos factores com valores próprios (*eigenvalue*) ≥ 1 . Apesar deste critério estar bastante difundido, não deve ser utilizado isoladamente porque tende a sobrestimar o número de componentes. Assim sendo, utilizou-se também o *scree test* que consiste numa representação gráfica dos valores próprios.

Na escolha das soluções factoriais finais, procurámos respeitar os critérios definidos por Nunnally e Bernstein (1994) na análise dos itens. Para estes autores, um factor para ser interpretável necessita que as correlações das variáveis sejam altas ($> .50$) com esse factor e baixas ($< .30$) com os outros factores.

A solução final encontrada deverá justificar no mínimo 50% da variância total;

Não deverá existir discrepância entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e a solução encontrada.

A solução encontrada, apresentada no Quadro 6, mostra quatro dimensões (factores) com valores próprios ≥ 1 e que explicam na totalidade 54,76% da variância o que vem de encontro aos nossos critérios iniciais. É de salientar que a medida de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) é de .863, o que significa que a amostra é adequada (Field, 2000) e o valor do teste de esfericidade de Bartlett de $\chi^2 = 835.719$; $p = .000$, o que nos permitiu prosseguir com a análise factorial.

Como podemos observar pela leitura do Quadro 6, a primeira dimensão explica 25,28% da variância e nela saturam os itens 1,3,4,5,7,8,11,14,15 e 16. Neste agrupamento, os 10 itens respectivos anexam-se num factor que designámos por “Atitude ofensiva”.

A segunda dimensão explica 10,72% da variância e agrupa os itens 9,12 e 13, anexando-se num factor que designámos por “Atitude destrutiva”.

A terceira dimensão explica 10,22% da variância e agrega os itens 2,6, e 17, relacionados com o factor “Atitude comunicativa”.

Por fim, a quarta dimensão que agrupa os itens 10 e 18, explica 8,54%, anexando-se num factor que designámos por “Atitude de protecção”.

Todos os factores apresentam cargas factoriais (*factorial loadings*) elevadas.

Quadro 6 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal *varimax* com quatro factores. Inclui valores próprios (*eigenvalue*); % da variância explicada e % cumulativa, coeficiente de comunalidade, medida KMO# e teste de esfericidade de Bartlett## (n = 158)

Itens	H^2	Factores/atitudes			
		Ofensiva	Destrutiva	Comunicativa	Protecção
Item 1	.357	.491	-.116	-.136	.289
Item 2	.452	-.128	-.208	.626	.027
Item 3	.604	.753	.084	-.172	-.013
Item 4	.495	.687	-.107	-.109	.001
Item 5	.593	.748	.175	.003	-.059
Item 6	.596	-.236	.020	.695	.238
Item 7	.549	.696	.008	-.154	.204
Item 8	.679	.785	.135	-.203	-.059
Item 9	.628	-.036	.761	-.092	.200
Item 10	.707	-.004	.178	.088	.817
Item 11	.636	.731	.209	-.169	-.169
Item 12	.428	-.090	.646	.016	-.050
Item 13	.493	.208	.669	.046	-.017
Item 14	.598	.599	(.462)	-.156	-.035
Item 15	.376	.487	.098	.110	-.343
Item 16	.430	.592	.207	.095	-.168
Item 17	.559	-.043	.134	.734	.007
Item 18	.676	-.069	-.057	(.455)	.679
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)		4.551	1.930	1.839	1.536
% Variância explicada		25,28%	10,72%	10,22%	8,54%
% Variância acumulada		25,28%	36,00%	46,22%	54,76%
α de Cronbach das dimensões		.869	.554	.565	.622

Kaise-Meyer-Olkin = .863; ## Teste de esfericidade de Bartlett (Aprox. Chi-Square = 835.719; $p = .000$).

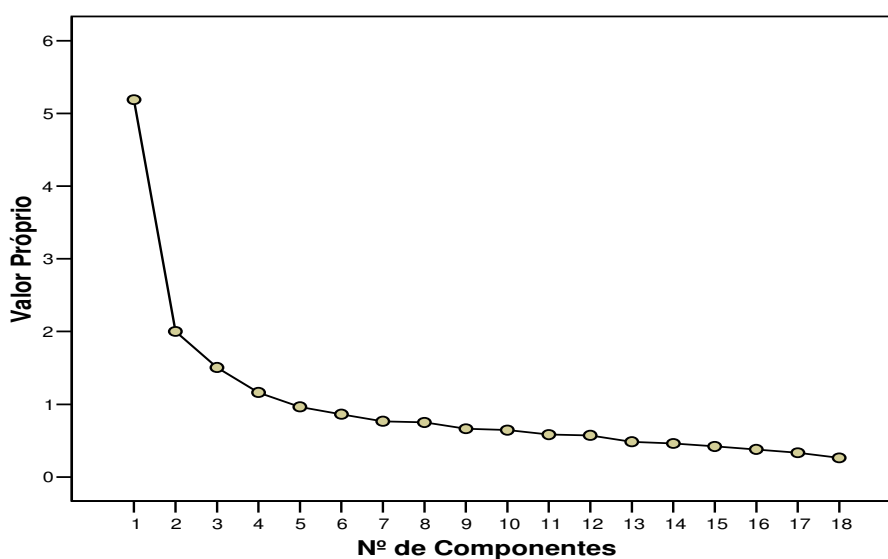
Após a extracção dos factores, quisemos também verificar até que ponto cada um dos itens está relacionado com os factores extraídos. Assim, calculámos o coeficiente de comunalidade (h^2). Esta medida dá-nos informações relativamente à proporção de variância de cada item que pode ser explicada pelos factores extraídos, isto é, em que medida cada um dos itens se relaciona com os factores extraídos (Pestana, 2003).

Verificámos que o seu valor varia entre .357 e .707. Stevens (1986), defende que o coeficiente de comunalidade é alto quando o seu valor é $> .70$ e baixo se for $< .40$. No nosso estudo, o valor médio para cada item é de .547, o que, segundo os parâmetros definidos anteriormente, é considerado um valor aceitável.

Procedeu-se também a uma análise de componentes principais (ACP) com rotação oblíqua. Este foi o método utilizado no estudo original. Este método, poderia eventualmente ser mais adequado, na medida em que estamos perante variáveis que podemos considerar como mutuamente interdependentes, podendo originar factores correlacionados (Kline, 2000). Contudo, a solução obtida através deste método foi integralmente semelhante à derivada através da rotação ortogonal *varimax*.

Em suma, a validade de constructo, verificada através de análise factorial com solução rodada ortogonal *varimax*, veio mostrar a existência de quatro factores, os quais foram também identificados pelo *scree test* (Figura 1).

Figura 1 – *Scree Plot* dos valores próprios (*Eigenvalues*)



Feita a análise e extraídos os componentes, pretendeu-se saber que itens constituiriam cada um dos factores. Deste modo, seguindo os critérios previamente

estabelecidos e as recomendações de Nunnally e Bernstein (1994), incluímos os itens com uma saturação $\geq .50$. Porém, os itens 1 e 15, saturam nos respectivos factores com valores ligeiramente inferiores a $.50$ (.491 e .487). Além disso, os itens 14 e 18 apresentam, para além da saturação $\geq .50$ com o factor a que pertencem, uma saturação superior a $.30$ com outro factor.

Desta forma, apesar das ligeiras diferenças relativamente aos critérios previamente estabelecidos, optou-se por mantê-los nos componentes originais, não só porque obtiveram valores mais elevados nessas dimensões, mas também porque avaliam atitudes relacionadas com as mesmas.

Tentou manter-se a designação original dos factores, apesar de, na versão original da escala, existir mais uma dimensão (atitude intrusiva), cujos itens, no nosso estudo, foram totalmente integrados no factor I “Atitude ofensiva”. Deste modo, não poderemos considerar o factor I “Atitude ofensiva”, como um factor puro.

Verificou-se, então, que o factor I “Atitude ofensiva” é constituído por 10 itens; o factor II “Atitude destrutiva” é constituído por 3 itens; o factor III “Atitude comunicativa” é constituído por 3 itens e o factor IV “Atitude de protecção” é constituído por 2 itens.

Os Quadros 7,8,9 e 10 mostram os itens que compõem cada um dos factores.

Quadro 7 – Composição da subescala “Atitude ofensiva”

Item	Agressão:	Saturação
1	É um exemplo de atitude não cooperante.	.491
3	É um comportamento desagradável e repugnante.	.753
4	É um impulso para perturbar e interferir, com o objectivo de dominar ou prejudicar o outro.	.687
5	Não deve ser tolerada.	.748
7	É um acto verbal e/ou físico, poderoso, errado, não adaptativo, exercido de forma gratuita.	.696
8	É um comportamento inaceitável e desnecessário.	.785
11	Em qualquer das formas que assuma, é sempre negativa e inaceitável.	.731
14	É um comportamento destrutivo, logo indesejado.	.599
15	É expressa deliberadamente, excepto quando praticada por um psicótico.	.487
16	Envenena o ambiente da enfermaria e entrava o tratamento.	.592

Quadro 8 – Composição da subescala “Atitude destrutiva”

Item	Agressão:	Saturação
9	É quando um paciente tem sentimentos dos quais resultam danos físicos a si mesmo ou aos outros.	.761
12	É um comportamento violento para os outros ou para si mesmo.	.646
13	É ameaçar causar danos aos outros ou aos objectos.	.669

Quadro 9 – Composição da subescala “Atitude comunicativa”

Item	Agressão:	Saturação
2	É o início de uma relação mais positiva entre o enfermeiro e o paciente.	.626
6	Oferece novas possibilidades em cuidados de Enfermagem.	.695
17	Ajuda o enfermeiro a ver o paciente de outro ponto de vista	.734

Quadro 10 – Composição da subescala “Atitude de protecção”

Item	Agressão:	Saturação
10	É uma forma de se proteger.	.817
18	É uma forma de protecção do espaço e da privacidade de cada um.	.679

Correlações entre as subescalas da EAPA

Na análise das correlações entre as subescalas da EAPA foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O coeficiente entre os componentes foi calculado usando a soma das pontuações obtidas em cada um dos factores da escala.

Pela análise do Quadro 11, verificamos a existência de uma correlação positiva forte entre as dimensões III “Atitude comunicativa” e IV “Atitude de protecção” ($r = .350$), o que significa que aproximadamente 12% da variância dos *scores* do factor “Atitude comunicativa” é explicada pela variância dos *scores* do factor “Atitude de protecção”.

Verificou-se também a existência de uma correlação positiva moderada a forte entre as dimensões “Atitude ofensiva” (I) e “Atitude destrutiva” (II), ($r = .258$).

Foram encontradas correlações negativas entre as dimensões (I) “Atitude ofensiva” e (III) “Atitude comunicativa”, ($r = -.316$); entre as dimensões (II) “Atitude destrutiva” e (III) “Atitude comunicativa”, ($r = -.023$) e ainda entre as dimensões (I) “Atitude ofensiva” e (IV) “Atitude de protecção”, ($r = -.122$).

Assim, o formato das correlações existentes entre as dimensões da escala e as atitudes subjacentes, sugere a existência de dois domínios básicos divergentes: - os componentes “comunicação/protecção” por um lado; e os componentes “ofensa/destruição”, por outro.

Quadro 11 – Matriz de correlações entre os factores da EAPA

Atitudes	I	II	III	IV
I – Ofensiva	1	.258**	-.316**	-.122
II – Destrutiva		1	-.023	.080
III – Comunicativa			1	.350**
IV – Protecção				1

** $p < 0,01$

Análise do Coeficiente de Variação

Com o objectivo de estudar o poder discriminativo do instrumento, analisámos o coeficiente de variação das quatro subescalas.

Como podemos verificar pela análise do Quadro 12, o coeficiente de variação dos factores da EAPA é, à excepção do factor II, superior a 15%, sendo nos factores III e IV superior a 30%: Factor I – CV = 24,88/25%; Factor II – CV = 14,17/14%; Factor III – CV = 32,47/32% e o Factor IV – CV = 31,16/31%. Estes valores permitem-nos concluir que há heterogeneidade e dispersão das respostas (*scores*) nos factores I e II e muita

heterogeneidade nos factores III e IV, indicando o poder discriminativo do instrumento nos seus factores.

Quadro 12 – Coeficiente de variação dos quatro factores da EAPA (n=158)

Factores da EAPA	Min-Max	\bar{x}	s	CV [#]
Factor I – Atitude Ofensiva	11 – 49	32.39	8.06	24.88
Factor II – Atitude Destrutiva	8 – 15	12.00	1.70	14.17
Factor III – Atitude Comunicativa	3 – 14	7.42	2.41	32.47
Factor IV – Atitude de Protecção	2 – 10	5.68	1.77	31.16

[#] Coeficiente de Variação.

