



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Emanuel da Silva Almeida

**ATTITUDES DOS
ENFERMEIROS
PORTUGUESES FACE À
VIOLÊNCIA NOS
CONTEXTOS CLÍNICOS**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2025

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**ATITUDES DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES
FACE À VIOLÊNCIA NOS CONTEXTOS CLÍNICOS**

Dissertação

Emanuel da Silva Almeida

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação da Professora Doutora Joana Catarina Ferreira Coelho

Oliveira de Azeméis | 2025

“Acima da falsidade, dos desencantos e agruras, o mundo ainda é bonito...”

(Max Ehrmann, 1927)

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação foi um percurso desafiador. Sem o apoio e incentivo de determinadas pessoas, este não teria sido possível.

Primeiramente, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Joana Coelho, pelo incentivo, paciência, orientação precisa e pela dedicação durante todo o processo de elaboração da dissertação. A sua experiência e sabedoria foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Agradeço também aos professores e colaboradores da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, pelas valiosas contribuições que ajudaram a incrementar o meu conhecimento.

À minha família, um agradecimento especial pela compreensão, paciência e por sempre apoiarem incondicionalmente, em especial à minha mãe, por acreditar no meu potencial e por ser a minha maior fonte de inspiração.

Aos meus amigos e colegas, agradeço pela amizade, apoio, inspiração, pelos tempos mais descontraídos no percurso académico e pelas discussões produtivas que sempre contribuíram para todo o meu crescimento académico, pessoal e profissional.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ECADA - Escala de Conotações Atitudinais da Agressão

EEESMP -Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN - International Council of Nurses

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS - Unidade Local de Saúde

RESUMO

Enquadramento: O comportamento agressivo e a violência direcionados à equipa multidisciplinar em geral, e à enfermagem em particular, constitui uma realidade presente nos diferentes contextos de prestação de cuidados, podendo colocar em causa a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, importa entender quais as atitudes dos enfermeiros portugueses face a episódios de violência que possam ocorrer.

Objetivo: identificar as atitudes dos enfermeiros portugueses face à violência nos diversos contextos clínicos em Portugal e identificar a sua relação com os fatores sociodemográficos e profissionais.

Método: Estudo de cariz quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Recorre a um questionário de autopreenchimento composto por três partes que inclui a aplicação do instrumento denominado Escala de Conotações Atitudinais da Agressão, numa amostra não probabilística por conveniência, de enfermeiros a exercer funções nos vários contextos clínicos em Portugal, com posterior análise de estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Amostra composta por 146 enfermeiros provenientes de diversas ULS de Portugal, 49,7 % por Enfermeiros dentro das várias especialidades e 51,3% por Enfermeiros não especialistas. Os Enfermeiros no geral consideram a violência como algo de teor negativo e que não deve ser tolerada. Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental têm uma maior propensão a considerar a violência como algo negativo, intrusivo e obstrutivo ao cuidado relativamente a outras especialidades. Enfermeiros mais jovens veem a violência com uma conotação de comunicação ao contrário dos mais experientes que a têm como algo obstrutivo ao cuidado. A amostra considera que a forma como comunica, e a frustração de estar internado como fatores maiores para episódios de violência.

Conclusão: Episódios de violência e comportamento agressivo continuam a ser vistos como impeditivos ao cuidado. Melhores políticas promotoras de ambientes mais seguros e uma formação mais incidente no cariz da violência devem ser tidas em conta e implementadas. Os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podem ajudar a mitigar esta situação através das suas competências relacionais e através do estabelecimento de programas de formação que capacitem outros a gerir estes fenómenos de forma terapêutica e positiva para o cuidado.

Palavras-chave: Violência; Enfermagem psiquiátrica; Relações enfermeiro-paciente; Enfermagem; Atitude.

ABSTRACT

Abstract: Aggressive behaviour and violence directed at healthcare professionals, particularly nurses, is a persistent issue across diverse clinical environments. Such incidents compromise both the safety of professionals and the quality of care provided. Understanding nurses' perceptions and attitudes towards these episodes is crucial for developing effective strategies to manage and prevent workplace violence.

Objective: This study aims to identify the attitudes of Portuguese nurses towards violence across various clinical settings and explore their relationship with sociodemographic and professional variables.

Methodology: A quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional design was employed. Data were collected via a self-administered questionnaire comprising three sections, including the validated instrument *Atitudes Towards Aggression Scale*. A non-probabilistic convenience sample of 146 nurses, practising in different clinical contexts throughout Portugal, participated in the study. Statistical analysis included both descriptive and inferential methods to identify relevant associations.

Results: The sample included 49.7% specialist nurses from various fields and 51.3% non-specialist nurses. Overall, participants viewed violence as negative and unacceptable in the context of care delivery. Mental Health Specialist Nurses demonstrated a stronger tendency to perceive violence as intrusive, harmful, and obstructive to therapeutic relationships, in comparison to other specialties. Interestingly, younger nurses were more inclined to interpret violent behaviour as a form of communication, while more experienced nurses perceived it predominantly as a barrier to care. Key contributing factors to violent incidents were identified as communication issues and the emotional impact of hospitalisation.

Conclusion: Violent episodes continue to be seen by Portuguese nurses as significant obstacles to effective care. The findings underscore the need for institutional policies that foster safer working environments and support targeted training on violence prevention and management. Mental Health and Psychiatric Specialist Nurses, through their relational expertise, are well-positioned to contribute to staff education and the development of therapeutic strategies that promote constructive responses to aggression. Empowering healthcare teams with such knowledge and skills is vital to improving patient care and professional wellbeing.