Validade Critério

Neste trabalho, procurámos enquadrar os princípios e procedimentos utilizados na análise da validade de conteúdo e da validade referenciada por um critério de forma a integrá-los no âmbito da validade de constructo (Moreira, 2004).

Em Portugal não existe nenhuma escala validada que se destine a avaliar percepções ou atitudes dos profissionais de saúde perante a violência. Nesse sentido optámos por analisar a validade em função das variáveis critério, não sendo, qualquer delas, um critério suficiente por si só, na obtenção de relação prevista com a escala.

Antes de realizarmos o teste *t* para amostras independentes, algumas das variáveis foram codificadas em variáveis categoriais incluindo: “sexo” (1 – masculino; 2 – feminino); “experiência profissional” (1 – ≤ 10 anos; 2 – > 10 anos); “uso regular de medidas restritivas” (1 – sim; 2 – não). A variável “categoria profissional” foi codificada e renomeada, passando a designar-se por “função no serviço”. Assim, (1 – prestação de cuidados; 2 – gestão).

Nos Quadros 13,14,15 e 16 apresentamos os valores das médias e desvios padrão dos *scores* obtidos para cada um dos factores da escala, em função das variáveis sexo, experiência profissional, função no serviço e uso de medidas restritivas.

No Quadro 13, podemos verificar que os resultados do teste *t* para amostras independentes revela diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos na subescala “atitude de protecção”, $t(156) = 2.321$; $p < .05$. Os resultados mostram que o grupo do sexo feminino ($\bar{x} = 5.34$) obteve níveis mais baixos que o grupo do sexo

masculino ($\bar{x} = 5.99$). Nas restantes três subescalas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros.

Quadro 13 – Teste *t* para grupos independentes.

VI: Sexo; VD: Factores da EAPA. (n=158)

EAPA	Grupos	\bar{x}	s	<i>t</i>	p
Factor I	Masculino	32.89	8.05	.816	.416
	Feminino	31.84	8.08		
Factor II	Masculino	11.89	1.69	-.842	.401
	Feminino	12.12	1.71		
Factor III	Masculino	7.76	2.49	1.813	.072
	Feminino	7.07	2.27		
Factor IV	Masculino	5.99	1.60	2.321	.022
	Feminino	5.34	1.88		

Em relação à experiência profissional (Quadro 14), o grupo com maior experiência (>10 anos), apresentam níveis mais elevados ($\bar{x}=7.73$) que o grupo com menor experiência ($\bar{x}=6.93$) no que se refere à subescala “atitude comunicativa”. O teste *t* para amostras independentes revela diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para esta subescala $t(156) = -2.04$; $p<.05$.

Quadro 14 – Teste *t* para grupos independentes

VI: Experiência profissional; VD: Factores da EAPA. (n=158)

EAPA	Grupos	\bar{x}	s	<i>t</i>	p
Factor I	≤10 anos	33.84	7.07	1.807	.073
	>10 anos	31.47	8.52		
Factor II	≤10 anos	12.07	1.74	.383	.702
	>10 anos	11.96	1.68		
Factor III	≤10 anos	6.93	1.87	-2.04	.042
	>10 anos	7.73	2.65		
Factor IV	≤10 anos	5.67	1.77	-.029	.977
	>10 anos	5.68	1.77		

Analisando a variável “função no serviço” (Quadro 15) verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo da prestação de cuidados e o grupo da gestão na subescala “atitude ofensiva”, $t(156) = 2.943$; $p<.01$. Os resultados mostram que o grupo da gestão obteve níveis mais baixos ($\bar{x} = 25.30$) que o grupo da prestação de cuidados ($\bar{x} = 32.86$).

Quadro 15 – Teste *t* para grupos independentes

VI: Função no serviço; VD: Factores da EAPA. (n=158)

EAPA	Grupos	\bar{x}	s	<i>t</i>	p
Factor I	Prestação de cuidados	32.86	7.74	2.943	.004
	Gestão	25.30	9.68		
Factor II	Prestação de cuidados	11.95	1.69	-1.35	.179
	Gestão	12.70	1.70		
Factor III	Prestação de cuidados	7.42	2.33	-.103	.918
	Gestão	7.50	3.53		
Factor IV	Prestação de cuidados	5.66	1.70	-.410	.682
	Gestão	5.90	2.64		

Finalmente, em relação à variável “uso de medidas restritivas” (Quadro 16), verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (os que usam regularmente e os que não usam) relativamente à subescala “atitude ofensiva”, $t(156) = 3.129$; $p < .01$. As médias são mais altas no grupo que usa regularmente medidas restritivas ($\bar{x} = 33.56$; 29.14).

Quadro 16 – Teste *t* para grupos independentes

VI: Uso regular de medidas restritivas; VD: Factores da EAPA. (n=158)

EAPA	Grupos	\bar{x}	s	<i>t</i>	p
Factor I	Sim	33.56	7.80	3.129	.002
	Não	29.14	7.93		
Factor II	Sim	12.11	1.73	1.381	.169
	Não	11.69	1.58		
Factor III	Sim	7.30	2.32	-1.06	.290
	Não	7.76	2.62		
Factor IV	Sim	5.69	1.76	.146	.884
	Não	5.64	1.80		

A escala mostrou ser sensível a diferenças de sexo, experiência profissional, função no serviço e uso regular de medidas restritivas (apesar das diferenças significativas se encontrarem apenas num factor), Assim, estas diferenças podem ser entendidas como indicadores de validade discriminante deste novo instrumento.

Análise de fidelidade da escala

Os testes de fidelidade indicam-nos em que medida as diferenças individuais obtidas numa prova são atribuíveis a diferenças reais nas características medidas ao acaso (Anastasi, 1990). Este conceito engloba dois outros: consistência interna e estabilidade.

Entende-se por consistência interna o grau de coerência e de homogeneidade entre as respostas do sujeito a cada um dos itens de um teste quando aplicado num determinado momento. Por outras palavras, avalia o grau em que a variância do resultado global do teste está associado ao somatório das variâncias item a item (Almeida e Freire, 2000).

Um dos métodos mais utilizados para a análise de consistência interna é o cálculo do coeficiente *Alpha* de Cronbach (Anastasi, 1990; Polit e Hungler, 1995; Ribeiro, 1999).

Quadro 17 – Análise da consistência dos itens do factor I. Inclui correlação item – total corrigida e valor do α da dimensão se apagado o item (n = 158)

	Itens	\bar{x}	s	Correlação Item – total corrigido	α se apagado o item
I – Atitude ofensiva	É um exemplo de atitude não cooperante.	3.16	1.23	.363	.874
	É um comportamento desagradável e repugnante.	3.18	1.31	.693	.846
	É um impulso para perturbar e interferir, com o objectivo de dominar ou prejudicar o outro.	3.18	1.19	.569	.857
	Não deve ser tolerada.	3.27	1.30	.678	.848
	É um acto verbal e/ou físico, poderoso, errado, não adaptativo, exercido de forma gratuita.	3.44	1.12	.591	.856
	É um comportamento inaceitável e desnecessário.	3.34	1.27	.740	.843
	Em qualquer das formas que assuma, é sempre negativa e inaceitável.	3.25	1.24	.699	.846
	É um comportamento destrutivo, logo indesejado.	3.74	.99	.605	.855
	É expressa deliberadamente, excepto quando praticada por um psicótico.	2.70	1.08	.403	.869
	Envenena o ambiente da enfermaria e entrava o tratamento.	3.13	1.11	.510	.862

α total = .869

Quadro 18 – Análise da consistência dos itens do factor II. Inclui correlação item – total corrigida e valor do α da dimensão se apagado o item. (n = 158)

	Itens	\bar{x}	s	Correlação Item – total corrigido	α se apagado o item
II – Atitude destrutiva	É quando um paciente tem sentimentos dos quais resultam danos físicos a si mesmo ou aos outros.	3.84	.93	.424	.365
	É um comportamento violento para os outros ou para si mesmo.	4.27	.64	.340	.500
	É ameaçar causar danos aos outros ou aos objectos.	3.89	.75	.359	.462
α total = .554					

Quadro 19 – Análise da consistência dos itens do factor III. Inclui correlação item – total corrigida e valor do α da dimensão se apagado o item. (n = 158)

	Itens	\bar{x}	s	Correlação Item – total corrigido	α se apagado o item
III – Atitude comunicativa	É o início de uma relação mais positiva entre o enfermeiro e o paciente.	1.74	.89	.324	.543
	Oferece novas possibilidades em cuidados de Enfermagem.	2.78	1.25	.459	.321
	Ajuda o enfermeiro a ver o paciente de outro ponto de vista	2.90	1.12	.365	.479
α total = .565					

Quadro 20 – Análise da consistência dos itens do factor IV. Inclui correlação item – total corrigida e valor do α da dimensão se apagado o item. (n = 158)

	Itens	\bar{x}	s	Correlação Item – total corrigido	α se apagado o item
IV – Atitude Protecção	É uma forma de se proteger.	3.21	1.02	.451	-
	É uma forma de protecção do espaço e da privacidade de cada um.	2.47	1.06	.451	-
α total = .622					

O Quadro 21 mostra-nos os valores de consistência interna resultantes do estudo de fidelidade do instrumento. Os valores do coeficiente *Alpha* de Cronbach podem ser considerados satisfatórios em duas das quatro dimensões: I – “Atitude ofensiva” (.869); IV – “Atitude de protecção” (.622). Nas outras duas dimensões os valores são um pouco mais baixos. Porém, atendendo ao número reduzido de itens em cada factor, podemos aceitá-los.

Como nos refere Fortim (1999), o α está relacionado com o número de enunciados de uma escala.

De acordo com Murphy e Davidshoper (1991), um número reduzido de itens ou baixas correlações entre eles pode contribuir para a redução do valor de consistência interna.

Quadro 21 – Comparação dos coeficientes de consistência interna da EAPA e da ATAS

Subescalas	Nº Itens	EAPA (n=158) (Escala de Atitudes Perante a Agressão)	ATAS (n=1769) (Attitudes Toward Aggression Scale)
Atitude Ofensiva	7	.869	.860
Atitude Intrusiva	3	.554	.650
Atitude Destrutiva	3	.565	.690
Atitude Comunicativa	3	.622	.620
Atitude de Protecção	2		

Podemos ainda constatar pelos dados expressos no Quadro 21 que os valores de consistência interna são muito semelhantes nas duas versões da escala, ao nível das dimensões “ofensa”; “intrusão” e “protecção”. Nas outras duas dimensões, os coeficientes encontrados na EAPA, são mais baixos.

Análise de estabilidade – teste-reteste

A análise de estabilidade é importante para percebermos em que medida os resultados obtidos pelo instrumento podem ser generalizados para diferentes momentos. Este método consiste na aplicação do instrumento aos mesmos sujeitos em ocasiões distintas e, posteriormente, correlacionar os resultados (Anastasi, 1990).

De acordo com Kline (2000), o intervalo máximo de tempo entre as duas aplicações não deverá exceder os três meses. Anastasi (1990) defende que este período pode ir até aos seis meses.

Assim, a avaliação da fidelidade teste-reteste foi efectuada numa amostra de 33 indivíduos seleccionados aleatoriamente a partir da amostra total de 158 indivíduos incluídos no estudo. A reprodutibilidade teste-reteste, que implica a estabilidade intertemporal do instrumento, foi medida através do método do teste repetido. Foram feitas duas aplicações do instrumento com cerca de quatro semanas de intervalo aos 33 indivíduos aleatoriamente seleccionados.

Pela análise do Quadro 22 podemos verificar que os coeficientes de correlação de Pearson entre as duas aplicações da escala são significativos ($p < .01$) e elevados do ponto de vista da precisão ($r = .723$ a $.881$), com excepção da subescala “Atitude destrutiva” ($p < .05$; $r = .400$). Verificamos ainda uma tendência para os resultados (médias) diminuírem da primeira para a segunda aplicação do instrumento, com excepção da subescala “Atitude de protecção”.

Quadro 22 – Dados da análise de estabilidade teste-reteste para as diferentes subescalas da EAPA

Subescalas	r	1ª avaliação		2ª avaliação	
		\bar{x}	s	\bar{x}	s
Atitude ofensiva	.881**	33.21	8.06	29.21	7.39
Atitude destrutiva	.400*	12.18	1.66	10.76	1.80
Atitude comunicativa	.723**	7.33	2.08	6.76	1.92
Atitude de protecção	.752**	5.39	1.69	7.39	2.62

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

De acordo com Pestana e Gageiro (2000), por convenção um valor de $r < .20$ indica uma associação muito baixa entre variáveis; entre $.20$ e $.30$ baixa; entre $.40$ e $.69$ moderada; entre $.70$ e $.89$ alta e entre $.90$ e 1 uma associação muito alta. Deste modo, no nosso estudo, o factor I “Atitude ofensiva” ($r = .881$); o factor III “atitude comunicativa” ($r = .723$) e o factor IV “Atitude de protecção” ($r = .752$) apresentam associações altas entre as duas avaliações. O factor II “Atitude destrutiva” ($r = .400$) apresenta uma associação moderada.

1.3 - Factores preditivos dos diferentes tipos de atitudes perante a agressão

De forma a responder à segunda questão de investigação “*Que factores poderão ser considerados como preditores dos diferentes tipos de atitudes perante a agressão?*”, realizámos uma análise multivariada (análise de regressão, método *stepwise*), considerando-se como variáveis dependentes, os quatro factores previamente extraídos e como variáveis independentes, o sexo, o tipo de horário, a experiência profissional, o tipo de serviço e o uso de medidas restritivas.

As variáveis independentes que utilizámos foram escolhidas tendo por base alguns dos factores pessoais e do ambiente considerados por Jansen (2005) como possíveis determinantes das diferentes atitudes perante a violência.

Os vários factores referidos por Jansen resultam de diversos estudos que identificaram variáveis relacionadas com a ocorrência de violência (e.g. Fottrell, 1980; Carmel e Hunter, 1989; Katz e Kirkland, 1990; Whittington *et al.*, 1996; Nijman *et al.*, 1997; Cunningham *et al.*, 2003 etc.).

Para podermos realizar a análise de regressão, as variáveis independentes ou preditivas foram codificadas em variáveis categoriais (qualitativas do tipo nominal) incluindo: “sexo” (1 – masculino; 2 – feminino); “tipo de horário” (1 – fixo; 2 – rotativo); “experiência profissional” (1 – ≤ 10 anos; 2 – > 10 anos); “tipo de serviço” (1 – internamento curto; 2 – internamento longo); “uso de medidas restritivas” (1 – uso; 2 – não uso).

A análise de regressão é uma técnica estatística através da qual podemos analisar a relação entre uma variável dependente ou variável critério e um grupo de variáveis independentes ou predictoras. Esta técnica examina a relação entre as diversas variáveis independentes ou predictoras e o seu efeito colectivo sobre a variável dependente.

A correlação entre as variáveis predictoras e a variável dependente é representada por R. O R^2 expressa a percentagem de variância da variável dependente que é explicada pelas variáveis predictoras.

Os valores obtidos, expressos no Quadro 23, mostram que o factor I (atitude ofensiva) depende das variáveis “tipo de horário praticado” e “uso de medidas restritivas”. As duas variáveis explicam uma percentagem significativa da variância do factor (12,2%). O factor III (atitude comunicativa) depende da variável “experiência profissional”, sendo a percentagem de variância explicada de 2,6%. Finalmente, o factor IV (atitude de protecção) depende da variável “género”, sendo esta responsável por uma

variância explicada de 3,3%. É de salientar ainda que a variável “tipo de serviço” não prediz qualquer das atitudes expressas nos quatro factores da EAPA e o factor II “Atitude destrutiva” não depende de nenhuma das variáveis independentes estudadas.

Quadro 23 – Resultados da análise de regressão

V. Dependentes	V. Independentes	R ²	β	T	Sig.
Factor I	Tipo de horário	.063	.251	3.235	.001
	Uso medidas restritivas	.059	-.243	-3.129	.002
Factor II	-	-	-	-	-
Factor III	Experiência profissional	.026	.162	2.047	.042
Factor IV	Sexo	.033	-.183	-2.321	.022

Nota: As variáveis dependentes são constituídas pelos *scores* totais dos itens das quatro subescalas

Assim, para o universo estudado (n=158), as variáveis “tipo de horário praticado” e “uso de medidas restritivas” determinam, de forma significativa, a dimensão “ofensa”; as dimensões “comunicação” e “protecção” são determinadas, também de forma pouco significativa, pela experiência profissional e pelo género, respectivamente.

Desta forma ter um horário por turnos e usar regularmente medidas restritivas é factor preditivo da identificação com a “atitude ofensiva”; ter maior experiência profissional é factor preditivo da identificação com a “atitude comunicativa” e, finalmente, ser do género masculino prediz uma identificação com a “atitude de protecção”.

Para além da compreensão da validade preditiva das variáveis independentes relacionadas com características pessoais da amostra, utilizámos o Modelo Linear Geral (General Linear Model) para responder à terceira questão de investigação: *“Até que ponto as características pessoais dos enfermeiros e algumas características do ambiente explicam os resultados obtidos com a EAPA”*

Analisando o Quadro 24 verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas no factor I “Atitude ofensiva” relativamente às variáveis “tipo de horário” e “uso de medidas restritivas”.

No que respeita à variável “tipo de horário”, a diferença encontrada é estatisticamente significativa (F=10.46;p=.001), sendo que a média dos indivíduos que trabalham por turnos é comparativamente superior (\bar{x} =33.01; s=7.68) à dos que trabalham

com horário fixo ($\bar{x}=25.93$; $s=9.23$). A percentagem de variação explicada é de $r^2=6.3\%$, valor de todo considerado modesto. O poder estimado do teste é bom ($PO=.895$).

Relativamente à variável “uso de medidas restritivas” e para o mesmo factor, a diferença encontrada é, também, estatisticamente significativa ($F=9.78$; $p=.002$), sendo a média dos indivíduos que usam regularmente medidas restritivas ($\bar{x}=33.56$; $s=7.80$) comparativamente superior à dos que não usam regularmente este tipo de medidas ($\bar{x}=29.14$; $s=7.93$). A percentagem de variância explicada é de $r^2=5.9\%$, valor este também modesto. O poder estimado do teste é também bom ($PO=.875$).

No factor III, encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável “experiência profissional”. A diferença encontrada é estatisticamente significativa ($F=4.19$; $p=.042$), sendo as médias dos indivíduos com maior experiência profissional ($\bar{x}=7.73$; $s=2.65$) superiores às dos indivíduos com menor experiência ($\bar{x}=6.93$; $s=1.87$). A percentagem de variância explicada é muito modesta ($r^2=2.6\%$). O poder do teste é satisfatório ($PO=.530$).

Finalmente, no factor IV encontramos diferenças significativas relacionadas com a variável “sexo”. A diferença encontrada é estatisticamente significativa ($F=5.38$; $p=.022$), sendo as médias dos indivíduos do sexo masculino ($\bar{x}=5.99$; $s=1.60$) superiores às dos indivíduos do sexo feminino ($\bar{x}=5.34$; $s=1.88$). A percentagem de variância explicada é também muito modesta ($r^2=3.3\%$). O poder do teste é satisfatório ($PO=.636$).

Deste modo verificamos que as variáveis independentes contribuem de forma pouco significativa para os resultados das quatro subescalas da EAPA, com excepção do factor I “atitude ofensiva”. Relativamente a este factor, as variáveis “tipo de horário” ($p<.05$) e “uso de medidas restritivas” ($p<.01$) dão contribuições importantes para o resultado total e para a percentagem de variância explicada (12,2%) no modelo final.

O factor III sofre influência significativa ($p<.05$) da variável independente “experiência profissional” e contribui para a percentagem de variância explicada com valores da ordem dos 2,6%.

No factor IV, só o género contribui de forma significativa ($p<.05$) para o resultado total da subescala e para a percentagem de variância explicada (3,3%).

Quadro 24 – Modelo Linear Geral Univariado (General Linear Model) das variáveis preditoras dos *scores* das subescalas da EAPA

	R ²	F	PO [#]	Sig.
Factor I – Atitude ofensiva				
Sexo	.004	.666	.128	.416
Tipo de serviço	.008	1.334	.209	.250
Experiência profissional	.020	3.265	.435	.073
Tipo de horário	.063	10.46	.895	.001
Uso de medidas restritivas	.059	9.785	.875	.002
Factor II – Atitude destrutiva				
Sexo	.005	.709	.133	.401
Tipo de serviço	.011	1.738	.258	.189
Experiência profissional	.000	.147	.067	.702
Tipo de horário	.008	1.331	.209	.250
Uso de medidas restritivas	.012	1.906	.279	.169
Factor III – Atitude comunicativa				
Sexo	.021	3.288	.437	.072
Tipo de serviço	.007	1.062	.176	.304
Experiência profissional	.026	4.190	.530	.042
Tipo de horário	.003	.495	.108	.483
Uso de medidas restritivas	.007	1.127	.184	.290
Factor IV – Atitude de protecção				
Sexo	.033	5.388	.636	.022
Tipo de serviço	.001	.114	.063	.736
Experiência profissional	.000	.001	.050	.977
Tipo de horário	.000	.007	.051	.935
Uso de medidas restritivas	.000	.021	.052	.884

Poder do teste

Nota: As variáveis dependentes são constituídas pelos *scores* totais dos itens das quatro subescalas

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será feita a discussão dos achados mais importantes.

Este estudo vem juntar-se à pouca literatura existente em Portugal, incidindo sobre o fenómeno da violência dirigida aos profissionais de saúde em serviços de Psiquiatria, embora o problema tenha vindo a despertar um interesse crescente nos últimos anos (Chappell e Di Martino, 1998; Leather *et al.*, 1999).

Resulta de um interesse particular sobre o fenómeno, mas também, da inexistência no nosso país de instrumentos de medida que nos permitam estudar o problema e propor estratégias de intervenção mais adequadas.

Assim, este estudo teve como objectivo principal traduzir e validar para a população portuguesa um instrumento capaz de avaliar as atitudes dos enfermeiros perante a violência em contexto psiquiátrico.

O conceito de “atitude perante a violência” que a escala pretende medir, assenta no pressuposto teórico de que, o modo como os profissionais manejam a agressão é determinada pela forma como avaliam o comportamento do doente (Jansen, 2005).

A concepção teórica que subjaz ao conceito de “atitude” potencia um modelo que permite, do ponto de vista metodológico, a descrição das suas características, enquadrando-as num conjunto básico de dimensões substancialmente diferenciadas que, do ponto de vista simbólico e prático, potenciam uma certa regularidade nos comportamentos ao nível da prática.

O estudo de validação da versão portuguesa da ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale) que denominámos de EAPA decorreu em duas fases e foi realizado de forma a responder às seguintes questões de investigação:

1 - Até que ponto os resultados da validade de constructo e da fidelidade da escala de 18 itens para avaliar as atitudes perante a agressão, variam em relação à versão original e a outros estudos já realizados?

2 - Que factores poderão ser considerados como preditores dos diferentes tipos de atitudes perante a agressão?

3 - Até que ponto as características pessoais dos enfermeiros e algumas características do ambiente explicam os resultados obtidos com a EAPA.

Uma vez terminada a recolha de dados, procedeu-se à sua análise, utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 15.0.

De modo a responder às questões de investigação, realizou-se a análise factorial em componentes principais (ACP) com rotação ortogonal *varimax*; calculou-se o coeficiente *Alpha* de Cronbach; efectuou-se uma análise multivariada (análise de regressão) e uma análise univariada (Modelo Linear Geral). Os resultados obtidos serão discutidos de seguida.

A amostra foi constituída por 158 indivíduos de ambos os sexos, correspondendo a 63,97% da população elegível. Destes, 78 (49,4%) pertenciam ao Hospital Sobral Cid; 42 (26,6%), ao Hospital Psiquiátrico de Lorvão; 19 (12%), ao Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e 19 (12%), aos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Se cruzarmos estes dados com o género verificamos que no Hospital Sobral Cid, a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo masculino; no Hospital de Arnes e nos HUC, predomina o sexo feminino; e no Hospital Psiquiátrico de Lorvão, o número de indivíduos é igual em ambos os sexos.

Relativamente à idade verificamos que a grande maioria dos indivíduos da amostra se situam entre os 20 e os 49 anos (88%), e apenas dois indivíduos (1,2%), têm mais de 60 anos. Verificamos ainda uma predominância de indivíduos do sexo masculino em todas as classes, excepto no grupo dos 20 aos 29 anos. A idade média é de 37,44 anos com um desvio padrão de 9.75.

Um primeiro dado relevante do nosso estudo mostra-nos que a grande maioria dos profissionais (74,7%), trabalha em serviços que recebem com frequência doentes internados por via judicial. Estes resultados justificam-se atendendo a que, dos doze serviços de internamento onde foi realizado o nosso estudo, nove eram serviços de Psiquiatria Forense e clínicas de internamento de doentes em fase aguda, logo, sendo condicionados por questões médico-legais associadas à Psiquiatria Forense e pelas determinações da Lei de Saúde Mental.

Este dado, apesar de não constituir um dos elementos de análise no nosso estudo, parece-nos importante na medida em que, como nos mostram alguns estudos (e.g. Owen *et al.*, 1998; Delaney *et al.*, 2001; Soliman e Reza, 2001), os doentes admitidos involuntariamente, estando sujeitos à Lei de Saúde Mental (internamento compulsivo), apresentam uma probabilidade significativamente aumentada de se envolverem em actos violentos, o que, de alguma forma, poderá determinar as atitudes e comportamentos dos enfermeiros perante a agressão.