Keywords: Violence, Psychiatric nursing, Nurse-patient relationships, Nursing, Attitude.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	33
Tabela 2: Análise descritiva da Escala de Conotações Atitudinais da Agressão.....	37
Tabela 3: Análise descritiva dos fatores descritos na literatura relacionados com episódios de violência.....	40
Tabela 4: Análise descritiva dos fatores descritos na literatura segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.....	41
Tabela 5: Regressão linear múltipla. Variável de outcome: conotação ofensiva-intrusiva ($r^2 = 10,8\%$).....	44
Tabela 6: Regressão linear múltipla. Variável de outcome: conotação comunicativa ($r_2 = 6,9\%$).....	45

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
1. Fundamentação/enquadramento teórico	17
1.1. Atitude	17
1.2. Violência e Comportamento Agressivo	18
1.3. Violência no Mundo e em Portugal	20
1.4. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Violência	22
2. Finalidade e objetivos	25
3. Metodologia	27
3.1. Desenho do estudo	27
3.2. Participantes	27
3.3. Colheita de dados	28
3.4. Instrumento de colheita de dados	28
3.5. Análise de dados	29
3.6. Considerações Éticas	30
4. Resultados	33
4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional	33
4.2. Análise Descritiva Escala de Conotações Atitudinais da Agressão (ECADA)	36
4.3. Fatores influenciadores dos episódios de violência	39
4.1. Análise correlacional	44
5. Discussão	47
6. Conclusão	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	
ANEXO I: CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	
ANEXO II: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	
ANEXO III: CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO	
ANEXO IV: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA	

ANEXO V: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO AUTOR DA ESCALA ECADA

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Dissertação, do segundo curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa do ano letivo 2024/2025, foi realizado o presente trabalho de investigação, com o tema: Atitudes dos enfermeiros portugueses face à violência nos contextos clínicos. Esta dissertação foi orientada pela professora doutora Joana Catarina Ferreira Coelho da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

O termo violência não pode ser descrito apenas por uma definição devido às suas propriedades multidimensionais (Correia, 2012), sendo abordado em áreas como a Sociologia, Biologia, Antropologia e Psicologia (Kristensen et al., 2003). Uma destas definições é “o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha grande probabilidade de resultar, em ferimentos, morte, danos psicológicos, compromisso do desenvolvimento ou privação. Violência pode ser física, psicológica, sexual e/ou financeira” (Serviço Nacional de Saúde 24 [SNS 24], 2023). Outro termo associado na idade moderna a violência é o “comportamento agressivo” (Alves & Pereira, 2011). Este pode ser definido como “Comportamento comprometido: ação ou atitude enérgica de auto assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente” (International Council of Nurses [ICN], 2019).

Os comportamentos agressivos constituem uma realidade humana, podendo partir de situações diversas ou multifatoriais. Este tipo de comportamentos geralmente apresentam uma conotação negativa (Alves & Pereira, 2011).

A nível mundial, este fenómeno está a aumentar. A Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que a cada dia, dezenas de milhares de pessoas são atendidas em serviços médicos por episódios de violência, e que custará cerca de 11% do produto interno bruto a nível mundial (World Health Organization, 2022).

O mesmo autor em 2014, num estudo que envolveu cerca de 88% da população mundial, revela que este fenómeno é mais prevalente na América do Sul, seguida da África. Pelo contrário, a região do Pacífico Oeste e Europa são das menos afetadas (World Health Organization, 2014). A nível europeu, destacam-se os países nórdicos, com realce para a

Finlândia, onde são registados um maior número de ocorrências de todos os tipos de violência (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023).

Em Portugal, dois quintos das pessoas, já vivenciaram pelo menos uma situação de violência ao longo da vida, cerca de 44,8% das pessoas. “A região do Alentejo destaca-se com a proporção mais baixa (37,8%), assinalando as regiões autónomas da Madeira (48,1%) e dos Açores (46,9%) e a Área Metropolitana de Lisboa (46,8%) as proporções mais elevadas. A prevalência da violência é mais alta na população mais escolarizada (49,4%)” (INE, 2023).

McKnight (2020), revela que incidentes de violência têm uma probabilidade quatro vezes maior de acontecer em contextos de serviços de saúde, comparativamente a outros. De acordo com Tuominen et al. (2023), este constitui um problema global, onde um em cada três profissionais de saúde será vítima de ameaças, assédio, e violência física e/ou verbal.

O mesmo autor refere que os episódios de violência dirigidos a profissionais de saúde são mais direcionados a enfermeiros pela proximidade que estes têm com as pessoas de quem cuidam.

Estes incidentes acabam por afetar os profissionais, podendo levar a situações de burnout ou stress pós-traumático (McKnight, 2020).

Tuominen et al. (2023), identificam como resultado deste tipo de comportamentos dirigidos aos enfermeiros: stress, perda de motivação, fadiga, stress pós-traumático, depressão, desencorajamento, raiva, medo, insegurança, dor, problemas de sono, dificuldade na tomada de decisão, diminuição na interação com os clientes, incremento absentismo, entre outros. Nos serviços de saúde mental, este constitui um problema atual, preocupante e grave, com tendência a aumentar apesar de já ser considerada elevada (Rosa, 2008). Cheung et al. (2018), consideram o contexto psiquiátrico como o contexto clínico onde existe uma maior frequência de violência, e onde os enfermeiros se encontram mais vulneráveis.

Desta forma torna-se relevante o estudo desta temática de forma a identificar e descrever as atitudes dos enfermeiros relativamente à violência nos contextos clínicos com o intuito de identificar perceções, preconceitos ou lacunas no reconhecimento de situações de violência, bem como auxiliar à prevenção destas situações, promover o bem-estar ao manter a saúde mental e física dos enfermeiros e um clima de trabalho mais positivo, bem como promover a humanização dos cuidados e a sua qualidade.