Outro dado importante do nosso estudo relaciona-se com o treino ou a formação em técnicas para lidar com a agressão. Podemos observar que uma percentagem significativa dos profissionais (68,4%), nunca recebeu formação nesta área.

Estes resultados são muito semelhantes aos encontrados por Jansen (2005), cuja percentagem encontrada é de 59,6%. Estes dados são relevantes na medida em que indicam que no percurso de formação dos enfermeiros estas questões não são abordadas, ou só o são ao nível da formação pós – básica (especialização), apesar de vários estudos (e.g. Blair e New, 1991; Tardiff, 1996; Elliot, 1997) nos mostrarem que o fenómeno da violência nos serviços de saúde é um problema grave e actual, atingindo de forma significativa os enfermeiros (Fottrell, 1980; Nabb, 2000; Ferrinho *et al.*, 2003; Jansen, 2005).

Finalmente, podemos constatar que uma grande maioria (73,4%) dos enfermeiros da amostra usa regularmente medidas restritivas. De acordo com Jansen (2005), o uso de medidas restritivas está directamente relacionado com uma avaliação da agressão como um acto prejudicial, geralmente acompanhado de fortes estados emocionais negativos. No mesmo sentido, também Broers e De Lange cit. in Jansen (2005) apresentam dados significativos, mostrando que este modo de avaliar a agressão está geralmente associada com formas restritivas de lidar com o comportamento, visando proteger o doente de provocar danos a si ou aos outros.

De forma a responder à primeira questão de investigação, *“Até que ponto os resultados da validade e da fidelidade da escala de 18 itens para avaliar as atitudes perante a agressão, variam em relação à versão original e a outros estudos já realizados?”*, foi feita uma apreciação relativamente às características psicométricas da escala, nomeadamente a fidelidade e a validade, que no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar (Fortim, 1999).

Validade

Inicialmente procedeu-se à análise dos itens e do seu poder discriminativo. Verificou-se não ser necessário retirar nenhum dos itens da escala original já que todos apresentavam boas qualidades métricas, cumprindo na generalidade, os critérios pré estabelecidos: existência de uma correlação de magnitude superior a $r = .30$ com a subescala a que pertencem (validade convergente); existência de uma correlação com a subescala a que pertencem superior em 10 pontos à correlação com as restantes subescalas (validade discriminante).

Relativamente à validade discriminante, verificámos que dois dos itens (13 e 18) não cumpriam o critério de existência de 10 pontos de diferença entre as correlações da

subescala a que pertencem e das subescalas a que não pertencem. Porém, atendendo à relevância destes itens para os factores a que pertencem, optámos por mantê-los.

A avaliação da validade convergente/discriminante dos itens confirma a existência de uma equivalência funcional satisfatória para a versão portuguesa da escala.

Na análise da validade, recorreu-se a dois métodos: validade de constructo e validade de critério.

A validade de constructo refere-se à consonância entre os resultados do instrumento e o constructo em que ele se baseia e que pretende avaliar (Almeida e Freire, 2000).

Pretendeu-se verificar se os itens do questionário cobriam dimensões distintas. Para tal, recorreremos à análise factorial em componentes principais (ACP), seguida de rotação ortogonal *varimax*.

Da análise, utilizámos o teste de esfericidade de Bartlett e a medida de adequação da amostra (Kaise-Mayer-Olkin), para avaliar a força da associação linear entre os 18 itens da EAPA na matriz de correlações. O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p=.000$). O KMO (.863), sendo um indicador que compara a magnitude das correlações observadas e os coeficientes de correlação parciais apresentou um valor que nos indica que a dimensão da amostra é adequada (Field, 2000).

Na escolha das soluções factoriais finais, procurámos respeitar os critérios definidos por Nunnally e Bernstein (1994). Para estes autores, um factor para ser interpretável necessita que as correlações das variáveis sejam altas ($> .50$) com esse factor e baixas ($< .30$) com os outros factores.

Cumprindo estes critérios, a solução de quatro factores extraída pelo método da análise de componentes principais (ACP), com cargas factoriais (saturações) $\geq .50$ pareceu-nos a mais interpretável e a que melhor replicava o estudo original. Assim, emergiram quatro subescalas num total de 18 itens, explicando 54,76% da variância.

Estas integram, de facto, quatro grandes dimensões a que, pela sua organização e atendendo às designações utilizadas pelo autor, foram atribuídas as seguintes denominações: Factor I - “**atitude ofensiva**”, compreende 10 itens e explica 25,28% da variância; Factor II - “**atitude destrutiva**”, compreende 3 itens e explica 10,72% da variância; Factor III - “**atitude comunicativa**”, compreende 3 itens e explica 10,22% da variância e por fim o Factor IV - “**atitude de protecção**”, compreende 2 itens e explica 8,54% da variância.

Esta solução é um pouco diferente da encontrada por Jansen *et al.* (2005) no estudo comparativo internacional de validação da escala ATAS, que apresenta cinco factores.

Comparando as soluções encontradas nas duas versões da escala, verificamos que, à excepção do factor I que, para além dos sete itens que o compunham, englobou os três itens da dimensão “atitude intrusiva”, os restantes três factores mantêm os mesmos itens nas duas escalas. No entanto, o critério utilizado na sua inclusão foi diferente nos dois estudos. Na ATAS, tal como recomendam Nunnally e Bernstein (1994), apenas foram incluídos os itens com uma saturação igual ou superior a .50, enquanto que no nosso estudo, para podermos manter uma estrutura o mais semelhante possível da original, e tendo por base a opinião de autores que defendem pontos de vista diferentes (e.g., Kline 2000; Loewenthal 2001), admitimos itens com cargas factoriais ligeiramente inferiores: - item 1 (.491); item 15 (.487).

Apesar de no estudo original o autor ter feito uma análise de componentes principais com rotação oblíqua, optamos por manter a extracção obtida através da rotação ortogonal *varimax* já que as soluções encontradas foram integralmente semelhantes.

A diferença existente entre os dois estudos, relativa ao número de factores extraídos pode ser explicada atendendo a um conjunto de aspectos: por um lado, as especificidades socioculturais de cada um dos países e pelo facto de determinado comportamento poder ser percebido e interpretado de forma diferente; por outro, a subjectividade dos conceitos e a relativa dificuldade na sua diferenciação.

Esta subjectividade está bem patente no estudo comparativo internacional de validação da ATAS (Jansen *et al.*, 2005). Este estudo revela a existência de uma correlação muito forte ($r = .55$) entre a “dimensão ofensiva” e a “dimensão intrusiva” nos cinco países incluídos na análise.

Pelo exposto percebemos que “ofensa” e “intrusão” são conceitos próximos, que na escala englobam uma família de itens que traduzem a perspectiva negativa da agressão. Deste modo, é aceitável a interpenetração de itens nas duas escalas.

Em suma, a solução encontrada, apesar de não replicar totalmente a versão original, integra, na nossa perspectiva, os principais domínios das atitudes identificadas na teoria.

Foi realizada a análise da correlação entre as subescalas da EAPA, sendo encontrada uma forte correlação positiva ($r = .350$) entre os factores III – “Atitude comunicativa” e IV – “Atitude de protecção” e uma correlação positiva moderada a forte ($r = .285$) entre os factores I – “Atitude ofensiva” e II – “Atitude destrutiva”.

Os dados encontrados sugerem-nos a existência de dois grandes domínios divergentes: por um lado a combinação convergente entre os factores “comunicação” e “protecção”, entendidos como comportamento ou energia humana positiva (Jansen *et al.*,

2005), por outro lado a combinação entre “ofensa” e “destruição”, entendida como a perspectiva violenta e intrusiva do comportamento agressivo (*idem*).

Comparando estes valores com os encontrados por Jansen *et al.* (2005), observamos a existência dos mesmos dois domínios fundamentais. Contudo os valores obtidos nas correlações entre as subescalas são, em geral, um pouco diferentes dos nossos. Assim, o valor de coeficiente de correlação obtido entre as dimensões (III) “Atitude comunicativa” e (IV) “Atitude de protecção” é um pouco mais baixo, ($r = .120$) enquanto o valor por nós encontrado é de ($r = .285$). Por outro lado o valor de correlação encontrado entre as dimensões (I) “Atitude ofensiva” e (II) “Atitude destrutiva”, ($r = .550$) é um pouco mais elevado que o nosso ($r = .350$). Este agrupamento de correlações constitui a principal determinante da existência dos dois domínios divergentes, previamente descritos.

Existe ainda outra diferença importante, enquanto no estudo original os autores encontram uma correlação negativa, ainda que fraca, entre as dimensões (II) “Atitude destrutiva” e (IV) “Atitude de protecção”, ($r = -.030$), no nosso estudo, essa correlação, apesar de fraca, é positiva, ($r = .080$).

Concluída a análise factorial, foi calculado o Coeficiente de Variação dos quatro factores extraídos para avaliar o poder discriminativo do instrumento nos seus factores.

À excepção do factor II, o valor do CV é superior a 15%, sendo nos factores III e IV superior a 30%: Factor I – CV = 24,89/25%; Factor II – CV = 14,17/14%; Factor III – CV = 32,45/32% e o Factor IV – CV = 31,17/31%. Estes valores permitem-nos concluir que há heterogeneidade (dispersão) nas respostas (*scores*), indicando o poder discriminativo do instrumento.

Como em Portugal não existe nenhuma escala validada que nos permita realizar estudos de validade concorrente, optámos por analisar a validade em função de variáveis critério. Das variáveis utilizadas (sexo; experiência profissional; função no serviço e uso de medidas restritivas), nenhuma constitui, por si só, critério suficiente na obtenção de relação prevista com a escala.

A escala mostrou ser sensível, num factor, a diferenças de género, experiência profissional, função no serviço e uso de medidas restritivas. Estes dados podem ser entendidos como indicadores de validade discriminante deste novo instrumento.

Fidelidade

Esta escala foi apreciada também relativamente à sua fidelidade. Para Anastasi (1990), o conceito de fidelidade engloba dois outros: - estabilidade e consistência interna.

A análise da consistência interna foi realizada através do cálculo do coeficiente *Alpha* de Cronbach que, de acordo com vários autores (e.g. Anastasi, 1990; Polit e Hungler, 1995; Ribeiro, 1999), constitui um dos métodos mais utilizados para o seu cálculo.

Nunnally e Bernstein (1994) defendem que valores de consistência interna iguais ou superiores a .80 são adequados para instrumentos usados em investigação básica. Ribeiro (1999) refere que são aceitáveis valores acima de .60 quando as escalas têm um número de itens baixo.

O coeficiente *Alpha* de Cronbach das quatro subescalas da EAPA varia entre .554 e .869. Uma das subescalas (Factor I) apresenta um valor de consistência interna bom (.869), enquanto que as restantes três apresentam valores relativamente baixos (.554; .565 e .622), ficando um pouco distantes dos valores de .70/.80 exigidos por alguns autores (e.g. Nunnally e Bernstein, 1994; Almeida e Freire, 2000), mas próximos do valor de .60, considerado aceitável por Ribeiro (1999).

A baixa consistência interna pode ser devida a um número reduzido de itens (Fortin, 1999; Ribeiro, 1999); baixas correlações entre eles (Murphy e Davidshoper, 1991); mistura de conceitos no seu interior e dificuldade na sua compreensão ou interpretação (Nunnally e Bernstein, 1994).

No nosso estudo, o factor que parece melhor justificar estes valores é o reduzido número de itens que constituem as subescalas II, III e IV.

Este método demonstrou que os itens das quatro subescalas são homogêneos, não se distanciando no fundamental da versão original. Os valores de consistência interna são muito semelhantes nas duas versões da escala, ao nível das dimensões “ofensa”; “intrusão” e “protecção”. Contudo, o coeficiente *Alpha* de Cronbach das subescalas “atitude destrutiva” e “atitude comunicativa” são um pouco mais baixos, mas ainda assim, satisfatórios.

Estes dados poderão ser justificados pela grande diferença entre os dois estudos, relativamente à dimensão da amostra que, na ATAS, é cerca de dez vezes superior. Por outro lado, verificámos que, nas duas escalas, os valores de consistência interna são tendencialmente baixos, ficando aquém do valor de .70 indicado por Almeida e Freire (2000)

Ainda no âmbito da fidelidade, realizámos a análise de estabilidade do instrumento para percebermos em que medida os resultados obtidos podem ser generalizados para diferentes momentos (Anastasi, 1990). Assim, a avaliação da fidelidade teste-reteste foi

efectuada com uma amostra de 33 indivíduos seleccionados aleatoriamente de entre os 158 que foram incluídos no estudo.

A reprodutibilidade teste-reteste medida através do método do teste repetido mostra-nos coeficientes de correlação de Pearson significativos ($p < .01$) e elevados do ponto de vista da precisão ($r = .723$ a $.881$), com excepção da subescala “Atitude destrutiva” ($p < .05$; $r = .400$).

O valor relativamente modesto ($r = .400$) do coeficiente de correlação de Pearson para a subescala “Atitude destrutiva” pode ser explicado por variáveis como o aborrecimento ou a reactividade (experiência adquirida pelo sujeito quando respondeu pela primeira vez) (Kline, 2000). Para a mesma autora, valores modestos de teste-reteste devem ser relativizados, tendo em atenção que os testes psicológicos os podem apresentar (*idem*).

Verificámos ainda uma tendência para os resultados (médias) diminuírem da primeira para a segunda aplicação do instrumento, com excepção da subescala “Atitude de protecção”.

De acordo com Pestana e Gageiro (2000), por convenção um valor de $r < .20$ indica uma associação muito baixa entre variáveis; entre $.20$ e $.30$ baixa; entre $.40$ e $.69$ moderada; entre $.70$ e $.89$ alta e entre $.90$ e 1 uma associação muito alta. Deste modo, no nosso estudo, o factor I “Atitude ofensiva” ($r = .881$); o factor III “atitude comunicativa” ($r = .723$) e o factor IV “Atitude de protecção” ($r = .752$) apresentam associações altas entre as duas avaliações. O factor II “Atitude destrutiva” ($r = .400$) apresenta uma associação moderada.

Assim, respondendo à primeira questão de investigação, podemos concluir que, relativamente à **validade de constructo**, a solução encontrada (quatro factores), não replica a versão original que apresenta cinco factores. Contudo, na nossa perspectiva, integra os principais domínios das atitudes identificadas na teoria.

A **análise de fidelidade**, calculada através do coeficiente *Alpha* de Cronbach demonstrou que os itens das quatro subescalas são homogéneos, não se distanciando no fundamental da versão original.

Apesar dos problemas de linguagem, diferenças culturais e uma gama de outras limitações que podem interferir nas respostas com este tipo de aplicação, os resultados obtidos na análise das propriedades psicométricas da EAPA, são, apesar de algumas diferenças, semelhantes aos encontrados por (Jansen *et. al.*, 2005).

Embora esta forma de utilização no nosso contexto deva ser vista com muita cautela, podemos concluir que a EAPA tem propriedades psicométricas relevantes na investigação em atitudes e agressão.

Para responder à segunda questão de investigação “*Que factores poderão ser considerados como preditivos dos diferentes tipos de atitudes perante a agressão?*”, realizámos uma análise de regressão, considerando-se como variáveis dependentes os quatro factores previamente extraídos, e como variáveis independentes, o sexo, o tipo de horário, a experiência profissional, o tipo de serviço e o uso de medidas restritivas, que foram previamente transformadas em variáveis categoriais.

As variáveis independentes que utilizámos foram escolhidas tendo por base alguns dos factores pessoais e do ambiente referidos por Jansen (2005), como possíveis determinantes das diferentes atitudes perante a violência.

Os vários factores referidos por Jansen resultam de diversos estudos que identificaram variáveis relacionadas com a ocorrência de violência (e.g. Fottrel, 1980; Carmel e Hunter, 1989; Katz e Kirkland, 1990; Whittington *et al.*, 1996; Nijman *et al.*, 1997; Cunningham *et al.*, 2003 etc.).

Para o universo estudado (n=158), verificámos que as variáveis “tipo de horário praticado” e “uso de medidas restritivas” determinam, de forma significativa a dimensão “ofensa”. As duas variáveis explicam uma percentagem significativa da variância do factor (12,1%). As dimensões “comunicação” e “protecção” são determinadas, de forma pouco significativa, pela experiência profissional e pelo género, explicando respectivamente, 2,6% e 3,3% da variância dos factores.

É de salientar ainda que no nosso estudo, a variável “tipo de serviço” não prediz qualquer das atitudes expressas nos quatro factores da EAPA e o factor II “Atitude destrutiva”, não depende de nenhuma das variáveis estudadas.

Assim, ter um horário por turnos e usar regularmente medidas restritivas é factor preditivo da identificação com a “atitude ofensiva”; ter maior experiência profissional é factor preditivo da identificação com a “atitude comunicativa” e, finalmente, ser do género masculino prediz uma identificação com a “atitude de protecção”. Dito de outra forma, ser do sexo masculino e ter maior experiência profissional significa uma maior identificação com o fenómeno da violência entendido como comportamento ou energia humana positiva (Jansen *et al.*, 2005); trabalhar por turnos e usar regularmente medidas restritivas, significa uma maior probabilidade de identificação com atitudes negativas perante o comportamento agressivo (*idem*).

Comparando estes dados com os encontrados por Jansen (2005), num estudo internacional que realizou com uma amostra de 1963 indivíduos, observamos algumas diferenças. O autor encontrou um efeito de género nas dimensões “Atitude comunicativa” e “atitude destrutiva”, sendo os homens que mais se identificam com o factor “comunicação” e as mulheres com a “atitude destrutiva”. No nosso estudo, o género surge como variável preditora do factor “protecção”, sendo os indivíduos do sexo masculino que mais se identificam com esta atitude.

No que respeita ao tipo de horário praticado, Jansen encontrou um efeito desta variável ao nível das três atitudes que se relacionam com a dimensão violenta e intrusiva do comportamento agressivo (Ofensiva; Intrusiva e Destrutiva) (Idem). No nosso estudo, a variável “tipo de horário” prediz também a “Atitude ofensiva”, dimensão esta que engloba o factor “intrusão” que deixou de existir na EAPA.

A variável “tipo de serviço” que no nosso estudo não prediz nenhuma das atitudes, no estudo realizado por Jansen (2005), determina todas as atitudes excepto a “comunicativa”, sendo a identificação com estas atitudes maior nos serviços de internamento longo.

A “experiência profissional” surge como variável preditiva da “Atitude ofensiva” no estudo de Jansen (2005). São os indivíduos com menor experiência que apresentam uma maior identificação com esta atitude.

No nosso estudo, esta variável determina a “atitude comunicativa”, existindo uma maior identificação com a atitude expressa, nos indivíduos com mais experiência profissional. Estes resultados, apesar de diferentes vão no mesmo sentido, atendendo à correlação negativa e aos domínios antagónicos existentes entre estas duas atitudes.

A variável “uso de medidas restritivas” não foi utilizada por Jansen no seu estudo. Contudo, decidimos utilizá-la atendendo a que, na opinião de alguns autores (e.g. Katz e Kirkland, 1990; Bowers *et al.*, 1999), o uso de medidas restritivas e as técnicas utilizadas são factores condicionantes dos índices de violência, podendo, por isso, determinar o tipo de atitudes dos profissionais. Os resultados mostram-nos que, no nosso estudo, o uso de medidas restritivas pode ser considerado como factor preditivo da identificação com a “Atitude ofensiva”.

Deste modo, com excepção da variável “tipo de horário” onde foram encontrados resultados semelhantes nos dois estudos (efeito da variável ao nível das atitudes relacionadas com a dimensão violenta e intrusiva do comportamento agressivo), para as restantes variáveis e dimensões, os resultados encontrados são substancialmente diferentes.

Estas diferenças poderão ser explicadas por dois motivos: por um lado, a dimensão da amostra; por outro lado, o facto de Jansen (2005), ter utilizado uma amostra mista de enfermeiros e estudantes de Enfermagem.

Para responder à terceira questão de investigação: “*Até que ponto as características pessoais dos enfermeiros e algumas características do ambiente explicam os resultados obtidos com a EAPA*”, utilizámos o Modelo Linear Geral Univariado (General Linear Model).

Os resultados mostram-nos a existência de diferenças estatisticamente significativas no factor I “Atitude ofensiva” relativamente às variáveis “tipo de horário” ($F=10.46;p=.001$), sendo as médias superiores nos indivíduos que trabalham por turnos ($\bar{x}=33.01;25.93$; $s=7.68;9.23$) e “uso de medidas restritivas” ($F=9.78;p=.002$), sendo as médias superiores nos indivíduos que usam regularmente este tipo de medidas ($\bar{x}=33.56;29.14$; $s=7.80;7.93$).

No factor III, encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável “experiência profissional” ($F=4.19;p=.042$), sendo as médias superiores nos indivíduos com maior experiência profissional ($\bar{x}=7.73;6.93$; $s=2.65;1.87$).

No factor IV encontramos diferenças significativas relacionadas com a variável “sexo” ($F=5.38;p=.022$), sendo as médias mais elevadas nos indivíduos do sexo masculino ($\bar{x}=5.99;5.34$; $s=1.60;1.88$).

Deste modo, dando resposta à terceira questão de investigação, verificámos que as variáveis independentes contribuem de forma pouco significativa, para os resultados das quatro subescalas da EAPA, com excepção do factor I “atitude ofensiva”, para o qual as variáveis “tipo de horário” ($p<.05$) e “uso de medidas restritivas” ($p<.01$) dão contribuições importantes para o resultado total e para a percentagem de variância explicada (12,2%) no modelo final.

Diversas variáveis (e.g. sexo; tipo de serviço; tipo de horário, etc.) que noutros estudos (Jansen 2005), apresentam correlações significativas com os factores “Atitude destrutiva” e “Atitude comunicativa”, no nosso estudo, não contribuíram de forma significativa para os resultados finais das subescalas.

A grande homogeneidade da amostra pode ter limitado a capacidade de detectar um grande efeito das variáveis demográficas nos *scores* totais das subescalas da EAPA.

A amostra foi constituída exclusivamente por enfermeiros a trabalhar em serviços de Psiquiatria, logo, a possibilidade de aplicação da ATAS a diferentes grupos profissionais com diferentes características demográficos, necessita de mais investigação.

Também outras variáveis como, por exemplo, as características dos doentes e das unidades deverão ser analisados em estudos futuros.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Este estudo teve como objectivo principal traduzir e validar para a população portuguesa um instrumento capaz de avaliar as atitudes dos enfermeiros perante a violência em contexto psiquiátrico. Resulta de um interesse particular sobre o fenómeno, mas também, da inexistência no nosso país de instrumentos de medida que nos permitam estudar o problema e propor estratégias de intervenção mais adequadas.

Tendo em vista os objectivos traçados no início deste trabalho, gostaríamos de realçar algumas conclusões baseadas nos resultados da nossa pesquisa.

De forma a responder à primeira questão de investigação, “*Até que ponto os resultados da validade e da fidelidade da escala de 18 itens para avaliar as atitudes perante a agressão, variam em relação à versão original e a outros estudos já realizados?*”, foi feita uma apreciação relativamente às características psicométricas da escala, nomeadamente a fidelidade e a validade

O tratamento dos dados passou inicialmente pela análise dos itens e do seu poder discriminativo. Verificou-se não ser necessário retirar nenhum dos itens da escala original já que todos apresentavam boas qualidades métricas.

Recorrendo à análise factorial em componentes principais (ACP), seguida de rotação ortogonal *varimax*, verificou-se se os itens do questionário cobriam dimensões distintas. A solução extraída apresentava quatro factores integrando quatro grandes dimensões (“Atitude ofensiva”, “Atitude destrutiva”, “Atitude comunicativa” e “Atitude de protecção”).

Esta solução é um pouco diferente da encontrada no estudo original de Jansen *et al.* (2005) que apresenta cinco factores. Contudo, a solução encontrada, apesar de não replicar totalmente a versão original, integra, na nossa perspectiva, os principais domínios das atitudes identificadas na teoria.

Foi realizada a análise da correlação entre as subescalas da EAPA, que nos sugere a existência de dois grandes domínios divergentes: por um lado a combinação convergente entre os factores “comunicação” e “protecção”, entendidos como comportamento ou energia humana positiva, por outro lado a combinação entre “ofensa” e “destruição”, entendida como a perspectiva violenta e intrusiva do comportamento agressivo.

Foi também avaliada a validade discriminante do instrumento (validade critério). A escala mostrou ser sensível, num factor, a diferenças de género, experiência profissional, função no serviço e uso de medidas restritivas.

Concluída a análise factorial, foi calculado o Coeficiente de Variação dos quatro factores extraídos. Os resultados permitiram-nos concluir que há heterogeneidade (dispersão) nas respostas, indicando o poder discriminativo do instrumento.

A fidelidade do instrumento foi determinada por dois métodos: estabilidade e consistência interna. A análise da consistência interna, realizada através do cálculo do coeficiente *Alpha* de Cronbach demonstrou que os itens das quatro subescalas são homogéneos, não se distanciando no fundamental da versão original.