Além do referido, o estudo deste tema pode desencadear o desenvolvimento de políticas institucionais e ações de formação e sensibilização acerca do problema.

Este documento encontra-se organizado em seis capítulos. No primeiro, é efetuada uma abordagem aos principais conceitos teóricos. Na segunda, são explorados os objetivos do

estudo, bem como a pertinência e finalidade deste. Na terceira, o desenho do estudo é apresentado, bem como todos os aspetos metodológicos do mesmo, incluindo o instrumento de colheita de dados e técnica de amostragem selecionada. Além do referido, são abordadas as questões éticas inerentes ao trabalho de investigação desenvolvido.

Na parte seguinte, os resultados obtidos serão expostos e analisados, sendo a sua discussão, com base na literatura mais relevante, concretizada na parte número cinco.

Para finalizar, as conclusões do estudo são enumeradas e examinadas, abordando limitações e enumerando oportunidades de melhoria e sugestões para investigações futuras. Além do referido, é realizada uma reflexão sobre os resultados encontrados e o seu impacto para a prática clínica, ensino de enfermagem de saúde mental e políticas de saúde.

O presente trabalho foi realizado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1. Fundamentação/enquadramento teórico

A violência e o comportamento agressivo constituem fenómenos multifacetados e que influenciam várias esferas da sociedade, afetando indivíduos, famílias, instituições, sociedades e culturas. Neste capítulo é realizada uma introdução ao tema através da exploração, em primeiro lugar do conceito de atitude e definições sobre o tema, incluindo tipos de violência, o seu impacto e fatores de risco. Em segundo lugar é apresentada uma visão mundial e nacional do problema em questão. Por fim, é analisado qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sobre este tema, destacando a sua responsabilidade como agente do cuidado e de transformação social.

1.1. Atitude

O conceito de atitude apresenta um significado complexo e variado, sendo relevante a sua exploração no âmbito deste estudo.

Atitude pode ser definida como um “estado psíquico e nervoso de preparação, organizado pela experiência, que exerce influência, diretriz ou dinâmica sobre as respostas do contato”, ou seja, uma variável que funciona como uma preparação para a ação relativamente a um dado objeto” (Cerclé & Somat, 1999, p 167).

Heidemann et al. (2012), apresentam uma versão simplificada deste conceito definindo atitude como a avaliação favorável ou desfavorável em relação a algo. Estas intenções funcionam como preditores do comportamento, moldando este último. Straus (1945), identifica as atitudes como respostas corporais a determinado estímulo que assentam num sistema de estímulo-resposta inato que foi modificado, criado e integrado através da aprendizagem no mundo social. Estas não são independentes do valor e significado atribuído a cada situação (Lima et al., 2023).

Existem três componentes da atitude: afetiva, comportamental e cognitiva. A primeira diz respeito a como o objeto, a pessoa evento ou problema faz sentir a pessoa; constitui uma resposta do sistema simpático, por exemplo declarações verbais de afeto. A componente comportamental alude a como uma pessoa responde a algo que lhe elicie um conjunto de sentimentos e crenças constituindo uma ação efetiva. Esta resposta pode ser verbal ou física. A última, cognitiva, relaciona-se com a perceção de ideias crenças sobre o objeto de estudo (Cerclé & Somat, 1999; Cherry, 2024).

As atitudes podem ser ainda explícitas ou implícitas. As atitudes de teor explícito são aquelas em que estamos completamente conscientes e que influenciam de forma clara as reações comportamentais e emocionais. As implícitas, são de teor inconsciente, mas apresentam impacto nas nossas emoções e comportamentos (Cherry, 2024).

Tendo o referido em conta, perante situações de violência, a forma como os profissionais de saúde encararão o problema e situações desse tipo, traduzir-se-ão em comportamentos e respostas emocionais que poderão ser favoráveis ou desfavoráveis para a pessoa que necessita cuidados de saúde mental.

1.2. Violência e Comportamento Agressivo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência desde sempre fez parte da experiência humana, impactando o mundo na sua totalidade e de várias formas (Krug et al., 2002). O mesmo autor define violência como: “O uso intencional de força física ou poder, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem alta probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, subdesenvolvimento ou privação” (Krug et al., 2002, p. 5). Existem três tipos de violência: autoinfligida (self-directed); interpessoal (interpersonal), e coletiva (collective). Dhalberg e Krug (2007), completam que esta tipologia é constituída segundo as características de quem executa o ato.

Estes três tipos encontram-se ainda subdivididos com o intuito de especificar ainda mais as categorias de violência. A autoinfligida é subdividida em comportamento suicida e agressão autoinfligida. No primeiro, estão incluídas tentativas de suicídio, pensamentos suicidas, e o ato de suicídio. No segundo, atos como automutilação são abordados (Dhalberg & Krug, 2007).

O tipo interpessoal encontra-se subdividido em violência de família e parceiros íntimos, que abarca atos entre membros da família ou parceiros (por exemplo, maus-tratos a idosos ou abuso infantil), ocorrendo tipicamente em casa, e em violência na comunidade, abrangendo violência entre indivíduos sem relação pessoal, podendo estes se conhecer ou não. Aqui estão incluídos atos como violação ou ataque sexual por desconhecidos e violência em instituições (escolas, locais de trabalho, prisões, asilos) (Dhalberg & Krug, 2007).

O terceiro tipo, denominado coletivo, encontra-se subdividido em violência social, política e económica. Este difere dos outros primeiramente por ser cometida por grandes grupos ou nações. A primeira subcategoria remete para o intuito de realizar um plano específico de ação social, por exemplo: atos terroristas. A segunda, política, inclui a guerra e conflitos

associados. A terceira refere-se a atos cometidos por grupos motivados pelo lucro económico, causando divisão ou fragmentação económica (Dhalberg & Krug, 2007).

De acordo com o International Council of Nurses (ICN), (2019), Comportamento Agressivo é “Comportamento comprometido: ação ou atitude enérgica de auto assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente.” O mesmo autor define o termo Violência como: “Comportamento agressivo: demonstração enérgica de ações ou do uso desleal de força ou de poder com a finalidade de ferir ou causar dano; maus-tratos ou agressão: ações violentas; agredir; prejudicial; ações ilegais ou culturalmente proibidas para com outros; estado de luta ou conflito pelo poder.” De acordo com a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem, o termo Violência é englobado no termo Comportamento agressivo (ICN, 2019).

Este tipo de comportamentos podem ter uma origem em diferentes fatores. Mendes et al. (2009), mencionam que existe uma associação genética com o comportamento agressivo, havendo relação com a atividade serotoninérgica, noradrenérgica e dopaminérgica. Os mesmos autores mencionam a existência de alterações neurológicas associadas a comportamentos agressivos, nomeadamente disfunções do lobo frontal, disfunções do lobo temporal, desequilíbrios nos vários sistemas de neurotransmissores e hormonais, alterações nutricionais, intoxicações por substâncias, e o género (em que este tipo de comportamento é mais frequente no género masculino devido a exposição a ambientes mais predisponentes e a diferenças biológicas comparativamente ao género feminino).

Fatores de etiologia socioambiental apresentam também influência: pobreza, criminalidade na família, défice de atenção, reprovação na escola e hiperatividade constituem alguns dos preditores (Farrington, 1998). Schraiber et al. (2006), menciona as desigualdades económicas, baixos salários, ausência de políticas públicas integradas e direcionadas para as necessidades da população relacionadas com a saúde, educação, segurança, prioridade do desenvolvimento económico em detrimento do social, e empobrecimento do país como catalisadores para a existência de comportamentos extremamente agressivos.

Mendes et al. (2009), acrescentam que maus-tratos na infância, pais demasiadamente punitivos ou permissivos, violência parental, stresse parental que influencia a socialização das crianças ao aumentar a frustração e insegurança destas e a integração social e afetar o desenvolvimento de habilidades sociais, constituem fatores preditores do comportamento agressivo e atos de violência.

Salienta-se ainda que estes fatores não são determinantes, e que, por exemplo uma criança que tenha vivido num ambiente hostil possa encontrar apoio em redes e pares, tendo apoio social necessário à sua integração em sociedade (Mendes et al., 2009).

Dahdal (2023), afirma que episódios de violência em contexto clínico podem ter origem em causas diversas. A autora identifica a falta de informação sobre a condição de saúde da pessoa, a recusa de atender a pedidos que não sejam clinicamente relevantes, bem como a pressão por resultados, sobrecarga de trabalho e stresse como fatores desencadadores. A mesma autora refere que os episódios de agressão mais frequente são tipo verbal, a profissionais do sexo feminino e de idade mais jovem. Estes episódios podem ainda levar ao surgimento de patologias do foro mental nos profissionais afetados e à diminuição na qualidade dos cuidados prestados (Dahdal, 2023).

Torna-se então imperativo o estabelecimento de políticas que assegurem uma qualidade elevada dos cuidados e promovam a segurança em contexto clínico.

1.3. Violência no Mundo e em Portugal

Dado a complexidade do tema, é importante possuir uma visão deste tanto a nível internacional como nacional, bem como qual o seu impacto na saúde dos indivíduos.

De acordo com Santos et al. (2011), a violência constitui um problema social e de saúde pública, com consequências e origens diversas. Esta pode ser causada de forma individual, em grupo, por classes ou nações. Cheung et al. (2018), corroboram este fato e acrescentam que violência e comportamento agressivo constituem um problema relevante internacionalmente.

De acordo com a OMS, este constitui um problema que afeta biliões de pessoas anualmente e internacionalmente e que tem várias repercussões quer a nível pessoal, como comunitário, nacional e económico (World Health Organization, 2022).

Num estudo levado a cabo pela OMS, que envolveu cerca de 88% da população mundial, em 133 países, revela que esta é uma ocorrência mais prevalente na América do Sul e Central, seguida do sul da África. Relativamente à Europa e região do Pacífico Oeste, estes países são os menos afetados (World Health Organization, 2014). A nível europeu, os países nórdicos encontram-se entre os mais afetados no geral, por todos os tipos de violência, estando a Finlândia no topo. Portugal situa-se nos lugares mais baixos de todos os indicadores de violência (Instituto Nacional de estatística [INE], 2023).

Em Portugal, segundo o INE (2024a), em 2022, 44,8% da população total entre os 18 e os 74 anos, foi vítima de algum tipo de violência. Desta percentagem 42,6% são homens e 46,8% mulheres. Ao longo do país, destaca-se a região Autónoma da Madeira com 48,1%, seguida da Região Autónoma dos Açores com 46,9%. A nível continental, a Área metropolitana de Lisboa com 46,8% encontra-se em primeiro lugar, seguida da Região Norte de Portugal e

Algarve com 44,7 % da população, a região centro com 43,7%, e por fim o Alentejo com 37,8%.

Quanto ao local de trabalho, 46,5 % da população portuguesa entre os 18 e 74 anos sofreu violência, dividindo-se em 44,3% da população masculina e 48,9% da população feminina (INE, 2024b).

Segundo Spelten et al. (2020), este tipo de comportamento, nomeadamente, agressão física dirigida a profissionais de saúde, tem vindo a aumentar, tendo-se transformado num problema sério de saúde pública.