A estabilidade avaliada através do método de teste-reteste revelou coeficientes de correlação de Pearson significativos e elevados do ponto de vista da precisão, com excepção da subescala “Atitude destrutiva” onde os valores poderão ser considerados modestos. Verificou-se ainda uma tendência para os resultados (médias) diminuírem da primeira para a segunda aplicação do instrumento, com excepção da subescala “Atitude de protecção”.

Para responder à segunda questão de investigação “*Que factores poderão ser considerados como preditivos dos diferentes tipos de atitudes perante a agressão?*”, realizámos uma análise de regressão, considerando-se como variáveis dependentes, os quatro factores previamente extraídos e como variáveis independentes, o sexo, o tipo de horário praticado, a experiência profissional, o tipo de serviço e o uso de medidas restritivas.

Os resultados encontrados mostraram que, ser do sexo masculino e ter maior experiência profissional significa, uma maior identificação com o fenómeno da violência entendido como comportamento ou energia humana positiva; trabalhar por turnos e usar regularmente medidas restritivas, significa uma maior probabilidade de identificação com atitudes negativas perante o comportamento agressivo.

Para responder à terceira questão de investigação: “*Até que ponto as características pessoais dos enfermeiros e algumas características do ambiente explicam os scores dos factores da EAPA*”, utilizámos o Modelo Linear Geral Univariado (General Linear Model)

Os resultados mostraram-nos que as variáveis independentes contribuem de forma pouco significativa, para os *scores* das quatro subescalas da EAPA, com excepção do factor I “atitude ofensiva”, para o qual as variáveis “tipo de horário” e “uso de medidas

restritivas” dão contribuições importantes para o *score* total e para a percentagem de variância explicada no modelo final. Contudo, diversas variáveis (e.g. sexo; tipo de serviço; tipo de horário, etc.) que noutros estudos apresentam correlações significativas com os factores “Atitude destrutiva” e “Atitude comunicativa”, no nosso estudo, não contribuíram de forma significativa para os *scores* finais das subescalas.

Em termos globais, verificamos que o nosso estudo, apesar de algumas diferenças, vai no mesmo sentido dos resultados encontrados por Jansen *et al.* (2005).

Identificámos através das análises efectuadas que estamos perante um instrumento que reúne indicadores satisfatórios de precisão e validade e que, por isso, pode ser muito útil na identificação das atitudes subjacentes a determinados comportamentos relacionados com o controlo da agressão em contexto psiquiátrico.

Limitações do estudo

O estudo foi realizado com uma amostra não probabilística e de pequena dimensão o que poderemos considerar uma fraqueza metodológica. Por isso, poderá ser questionado se os resultados da amostra poderão reflectir-se como indicadores representativos das atitudes dos enfermeiros perante a agressão, a nível nacional. Desta forma, exige-se algum cuidado na generalização dos resultados para a população portuguesa. Não houve estratificação na idade, sexo, tipo de serviço ou em outras características chave da população alvo. Usando uma amostra de conveniência, poderá ter ocorrido uma subestimação ou sobrestimação de alguns segmentos na população. Esta fraqueza poderá afectar a validade externa dos resultados.

O tipo de questionário, sendo de auto-preenchimento, apresenta algumas limitações inerentes a este tipo de técnica, relativamente aos sujeitos tenderem a responder às questões de forma socialmente desejável, ou a falsear as respostas.

Finalmente, o tipo de população que foi limitada a enfermeiros a trabalhar em serviços de Psiquiatria. Sendo que a violência não é um fenómeno exclusivo dos serviços de Psiquiatria, a agressão dirigida aos profissionais de saúde é um dado importante e deve ser monitorizada também em outros serviços de prestação de cuidados.

Implicações para a Enfermagem e recomendações para estudos futuros

A avaliação das propriedades psicométricas da EAPA revelou que estamos perante um instrumento que reúne indicadores satisfatórios de precisão e validade e que, por isso,

pode ser muito útil na identificação das atitudes subjacentes a determinados comportamentos relacionados com o controlo da agressão em contexto psiquiátrico. Deste modo, este instrumento pode ser utilizado para avaliar os domínios das atitudes dos enfermeiros perante o comportamento agressivo em contexto psiquiátrico, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento de modelos de controlo da agressão, podendo também ser útil para ajudar a identificar necessidades em termos de formação em técnicas para lidar com a agressão.

Em estudos futuros, sugerimos a utilização de uma amostra de maior dimensão e representativa da população portuguesa, de modo a confirmar as propriedades psicométricas do instrumento, permitindo uma generalização dos resultados para a totalidade da população portuguesa; a aplicação da ATAS a diferentes tipos de população (enfermeiros de outras áreas de prestação de cuidados), outros grupos profissionais com diferentes características demográficas; avaliar a relação da EAPA com outras variáveis como por exemplo, as características dos doentes e das unidades; a implementação de programas de formação em técnicas para lidar com a agressão, com avaliação de resultados, com reaplicação da EAPA como *follow-up*.

Finalmente, atendendo a que a forma como os enfermeiros lidam com a agressão é influenciada pelas suas atitudes perante o comportamento, seria interessante, no futuro, efectuar estudos em que este instrumento fosse utilizado com o objectivo de compreender as atitudes dos enfermeiros perante a agressão e a forma como elas determinam comportamentos, como, por exemplo, o uso de medidas restritivas. Este é um estudo que nos propomos fazer brevemente.

Bibliografia

Abderhalden, C., Needham, I., Friedli, T.K., Poelmans, J. & Dassen, T. (2002). Perception of Aggression among Psychiatric Nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 110-117.

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 5, 27-58.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Allport, G.W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 798-884). Worcester, MA: Clark University Press.

Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (2ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.

Anastasi, A. (1990). *Psychological Testing* (6ª ed.). New York: Macmillan Publishing Company.

Ángeles, C. (2003). *La Fenomenologia de la Violencia*. [Em linha]. [S.I.: s.n.] Disponível em www.antropos.galeon.com/html/fenoviolenca.htm.

Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.

Armond, A.D. (1982). Violence in the semi-secure unit of a psychiatric hospital, *Medicine, Science and the Law*, 22, 203-209.

Arnetz, J.E. (1998). The violent incident form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work and stress*, 12(1), 17-28.

Arnetz, J.E. (2001). Violence towards health care personnel and possible effects on the quality of patients care. *Social Science Medicine*, 52, 417-427.

Arnetz, J.E., Arnetz, B.B. & Petterson, I.L. (1996). Violence in the nursing profession: Occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work and Stress*, 10, 119-127.

Ballone, G.J. & Ortolani, I.V. (2002). O Cérebro e Violência, PsiqWeb [Em linha]. [S.I.: s.n.], Disponível em WWW: <http://sites.uol.com.br/gballone/forense/cerebro.html>

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social Learning Analysis*. Englewood Cliffs. N.J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1983). Psychosocial mechanisms of aggression. In Geen, R., Donnerstein, E. (eds). *Aggression: theoretical and empirical reviews* (pp. 11-40). New York: Academic Press.

Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In: Pervin, L. & John, O. (eds.), *Handbook of personality Theory and research* (pp. 154-198). New York: Guilford.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology, Palo Alto*, 52, 1-26.

Barquet, D.F.V. *Los Discursos de Violência en el Mundo Antiguo*. [Em linha]. [S.I.: s.n.] Disponível em <<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/vacaflor/violência2.html>>. Acesso em: 3 Nov. 2002

Bensley, L., Nelson, N., Kaufman, J., Silverstein, B., Kalat, J. & Walter Shields, J. (1997). Injuries Due to Assault on Psychiatric Hospital Employees in Washington State. *American Journal of Industrial Medicine*, 31, 92-99.

Berkowitz, L. (1989). Frustration on aggression hypothesis: examination and reformulation. *Psychological Bulletin, Washington*, 106, 59-73.

Berkowitz, L. (1993). Pain and aggression: some findings and implications. *Motivation Emotion, New York*, 17, 277-293.

Bernstein, H.A. (1981). Survey of threats and assaults directed toward psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 243-245.

Blair, D. & New, S. (1991). Assaultive Behaviour: know the risks. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29(11), 25-29.

Blair, T. (1991). Assaultive behaviour: Does provocation begin in the front office? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29(5), 21-26.

Bogardus, E.S. (1931). *Fundamentals of social psychology*. New York: Century.

Bouras, N., Trauer, T. & Watson, J.P. (1982). Ward environment and disturbed behaviour, *Psychological Medicine*, 12, 309-319.

Bowers, L. (1999). A critical appraisal of violence incidents measures. *Journal of Mental Health*, 8(4), 339-349.

Bowers, L., Whittington, R., Almvik, R., Bergman, B., Oud, N. & Savio, M. (1999). A European perspective on psychiatric nursing and violent incidents: Management, education and service organisation. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 217-222.

Bradley, N., Kumar, S., Ranclaud, M. & Robinson, E. (2001). Ward Crowding and Incidents of Violence on an Acute Psychiatric Inpatients Unit. *Psychiatric Services*, 52, 521-525.

Bullard, H. (2001). Mental disorder and violence. In J. Shepherd (eds.) *Violence in Healthcare: Understanding, preventing and surviving Violence: a practical guide for health professionals* (pp. 44-62). Oxford: Oxford University Press.

- Bushman, B.J. & Anderson, C.A. (2001). Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review, Washington, 108*, 273-279.
- Carmel, H. & Hunter, M. (1989). Staff injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 41-46.
- Carmel, H. & Hunter, M. (1990). Compliance with Training in Managing Assaultive Behaviour and Injuries from Inpatient Violence. *Hospital and Community Psychiatry, 41(5)* 558-560.
- Cembrowicz, S., Ritter, S. & Wright, S. (2001). Attacks on doctors and nurses. In J. Shepherd (eds.) *Violence in Healthcare: Understanding, preventing and surviving Violence: a practical guide for health professionals* (pp. 118-154). Oxford: Oxford University Press.
- Chambers, N. (1998). 'We have to put up with it – don't we?' The experience of being the registered nurse on duty, managing a violent incident involving an elderly patient: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 429-436.
- Chappell, D. & Di Martino, V. (1998): *Violence at Work*. Geneva: International Labour Office.
- Coid, J. (1996). Dangerous patients with mental illness: increased risks warrant new policies, adequate resources, and appropriate legislation. *British Medical Journal, 312*, 965-966.
- Colaizzi, J. (2005) Seclusion & Restraint: A Historical Perspective. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 43(2)*, 31-37.
- Collins, J. (1994). Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at the prevention and management of aggressive behaviour program. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 117-131.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho = cuidados de qualidade*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Costa, J.F. (2003). *Violência e psicanálise* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Cooper, A.J. & Mendonça, J.D. (1991). A prospective study of patient's assault on nurses in provincial psychiatric hospital in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 163-166.
- Coyne, A. (2002). Should patients who assault staff be prosecuted? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 139-145.
- Cunningham, J., Connor, D.F., Miller, K. & Melloni, R.H. (2003). Staff Survey Results and Characteristics that Predict Assault and Injury to Personnel Working in Mental Health Facilities. *Aggressive Behaviour, 29*, 31-40.
- Day, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. *British Journal of Psychiatry, 165*, 630-639.

- Delaney, J., Cleary, M., Jordan, R. & Horsfall, J. (2001). An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 77-84.
- Delgado-Escueta, A., Mattson, R. & King, L. (1981). The nature of aggression during epileptic seizures. *New England Journal of Medicine*, 305, 711-716.
- Di Martino, V., Hoel, H. & Cooper, C.L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. Office for Official Publications of the European Communities: Luxembourg.
- Direcção Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (Vols. 1-2). Lisboa: DGS.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O.H. & Sears R.R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Dubin, W.R., Wilson, S.J. & Mercer, C. (1988). Assaults against psychiatrists in outpatient settings. *J Clin Psychiatry*, 49, 338-345.
- Duxbury, J. (1999). An exploratory account of registered nurses experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 107-114.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralist design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 325-337.
- Duxbury, J. (2003). Testing a new tool: The management of aggression and violence attitudes scale (MAVAS). *Nurse Researcher*, 10(4), 39-52.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1974). *Love and Hate: The natural history of behaviour patterns*. New York: Schocken.
- Elliot, P. (1997). Violence in the health care: What nurse managers need to know. *Nursing Management*, 28(12), 38-41.
- Farrel, G.A. (1997). Aggression in clinical settings: Nurses views. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 501-508.
- Farrel, G.A. (1999). Aggression in clinical settings: Nurses views – a follow-up study. *Journal of advanced Nursing*, 29, 532-541.
- Farrington, D. (2001). The causes and prevention of violence. In J. Shepherd (ds.) *Violence in Healthcare: Understanding, preventing and surviving Violence: a practical guide for health professionals* (pp. 1-27). Oxford: Oxford University Press.
- Feldman, T.B. (2001). Bipolar Disorder and Violence. *Psychiatric Quality*, 72(2), 119-129.