Pinkhasov et al. (2022), refere que, agressões dirigidas aos profissionais de saúde são frequentes no local de trabalho, contudo ainda se encontram pouco estudadas. O mesmo autor menciona que, nos Estados Unidos da América, 88% em contexto público, e 82% em contexto privado, dos profissionais de saúde experienciaram algum tipo de agressão. Destas percentagens, cerca de metade não eram reportadas apesar dos efeitos negativos provocados por estas situações nos profissionais. Neste estudo, os profissionais mais jovens apresentavam uma maior probabilidade de reportar este tipo de situações.

Tuominen et al. (2023), no seu estudo de revisão, apontam que a violência no contexto clínico se está a tornar uma epidemia, em que um em cada três profissionais de saúde experiencia algum momento de agressão ou violência contra ele, e que o tipo mais comum é a agressão verbal. Al-Qadi (2021), menciona que praguejar, gritar ou insultar constituem as formas de agressão verbal mais comuns, e que 63,9% dos enfermeiros foram sujeitos a este tipo de agressão. Já na agressão física, o mesmo autor identifica empurrar ou bater como as formas mais comuns, referindo que 28,6% dos enfermeiros foram expostos a este tipo de agressão. Os autores mencionados no início do paragrafo anterior, referem que até 88% dos casos se encontram por reportar. No caso da enfermagem, isto acontece por que estes profissionais acreditam que cuidar de clientes com comportamentos de teor agressivo faz parte dos seus deveres, e que reportar este tipo de comportamentos lhes toma demasiado tempo (Tuominen et al., 2023).

Özel et al. (2024), referem que nos vários contextos de emergência, nomeadamente, obstetrícia, ginecologia, pediatria e adulto, há uma prevalência de 77,4% em violência verbal, sendo 68,8% ameaças e insultos. Os autores mais prováveis deste fato são constituídos pelos pacientes e os seus familiares.

Em contexto de saúde mental, mais concretamente em internamento de cuidados de agudos, o comportamento agressivo flutua entre 9% a 50%. Entre 75% a 100% dos profissionais que trabalham em saúde mental foram agredidos alguma vez durante a sua vida profissional, e

21% das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental foram agredidas por outras nas primeiras duas semanas de internamento (Pujol et al. 2020).

Apesar dos dados suprarreferidos importa clarificar e desmistificar que as pessoas que sofrem de patologias do foro mental não são mais agressivas comparativamente à restante população. Whiting et al. (2020), no seu artigo de revisão concluem que episódios de violência séria, embora relevantes, são raros em pessoas com patologias do foro mental, ocorrendo, em geral, em cerca de 5% das pessoas, incrementando para 6 a 10% em distúrbios da personalidade e esquizofrenia e para mais de 10% em abuso de substâncias. Associados a estes números, a existência de passado criminal, e consumo mórbido de substâncias constituem fatores influenciadores.

Já em 2018 a questão da violência nos contextos de saúde é abordada pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal ao realizar um estudo comparativo entre Brasil, Portugal e Espanha. Neste estudo, concluiu-se que as situações de violência contribuem para uma subvalorização do trabalho, uma redução da sua qualidade e um aumento de stresse e burnout (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O mesmo autor afirma ainda que, em Portugal, os enfermeiros constituem o grupo mais afetado por violência no contexto de trabalho, sendo cerca de 35% dos afetados da totalidade. Isto deve-se por os enfermeiros permanecerem “de forma contínua e próxima dos doentes e familiares” (Ordem dos Enfermeiros, 2024 b).

1.4. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Violência

Segundo Santos et al. (2011), a violência para com os profissionais de enfermagem, afeta os cuidados que estes prestam, bem como a relação que estabelecem com a pessoa. A relação constitui um processo fundamental na recuperação da pessoa, visto que a recuperação desta assenta no estabelecimento de relações importantes (Coelho et al., 2020).

Moughrabi (2023), menciona que o impacto em profissionais, pessoas que necessitem de cuidados, e instalações dos comportamentos agressivos é significativo, encontrando-se relacionado com a diminuição da qualidade de cuidados e performance no trabalho, nomeadamente no aumento do número de quedas, erros na administração de medicação e suporte emocional prestado. Já nos profissionais, o mesmo autor revela que os profissionais podem sentir stress, raiva, ansiedade, sintomas físicos diversos, stresse pós-traumático, ressentimento e sentimentos de burnout, bem como pode incrementar o absentismo, diminuição da satisfação no trabalho e aumento dos custos dos serviços de saúde. Sentimentos de insegurança e exaustão emocional são também notados nos enfermeiros que passaram por este tipo de vivências (Özel et al., 2024).

Abderhalden et al. (2006) acrescentam que, apesar de se encontrarem em maior risco, os profissionais de saúde que trabalham em saúde mental e psiquiatria não são indivíduos passivos, pois são estes que exercem a modulação da interação entre eles pessoas potencialmente agressivas e das intervenções com pessoas com necessidades em saúde mental potencialmente agressivas.

Ainda relativamente à Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, esta “foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento 515/2018, 2018, p. 21427).

Tendo em conta o conteúdo abordado nos parágrafos anteriores e, de uma forma geral, os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), e, de uma forma particular, os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem estar e autocuidado, adaptação, organização dos cuidados de enfermagem e a relação psicoterapêutica) (Regulamento 356/2015, 2015), é possível estabelecer uma relação entre a alteração da qualidade dos cuidados e os episódios de violência e comportamento agressivo, na medida em que a segunda afetará de forma negativa a primeira. Assim, episódios de violência poderão colocar em risco a qualidade e segurança dos cuidados prestados e levar ao aparecimento de sinais e sintomas nos profissionais de enfermagem que coloquem em causa a qualidade dos cuidados, remetendo novamente para a importância de caracterizar e estudar este fenómeno (Bordignon & Monteiro, 2016).

O exercício da enfermagem centra-se nas relações estabelecidas entre o enfermeiro e o cliente. Estas estão dependes do sistema de valores, crenças e desejos individuais, assim como do ambiente em que se desenvolvem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). O mesmo autor refere que estas relações sendo caracterizadas pela “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 10), tornam-se terapêuticas.

Associada ao estabelecimento das relações enfermeiro-utente, surge a teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Esta teoria menciona a relação enfermeiro-utente como central para os cuidados (Smith & Parker, 2015), e em que ambos podem obter crescimento e desenvolvimento pessoal (Almeida et al., 2005).

Na sua teoria, Peplau, usa o termo “enfermagem Psicodinâmica”. Este é um conceito que envolve o reconhecimento e construção de uma compreensão única acerca do que acontece quando o enfermeiro se relaciona com o utente de forma útil (Almeida et al., 2005).

No processo de relação enfermeiro-utente, a teórica introduz quatro fases que se interrelacionam e variam de duração enquanto os intervenientes procuram a solução para os problemas identificados, estas são: orientação; identificação, exploração e resolução. Durante estas fases o enfermeiro assume diferentes papéis consoante a fase da relação e as necessidades em saúde identificadas (Moraes et al., 2006).

As etapas da enfermagem psicodinâmica desenvolvem-se atendendo a dois pressupostos: a atitude adotada pelo enfermeiro, interfere, de forma direta, no que a pessoa vai aprender durante o cuidado; o auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento constitui uma função de enfermagem, que exige recorrer a princípios e métodos que facilitem e orientem a solução de problemas ou dificuldades interpessoais no dia a dia. Desta forma, o processo de cuidar vai além das técnicas de enfermagem que podem ser usadas para resolver os problemas da pessoa, mas que por si só não a levam ao seu crescimento pessoal (Pontes et al., 2008).

Este facto irá interferir com as competências específicas do EEESMP, nomeadamente o autoconhecimento, sendo este importante pois “A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (Regulamento 515/2018, 2018, p. 21428).

Com tudo isto em mente é possível afirmar que os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica possuem um propósito. De forma a prestar cuidados com a qualidade requerida necessitam de estabelecer relações terapêuticas e assumir os diferentes papéis que se lhes são incumbidos no estabelecimento destas relações. As situações de violência e comportamento agressivo podem pôr em causa estas relações e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados. De acordo com Al-Qadi (2020), enfermeiros que vivenciem este tipo de situações, prestarão cuidados de qualidade inferior, com dificuldade na comunicação e conseqüentemente no estabelecimento de relações.

2. Finalidade e objetivos

“A investigação é o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico” (Nené & Sequeira, 2022, p XVII). Em enfermagem esta é dotada de relevância através do desenvolvimento de evidência que apoie as tomadas de decisão, a prescrição de intervenções adequadas às necessidades em saúde exibidas pelas pessoas que precisem de cuidados, avaliar a eficácia destas e reflexão sobre a prática, e ao mesmo tempo desenvolver a disciplina e ciência de enfermagem na sua generalidade.

Neste estudo existem duas questões de investigação: Quais as atitudes dos enfermeiros face à violência nos contextos clínicos em Portugal? Qual a relação entre os fatores sociodemográficos e profissionais com as atitudes dos enfermeiros face à violência nos contextos clínicos em Portugal?

A formulação de objetivos torna-se fundamental na realização de qualquer investigação. Segundo Marconi e Lakatos, (2007, p. 158), “toda a pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.”

O objetivo define como é que a questão de investigação será respondida. É o propósito do estudo. Deve ter ligação com a questão de investigação e deve ser concretamente definido (Farrugia et al., 2010).

Assim, o objetivo deste estudo consiste em identificar as atitudes dos enfermeiros portugueses face à violência nos diversos contextos clínicos em Portugal e identificar a sua relação com os fatores sociodemográficos e profissionais.

A finalidade deste estudo reside na prevenção de situações de violência, consciencialização para o problema e a melhoria dos cuidados prestados, no que diz respeito, à qualidade e segurança dos mesmos.

A pertinência deste estudo prende-se, primeiramente, com a existência de violência em contextos clínicos. Importa analisar este problema e consciencializar a população. Além do referido, durante a realização da pesquisa bibliográfica, foi apenas encontrado um estudo que aborda esta questão, tendo este sido levado a cabo em apenas contextos de psiquiatria. Além do referido, é fundamental compreender as atitudes dos enfermeiros face a violência nos contextos clínicos, para promover uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados, fomentando assim, o desenvolvimento de políticas que valorizem ambientes de trabalho mais positivos.

3. Metodologia

O desenho de um estudo científico constitui um elemento crucial de forma a assegurar a validade e confiança nos resultados obtidos. A escolha do desenho depende dos objetivos da pesquisa, das hipóteses formuladas e da disponibilidade de recursos. Um planeamento adequado e execução impactam diretamente a credibilidade dos resultados e aceitação por parte da comunidade científica (Creswell, 2014). Um alinhamento correto entre questão de investigação, métodos e análise estatística é essencial para chegar a conclusões robustas. Foi estruturado um cronograma detalhado, com vista a constituir uma referência estratégica para a orientação e realização da investigação e dissertação. Este encontra-se em anexo (Anexo I).

3.1. *Desenho do estudo*

Este é um estudo de cariz quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Um estudo quantitativo é aquele que testa teorias objetivas através da análise de relações entre variáveis. Estas, por sua vez, são determinadas através de instrumentos que produzam dados numéricos que possam ser analisados com procedimentos estatísticos (Creswell & Creswell, 2018). Este estudo é de natureza descritivo-correlacional, como suprarreferido. Este tipo de estudos “servem para explorar e descrever a saúde, as doenças e outros fenómenos de interesse e permitem gerar hipóteses” (Duarte et al., 2022, p. 21). Correlação diz respeito à relação entre duas medidas sintéticas (Duarte et al., 2022).