Ferreira, P.L. & Marques, F.B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde.

Ferrinho, P., Antunes, A.R., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Craveiro, I. & Santos, O. (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health*, Nov. 7; 1 (1): 11.

Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for windows: Advanced techniques for the beginner*. London: SAGE.

Finnema, E.J., Dassen, T. & Halfens, R. (1994). Aggression in psychiatry: A qualitative study focussing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1088-1095.

Fishbein, M. (1967). *Readings in attitudes theory and measurement*. New York: John Wiley & Sons.

Fitzwater, E. & Gates, D. (2000). Violence and home care. A focus group study. *Home Health Nursing*, 18(9), 596-605.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley, Reading (MA).

Fletcher, T.A., Brakel, S.J. & Cavanaugh, J.L. (2000). Violence in the workplace: New perspectives in forensic mental health services in the USA. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 339-344.

Flores, R.Z. & Ajnhorn, F. (1997) Violência interpessoal: E agora doutor? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 21, 25-32.

Fortin, M.F. (1999), *O processo de investigação: Da concepção à realização*, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas L^{da}.

Fottrell, E., Bewler, T. & Squizzoni, M.A. (1978). A study of aggressive and violent behaviour among a group of psychiatric inpatients. *Medicine, Science and the Law*, 18, 66-69.

Fottrell, E. (1980). A Study of Violent Behaviour among Patients in Psychiatric Hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 136, 216-221.

Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. VII.

Freud, S. (1923). O ego e o id. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XIX.

Freud, S. (1930). O mal estar da civilização. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. XXIII.

- Green, L.W. & Lewis, F.R. (1986). *Measurements and Evaluation in Health Education and Health Promotion*. California: Mayfield Publishing Company.
- Grisso, T. (1996). An interdisciplinary approach to understanding aggressive behaviour in children. In C.F. Ferris & T. Grisso (Orgs.), *Understanding aggressive behaviour in children* (pp. 1-7). Nova York: The New York Academy of Sciences.
- Guerra, A.G. (1990). *O crime, realidade, desafio: abordagem psicodinâmica do homicídio*. Recife, s. ed.
- Guillemin, F. (1995). Cross cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand. J. Rheumatology*, 24(2), 61-63.
- Gunn, J. (1996). Let's get serious about dangerousness. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 51-64.
- Hamilton, J.R. (1992). Violência e distúrbios mentais. *UPDATE*, 42/43, 3-6.
- Hatti, S., Dubin, W.R. & Weiss, K.J. (1982). A study of circumstances surrounding patient assaults on psychiatrists. *Hospital and Community Psychiatry*. 33(8), 660-661.
- Herzberg, J.L. & Fenwick, P.B.C. (1988). The Aetiology of Aggression in Temporal-Lobe Epilepsy. *British Journal of Psychiatry*, 153, 50-55.
- Hewitt, J.P. & Levin, P. (1997). Violence in the Work place. *Annual Review of Nursing Research*, 15, 81-99.
- Hiday, V.A. (1995). The Social Context of Mental Illness and Violence. *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(2), 122-137.
- International Labour Office; International Council of Nurses; World Health Organization & Public Services International. (2002). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Genève: International Labour Office.
- Jansen, G.J. (2005). *The attitudes of Nurses toward Inpatient Aggression in Psychiatric Care: The Development of an Instrument*. Disponível em <http://dissertations.ub.rug.nl>.
- Jansen, G.J., Dassen, Th.W.N. & Moorer, P. (1997). The Perception of Aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 51-55.
- Jansen, G.J., Middel, B. & Dassen, Th.W.N. (2005). An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes toward aggression scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 467-477.
- Johns, A. (1997). Substance misuse: a primary risk and a major problem of co-morbidity. *International Review of Psychiatry*, 9, 233-141.
- Katz, P. & Kirkland, F.R. (1990). Violence and social structure on mental hospital words. *Psychiatry*, 53, 262-277.

- Kendra, M.A. (1996). Perception of Risk by Home Health Care Administrators and Field Workers. *Public Health Nursing, 13*(6), 386-393.
- Kraemer, H.C., Kasdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jansen, P.S. & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry, 54*, 337-342.
- Kline, P. (1997). *An Easy Guide to Factor Analysis*. London: Routledge.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Kwok, R.P.W., Law, Y.K., Li, K.E., Ng, Y.C., Cheung, M.H., Fung, M.H., Kwok, K.T.T., Tong, J.M.K., Yen, P.F. & Leung, W.C. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med. J., 12*(1), 6-9.
- Lanza, M.L. (1983). The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. *Hospital and Community Psychiatry, 34*(1), 44-47.
- Lanza, M.L., Kayne, H.L., Hicks, C. & Milner, J. (1994). Environmental characteristics related to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing, 15*, 319-335.
- Lanza, M.L. (1995). Nursing staff as victims of patient assault. In Eichelman, B., Hartwig, A. – *Patient Violence and the Clinician* (pp. 105-123) (4th ed.). Washington: Clinical Practice, American Psychiatric Press.
- Leather, P., Brady, C., Lawrence, C., Beale, D. & Cox, T. (eds.) (1999): *Work-Related Violence: Assessment and Intervention*. London: Routledge.
- Lion, R.J., Snyder, W. & Merrill, G.L. (1981). Underreporting of assaults on staff in a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry, 32*(7), 422-425.
- Loewenthal, K.M. (2001). *An introduction to psychological tests and scales* (2nd ed.). Hove: Psychology Press.
- Lorenz, K. (1996). *On Aggression*. New York: MJF Books.
- Lorenz, K. (1979). *A Agressão: uma história natural do mal* (2^a ed.). Lisboa: Ed. Moraes.
- Madden, D. J., Lion, J.R. & Penna, M.W. (1976). Assaults on psychiatrists by patients. *American Journal of Psychiatry, 133*, 422-425.
- Marques, T.M. (2005). *Violência conjugal: estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos*. [Em linha]. [S.I., s.n.], Disponível em <http://www.webposgrad.propp.ufu.br>
- Marques, I. & Mendes A. (2003). A percepção da Violência em Psiquiatria: Perspectiva dos Enfermeiros. *Referência, 10*, 39-51.
- Mason, T. & Chandley, M. (1999). *Managing Violence and Aggression. A manual for nurses and health care workers*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Minayo, M.C.S. (1995). A abordagem da violência na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 19 (1/3), 20-24.
- Minayo, M.C.S. & Souza, E.R. (1997). Violência e saúde como um campo interdisciplinar de acção colectiva. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 4(3), 513-531.
- Monahan, J. (1992). A terror to their neighbours: beliefs about mental disorder and violence in historical and cultural perspective. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 20, 191-195
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., Roth, L., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Montoya, I.D. (2003). Assessing reliability and validity measures in managed care studies. *Clin Lab Sci.*, 16(3), 153-162.
- Moreira, J.M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Morin, E. (1970). 'Risk of death. Revolution. Violence'. *Solidarity, Manila*, 5(1), 46-49.
- Morrison, E. (1994). The Evolution of a Concept: Aggression and Violence in Psychiatric Settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(4), 245-253.
- Mulvey, E.P. & Fardella, J. (2000). Are the mentally ill really violent? *Psychology Today*, 33(6), 39-41.
- Murphy, K.R. & Davidshoper, C.O. (1991). *Psychological testing: Principles and applications* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Muro, C., Tomas, C., Moreno, L. & Rubio, V. (2002). Perception of aggression, personality disorders and psychiatric morbidity in nursing students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 118-120.
- Nabb, D. (2000). Visitors` violence: the serious effects of aggression on nurses and others. *Nursing Standard*, 14(23) 36-38.
- Needham, I., Abderhalden, C., Dassen, T., Haug, H. & Fischer, J.E. (2004). The perception of aggression by nurses: Psychometric scale testing and derivation of a short instrument. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 36-41.
- Needham, I., Abderhalden, C., Zeller, A., Dassen, T., Haug, H.J., Fisher, J.E. & Halfens, R.J.G. (2005). The Effect of a Training Course on Nursing Students' Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression. *Journal of Nursing Education*, 44(9), 415-420.
- Nijman, H., Allertz, W., Campo, J., Merckelbach, H. & Ravelli, D. (1997). Aggressive behaviour on an acute psychiatric admission ward. *European Journal of Psychiatry*, 11, 106-114.
- Nijman, H.L.I., Bowers, L., Oud, N. & Jansen, G. (2005). Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behaviour*, 31, 217-227.

- Nijman, H., Bjorkly, S., Palmestierna, T. & Almvik, R. (2006). Assessing Aggression of Psychiatric Patients: Methods of Measurement and its Prevalence. In D. Richter & R. Whittington (eds.) *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* (pp. 11-23). New York: Springer Science Business Media, LLC.
- Nollan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. (1999). Violence in mental health care: The experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 934-941.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Connell, B., Young, J., Brooks, J., Hutchings, J. & Lofthouse, J. (2000). Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 602-610.
- Olson, M.A. & Fazio, R.H. (2001). Implicit attitude formation through classical conditioning. *Psychological Science*, 12, 413-417.
- Owen, C., Tarantello, C., Jones, M. & Tennant, C. (1998). Repetitively Violent Patients in Psychiatry Units. *Psychiatry Services*, 49, 1458-1461.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1987). Staff observation aggression scale. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1988). Prevalence of risk factors for aggressive behaviour: characteristics of an involuntarily admitted population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 227-229.
- Pais, E. (1996). Violência(s): Reflexões em torno de um conceito. *Interacções. Coimbra*, 4, 25-39.
- Pearson, M., Wilmot, E. & Padi, M. (1986). A Study of Violent Behaviour among In-Patients in a psychiatric Hospital. *British Journal of Psychiatry*, 149, 232-235.
- Pestana, M.H. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3^a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais*, (2^a ed.). Edições Sílabo, Lisboa.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Psiquiatria em Enfermagem* (3^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Poster, E.C. & Ryan, J.A. (1989). Nurse' attitudes toward physical assaults by patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(6), 315-322.
- Poster, E.C. & Ryan, J.A. (1994). A multiregional study of nurses' beliefs and attitudes about work safety and patient assault. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 1104-1108.

- Poster, E.C. (1996). A Multidimensional Study of Nursing Staff's Beliefs and Concerns about Work Safety and Patient Assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(6), 365-373.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trusts: Staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318, 228-232.
- Quintal, S.A. (2002). Violence against Psychiatric Nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 40(1), 46-53.
- Raymond, S. (1990). *Faits de Violence et Prediction des Comportements* (1^a ed.). Editions Techniques, EMC.
- Reiss, A.J.Jr. & Roth, J.A. (1993). *Understanding and preventing violence*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rippon, T.J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.
- Ruben, I., Wolkon, G. & Yamamoto, J. (1980). Physical attacks on psychiatric residents by patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 243-245.
- Shaw, M.E. & Wright, J.M. (1967). *Scales for the measurement of attitudes*. New York: McGraw Hill.
- Shepherd, M. & Lavender, T. (1999). Putting aggression into context: An investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *Journal of Mental Health*, 8(2), 159-170.
- Soliman, A.E. & Reza, H. (2001). Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 52, 75-80.
- Steinert, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness. *British Medical Journal*, 10(323), 1080-1081.
- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1995). *Health Measurement Scales*. (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática*. (6^a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Sullivan, E.J. (1999). Violence and nursing. *Journal of Professional Nursing*, 15(5), 259-260.

- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K. & Jonjo, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 761-770.
- Tanzer, N.K. & Sin, C.Q.E. (1999). Adapting instruments for use in multiple languages and cultures: A review of ITC guidelines for test adaptations. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 258-269.
- Tardiff, K. (1996). *Assessment and Management of Violent Patients*. (2nd ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- Tardiff, K. (1998). The risk of being attacked by patients: Who, how, often and were? In Eichelman, B., Hartwig, A. – *Patient Violence and the Clinician* (4th ed.) (pp. 13-20). Washington: Clinical Practice, American Psychiatric Press.
- Tardiff, K. & Maurice, W.L. (1977). The care of violent patients by psychiatrists: A tale of two cities. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 22, 83-86.
- Tinsley, H.E.A. & Tinsley, D.J. (1987). Uses of factor analysis in counselling psychology research. *Journal of Counselling Psychology*, 34, 414-424.
- Uzun, O. (2003). Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *J. Nurs. Scholarsh*, 35, 81-85.
- Vethencourt, J.L. (1990). Psicologia da violência. *Gaceta APUCV*, 62, 5-10.
- Virkkunen, M. (1987). *Metabolic dysfunctions among habitually violent offenders: Reactive hypoglycaemia and cholesterol levels* (1^a ed.). Cambridge: Cambridge University.
- Wallace, C., Mullen, C., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Webster, C.D. & Bailes, G. (2000). Assessing violence risk in mentally and personality disordered individuals. In: Hollin, C.R. (eds.) *Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp.71-84). New York: J. Wiley & Sons.
- Weinberg, R.S. & Gould, D. (1999). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Werner, P.D., Yesavage, J.A., Becker, J.M., Brunsting, D.W. & Isaacs J.S. (1983). Hostile words and assaultive behaviour on an acute impatient psychiatric unit. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 385-387.
- Whittington, R. (1994). Violence in psychiatric hospitals. In T. Wykes (eds.), *Violence and Health Care Professionals* (pp. 22-43). London: Chapman & Hall.
- Whittington, R., Shuttlework, S. & Hill, L. (1996). Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 326-333.