Este estudo é ainda considerado transversal o que significa que a recolha de dados foi efetuada num determinado momento e referente a esse momento apenas, sem seguimento futuro (Duarte et al., 2022).

3.2. *Participantes*

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística por conveniência, em bola de neve. Esta consiste na escolha inicial de um grupo de indivíduos de forma aleatória, e, onde após o inquérito inicial, estes são incentivados a identificar outros que pertençam à mesma população de interesse, criando uma bola de neve (Vilelas, 2017). Esta amostra torna-se não probabilística pois os participantes não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da amostra. A amostra por conveniência é aquela em que é obtida sem um plano pré-concebido, resultando de circunstâncias fortuitas (Vilelas, 2017).

A população em estudo foi constituída por enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão: (a) exercer funções em contexto clínico nacional na prestação direta de cuidados e (b) que tenham título de enfermeiro e/ou enfermeiro especialista.

3.3. *Colheita de dados*

A colheita de dados foi realizada através de um questionário de autopreenchimento com recurso ao Google Forms.

Esta decorreu durante os meses de janeiro e fevereiro do ano de 2025, entre os dias 8/01 e 8/02, após parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

3.4. *Instrumento de colheita de dados*

A colheita de dados foi realizada através de um questionário de autopreenchimento, constituído por três partes. Este encontra-se em Anexo (Anexo II).

A primeira parte é constituída por questões relacionadas com as variáveis sociodemográficas e profissionais, tais como: idade, sexo, local de trabalho, anos de trabalho completos, e tipo de horário praticado.

A segunda parte consiste no instrumento de avaliação denominado Escala de Conotações Atitudinais da Agressão (ECADA). Este foi adaptado culturalmente e avaliadas as propriedades psicométricas para a população portuguesa por Rosa (2008 e 2013) e apresenta um alpha de Cronbach das subescalas que varia entre .869 e .554 e que o investigador considerou satisfatório (Rosa, 2008).

Este instrumento foi adaptado culturalmente e as propriedades psicométricas avaliadas a partir do instrumento Attitudes Toward Agression Scale (Jansen, 2005). Este foi desenvolvido em 1997 por Gerard Jansen, sendo originalmente composta por 60 proposições de forma aleatória sobre a agressão (Rosa, 2013).

Este instrumento é de autopreenchimento, constituído atualmente por dezoito questões dirigidas às atitudes perante a agressão, que, originalmente, podem ser divididas em cinco subescalas (atitude ofensiva, atitude comunicativa, atitude destrutiva, atitude de proteção e atitude intrusiva) (Rosa, 2008). Este questionário é avaliado recorrendo a uma escala de Likert, que varia entre 5 (Concordo totalmente) e 1 (Discordo totalmente). Neste instrumento, “não existem scores de referência conhecidos como pontos de corte” (Rosa, 2008, p. 69), sendo quanto maior a pontuação, maior a concordância com a atitude expressa na subescala. As subescalas supramencionadas, possuem propriedades psicométricas satisfatórias (Rosa, 2013) e são definidas como: (a) atitude ofensiva - agressão vista como comportamento nocivo, desagradável e inaceitável, incluindo a agressão verbal, (b) atitude comunicativa - agressão vista como um sinal resultante de um sentimento de inferioridade

do doente visando aprofundar a relação terapêutica, (c) atitude destrutiva - agressão vista como indicador de ameaça, ato de violência ou dano físico, (d) atitude de proteção - agressão vista como forma de proteção ou defesa do espaço físico e emocional e (e) atitude intrusiva - agressão vista como intenção de ferir ou causar danos aos outros” (Rosa, 2013, p. 71).

A ECADA, aquando da validação para a população portuguesa, passou a estar subdividida em 4 fatores substituindo as subescalas suprarreferidas. O Fator I, denominado conotação ofensiva-intrusiva, apresenta um alfa de cronbach de .855, e engloba os itens 1, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 15 e 16. O fator II, denominado conotação destrutiva, possui um alfa de cronbach de .626, e inclui os itens 9, 12, 13 e 14. O fator III designado de conotação Comunicativa, apresenta um alfa de .565 e inclui os itens 2, 6 e 17. O Fator IV, denominado conotação de Proteção, apresenta um alfa de .622 e engloba os itens restantes (10 e 18) (Rosa, 2013).

A terceira parte é constituída por questões de origem fechada, focadas nos fatores descritos na literatura como potenciadores do comportamento agressivo por parte dos profissionais. Esta parte, à semelhança da anterior foi avaliada usando uma escala de Likert de 4 pontos que varia entre concordo totalmente e discordo totalmente.

3.5. *Análise de dados*

Os dados obtidos foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial, atendendo às variáveis abordadas e utilizando as folhas de cálculo Google Sheets e Microsoft Excel e recorrendo ao sistema IBM® SPSS® versão 29. Este é um sistema que providencia análise estatística para utilizadores de todos os níveis de experiência e capaz de gerir uma grande quantidade de dados e conduzir uma pesquisa fiável de forma que se retirem conclusões precisas (International Business Machines [IBM], 2024).

As seguintes variáveis foram incluídas no estudo: idade, sexo, categoria profissional, a área de especialidade, anos de experiência profissional e tipo de horário.