Whittington, R. (2000). Understanding the problem of violence in mental health care settings. *NT Research*, 5(2), 102-114.

Whitman, R.M., Armao, B.B. & Dent, O.B. (1976). Assault on the therapist. *American Journal of Psychiatry*, 133, 426-431.

Whrirt, R. (1995). The biology of violence. *The New Yorker*, 71(3), 68-77.

Wynn, R. & Bratlid, T. (1998). Staff's experience with patient assault in a Norwegian psychiatric University Hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, 89-93.

Yesavage, J.A. (1983). Bipolar Illness: Correlates of Dangerous Impatient Behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 143, 554-557.

Zernike, W. & Sharpe, P. (1998). Patient aggression in a general hospital setting: do nurses perceive it to be a problem? *International Journal of Nursing Practice*, 4, 126-133.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados

PARTE I

O questionário, para cujo preenchimento pedimos a sua colaboração, integra-se num estudo de validação da Escala **ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale, Jansen, 2005)**, no âmbito da tese de mestrado que estamos a realizar na Faculdade de Medicina do Porto e destina-se exclusivamente a fins de investigação. A escala pretende avaliar a forma como os profissionais percebem as suas atitudes perante os comportamentos agressivos. Em todas as respostas que lhe solicitamos, será garantido o anonimato. Responda sempre de acordo com a sua opinião e experiência, pois não existem respostas correctas ou incorrectas, nem boas ou más respostas. Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

Serviço: _____	Idade: _____	Sexo: Masculino	<input type="checkbox"/>
		Feminino	<input type="checkbox"/>
Habilitações académicas:	9° ano ou inferior		<input type="checkbox"/>
	11° ano		<input type="checkbox"/>
	12° ano		<input type="checkbox"/>
	Bacharelato		<input type="checkbox"/>
	Licenciatura		<input type="checkbox"/>
	Outro		<input type="checkbox"/>
Categoria profissional:	Enfermeiro/Enf. graduado		<input type="checkbox"/>
	Enfermeiro especialista		<input type="checkbox"/>
	Enfermeiro chefe		<input type="checkbox"/>
Experiência profissional:	0 a 5 anos		<input type="checkbox"/>
	6 a 10 anos		<input type="checkbox"/>
	Superior a 10 anos		<input type="checkbox"/>
Tipo de horário:	Fixo		<input type="checkbox"/>
	Turnos		<input type="checkbox"/>
No seu serviço recebem com frequência doentes internados por ordem judicial? (Ex. compulsivos, preventivos, inimputáveis).	Sim		<input type="checkbox"/>
	Não		<input type="checkbox"/>
No seu percurso académico ou profissional, alguma vez fez formação em técnicas para lidar com a agressão?	Sim		<input type="checkbox"/>
	Não		<input type="checkbox"/>
Usa regularmente medidas restritivas (Ex. medicação em SOS; isolamento, etc.) em situações de agressão física ou verbal por parte de um doente?	Sim		<input type="checkbox"/>
	Não		<input type="checkbox"/>

PARTE II

Escala de Atitudes Face à Agressão

(Attitudes Toward Aggression Scale: ATAS; Jansen, 2005)

Instruções:

Por favor, pontue em que medida concorda com cada afirmação. Baseie a sua opinião na sua experiência com pacientes agressivos no serviço onde trabalha actualmente.

Deverá por um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião.

Agressão...	Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
1. É um exemplo de atitude não cooperante.	5	4	3	2	1
2. É o início de uma relação mais positiva entre o enfermeiro e o paciente.	5	4	3	2	1
3. É um comportamento desagradável e repugnante.	5	4	3	2	1
4. É um impulso para perturbar e interferir, com o objectivo de dominar ou prejudicar os outros.	5	4	3	2	1
5. Não deve ser tolerada.	5	4	3	2	1
6. Oferece novas possibilidades em cuidados de enfermagem.	5	4	3	2	1
7. É uma acto verbal e/ou físico, poderoso, errado, não adaptativo, exercido de forma gratuita.	5	4	3	2	1
8. É um comportamento inaceitável e desnecessário.	5	4	3	2	1
9. É quando um paciente tem sentimentos dos quais resultam danos físicos a si mesmo ou aos outros.	5	4	3	2	1
10. É uma forma de se proteger.	5	4	3	2	1
11. Em qualquer das formas que assuma, é sempre negativa e inaceitável.	5	4	3	2	1
12. É um comportamento violento para os outros ou para si mesmo.	5	4	3	2	1
13. É ameaçar causar danos aos outros ou aos objectos.	5	4	3	2	1
14. É um comportamento destrutivo, logo indesejado.	5	4	3	2	1
15. É expressa deliberadamente, excepto quando praticada por um psicótico.	5	4	3	2	1
16. Envenena o ambiente da enfermaria e entrava o tratamento.	5	4	3	2	1
17. Ajuda o enfermeiro a ver o paciente de outro ponto de vista.	5	4	3	2	1
18. É uma forma de protecção do espaço e da privacidade de cada um.	5	4	3	2	1

ANEXO II

Autorizações para a colheita de dados

Amorim Gabriel Santos Rosa
Rua Miradouro n° 37
3090 – 483 Maiorca
Figueira da Foz

Ex.^{mo} Sr. Presidente do Conselho de
Administração

Coimbra 9 de Novembro de 2006

Assunto: Pedido de autorização para aplicação da **“Escala de Atitudes Face à Agressão”**
(Attitudes Toward Aggression Scale: ATAS; Jansen, 2005).

Exmo Sr. Dr.

Sou assistente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e frequento actualmente 2º ano do Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina do Porto.

Venho por este meio solicitar a Vª Excelência autorização para aplicar a “Escala de Atitudes Face à Agressão (ATAS), aos enfermeiros dos diversos serviços do hospital, visando a sua adaptação e validação para a população portuguesa.

Este estudo, insere-se no âmbito da elaboração de uma tese de Mestrado a apresentar à Faculdade de Medicina do Porto, sob orientação do Prof. João Barreto e tem como objectivo colmatar uma importante lacuna face à inexistência de um instrumento semelhante no nosso país.

O questionário que enviamos em anexo é de auto-preenchimento. Será garantida a livre participação, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Os resultados são para uso exclusivo desta investigação, estando sujeitos às formas habituais de divulgação.

Pede deferimento



Ministério da Saúde



Hospital Sobral Cid

Ex.^{mo} Senhor
Enf. Amorim Gabriel Santos Rosa
Hospital Sobral Cid

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

001-099

23 JAN. 07

Assunto: Aplicação da “Escala de atitudes Face à Agressão.”

Informa-se V. Ex.^a, que o Conselho de Administração em 18/01/2007, deliberou autorizar a realização do estudo em epígrafe, após aprovação, em 09/01/2007, da Comissão de Ética para a Saúde deste Hospital.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Fernando de Almeida, Df.)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO LORVÃO
Telef. Geral: 239 470 600 - Fax: 239 470 688/89/90
3360-106 LORVÃO - (PENACOVA)

Exmº. Senhor
Amorim Gabriel Santos Rosa
Rua Miradouro n.º 37

3090-483 MAIORCA

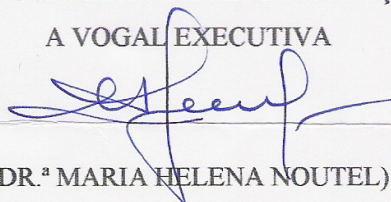
Sua referência Sua comunicação Nossa referência Data
000082 15. JAN. 2007

ASSUNTO: **PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DA "ESCALA DE ATITUDES Á AGRESSÃO"**

Na sequência do solicitado no seu requerimento de 2006-11-09, informamos que o Conselho de Administração deliberou, obtido o parecer favorável da Comissão de Ética, autorizar o referido pedido.

Com os melhores cumprimentos,

PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO,
A VOGAL EXECUTIVA



(DR.ª MARIA HELENA NOUDEL)

Na resposta indicar a «Nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto.

NP



Portugal em Acção



Hospital Sobral Cid

*Para ser
cuja se reconhece
bem a necessidade
pedido da aplicação da escala
c/o Indicação
de seu Director
António Matos*

217
05/06/07

INFORMAÇÃO
 PARECER

N.º 6 Data: 2007-05-23
Para: Presidente do Conselho de Administração
De: Enfermeiro Director

PARECER FINAL:

DESPACHO:

*Deliberado autorizar, nos
termos propostos pelo Jansen
Enfermeiro Director.
24.05.07*

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação da "Escala de Atitudes Face à Agressão" (Attitudes Toward Aggression Scale: ATAS; Jansen, 2005)

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
O Presidente

(Hermínio Almeida, Dr.)
O Vogal Executivo

(Luís Militão Cabral, Dr.)
O Director

(António Pires Preto, Dr.)
O Enfermeiro Director

(António Matos, Enf.º)

É do nosso entendimento que a aplicação de qualquer questionário, previamente estudado e reconhecido, tem como principal objectivo a avaliação do nível de prestação de cuidados ao doente e como tal, de vital importância para as Instituições.

Este questionário, em particular, pode identificar necessidades de uma intervenção, ao nível da formação, aos profissionais de saúde envolvidos, o que, provados estes pressupostos, poderia ser também aplicado no Hospital Psiquiátrico do Lorrvão e Hospital Sobral Cid, como triagem de necessidades.

Somos da opinião de que devemos autorizar a aplicação deste questionário desde que mantidas as garantias de anonimato, confidencialidade de dados e que os mesmos nos sejam facultados para análise.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director

(António Matos, Enf.)

AM/MM



Ministério da Saúde

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Exmº Senhor
Dr. Amorim Gabriel Santos Rosa
Rua Miradouro, nº37
3090-483 Maiorca
FIGUEIRA DA FOZ

S/Refª	S/Comun	N/Ref	Of.Nº	Data
	13/11/06	PC	268	06.02.07

Assunto: Pedido de autorização para aplicação da "Escala de Atitudes Face à Agressão" (Attitudes Toward Aggression Scale: ATAS; Jnasen, 2005)

No seguimento da solicitação de V. Exa., relacionada com o assunto em epígrafe e ouvido o parecer do Director do Serviço de Psiquiatria, informo que a pretensão mereceu parecer favorável.

Apresento os melhores cumprimentos, *personais*

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Agostinho Almeida Santos
(Prof. Doutor Agostinho Almeida Santos)

AP/AP

ANEXO III

Escala original ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale)

Attitudes Toward Aggression Scale (ATAS) ©

Instruction:

You are asked to rate how much you agree with each statement. Please base your opinion on your experience with aggressive patients of the ward you work on at the moment. You can give your opinion by circling the number that corresponds with your judgment.

Aggression.....	strongly agree	agree	uncertain	disagree	strongly disagree
1 is an example of a non-cooperative attitude	5	4	3	2	1
2 is the start of a more positive nurse patient relationship	5	4	3	2	1
3 Is unpleasant and repulsive behaviour	5	4	3	2	1
4 is an impulse to disturb and interfere in order to dominate or harm others	5	4	3	2	1
5 cannot be tolerated	5	4	3	2	1
6 offers new possibilities in nursing care	5	4	3	2	1
7 is a powerful, mistaken, non-adaptive, verbal and/or physical action done out of self-interest	5	4	3	2	1
8 is unnecessary and unacceptable behaviour	5	4	3	2	1
9 is when a patient has feelings that will result in physical harm to self or to others	5	4	3	2	1
10 is to protect oneself	5	4	3	2	1
11 in any form is always negative and unacceptable	5	4	3	2	1
12 is violent behaviour to others or self	5	4	3	2	1
13 is threatening to damage others or objects	5	4	3	2	1
14 is destructive behaviour and therefore unwanted	5	4	3	2	1
15 is expressed deliberately, with the exception of aggressive behaviour of someone who is psychotic	5	4	3	2	1
16 poisons the atmosphere on the ward and obstructs treatment	5	4	3	2	1
17 helps the nurse to see the patient from another point of view	5	4	3	2	1
18 is the protection of one's own territory and privacy	5	4	3	2	1