As variáveis categóricas foram descritas em termos de frequências absolutas e frequências relativas, enquanto as variáveis quantitativas com distribuição normal foram descritas utilizando a média (M) e o desvio-padrão (DP), e as variáveis quantitativas sem distribuição normal foram descritas utilizando a mediana (Med), intervalo interquartil [Q1; Q3], onde Q1 representa o primeiro quartil e Q3 o terceiro, bem como os valores mínimo e máximo (min–máx).

Foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, tendo a ECADA como variável dependente. Inicialmente, realizaram-se regressões lineares simples para cada variável independente, com o objetivo de identificar preditores relevantes ou potenciais fatores que influenciam os resultados da ECADA. Apenas as variáveis que demonstraram correlações com o desfecho a um nível de significância de $p \leq 0,20$ nas regressões lineares simples foram incluídas nas análises subsequentes de regressão linear múltipla. No modelo multivariado

final para a ECADA, apenas foram retidas as variáveis que permaneceram estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Os resultados da regressão linear foram apresentados através de coeficientes não padronizados (β), intervalos de confiança de 95% [IC 95%] e valores de p . A avaliação do modelo foi realizada com base na estatística F para o teste global do modelo, valor de p e coeficiente de determinação (r^2).

Em todos os testes realizados, os valores de p foram considerados significativos quando inferiores a 0,05.

3.6. Considerações Éticas

A ética na investigação constitui um ponto essencial que orienta o rigor científico e não sendo apenas um apêndice (Trevisol & Schoenardie, 2023).

Desta forma, a todos os participantes foi garantido o anonimato, e foi providenciado um formulário de consentimento informado onde constava o objetivo do estudo e a sua explicação, este documento encontra-se no Anexo III. A participação destes foi totalmente voluntária, sendo a desistência possível a qualquer momento, sem qualquer penalização associada. Segundo Moreira et al. (2022), a realização do consentimento informado é imperativa de uma perspetiva ética, permitindo a realização de investigações robustas e orientando o trabalho do investigador. Este promove ainda o papel ativo do participante relativamente ao sucesso ou inviabilidade do estudo e contempla os direitos legais inerentes. A aprovação ética é parte essencial para a investigação. As comissões de ética possuem um papel fundamental na proteção dos investigadores, participantes e da comunidade em geral. O propósito destas comissões consiste em assegurar que a investigação é levada a cabo com riscos mínimos para os participantes e que segue os princípios morais e humanos mais relevantes (Morgans & Allen, 2005). Além do referido, de acordo com a legislação portuguesa, “A realização de estudos clínicos é obrigatoriamente precedida de parecer favorável da CEC (Comissão de Ética Competente)” (Lei n.º 21/2014, 2014, p. 2455) Tendo esta premissa em conta, à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte foi enviado o devido pedido, sendo o estudo realizado apenas após parecer favorável desta comissão. Este estudo obteve o parecer “Aprovado por unanimidade” da comissão referida, tendo o código: 2024.67 (Anexo IV). Este estudo foi ainda integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Ao autor, Prof. Dr. Amorim Rosa da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, foi feito pedido, via correio eletrónico, de forma a requisitar autorização para uso da versão validada para a população portuguesa da Escala de Conotações Atitudinais da Agressão. Este pedido e resposta positiva encontra-se no Anexo V.

Todos os dados foram codificados e restritos à equipa de investigação, sendo estes destruídos após publicação do estudo. Salienta-se que o acesso a estes foi apenas efetuado pelo investigador principal e respetiva orientadora.

Ressalva-se ainda o cumprimento do Código de Ética e Integridade na Investigação da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, referente a trabalhos de investigação, bem como a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2024) e a Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, 2001) para investigação em seres humanos.

A equipa de investigação nega conflitos de interesse ou agendas secundárias na realização deste estudo.

4. Resultados

De acordo com Vilelas (2017), os dados obtidos possuem uma grande importância. É através destes que as questões serão, ou não, respondidas. Uma análise minuciosa e exploratória dos dados obtidos, utilizando técnicas apropriadas para o tipo de estudo, deve ser levada a cabo. Subsequentemente são apresentados os achados mais significativos desta investigação.

4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional

A amostra foi constituída por 146 enfermeiros, distribuídos pelos vários contextos clínicos no país, entre os 22 e 66 anos, com vários anos de experiência (com menos de um ano de experiência a 41 anos), e por Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas abrangendo as diversas especialidades contempladas pela Ordem dos Enfermeiros. A tabela seguinte apresenta com maior detalhe a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

	Variáveis	n (%)
Idade	22 a 25 anos	7 (4,8)
	26 a 30 anos	20 (13,7)
	31 a 35 anos	22 (15,1)
	36 a 40 anos	24 (16,4)
	41 a 45 anos	27 (18,5)
	46 a 50 anos	24 (16,4)
	51 a 55 anos	12 (8,2)
	56 a 60 anos	8 (5,5)
	61 a 66 anos	2 (1,4)
Sexo	Masculino	31 (21,2)
	Feminino	115 (78,8)
Local de Trabalho	ULS de Braga	1 (0,7)
	ULS da Póvoa de Varzim/Vila do Conde	2 (1,4)
	ULS do Médio Ave	6 (4,1)
	ULS do Tâmega e Sousa	9 (6,2)

	ULS de Gaia/Espinho	9 (6,2)
	ULS de Entre Douro e Vouga	5 (3,4)
	ULS de São João	55 (37,7)
	ULS de Santo António	6 (4,1)
	ULS da Região de Leiria	1 (0,7)
	ULS de Coimbra	1 (0,7)
	ULS da Região de Aveiro	3 (2,1)
	ULS de São José	2 (1,4)
	ULS de Lisboa Ocidental	2 (1,4)
	ULS do Algarve	8 (5,5)
	ULS Matosinhos	2 (1,4)
	ULS Alto Minho	1 (0,7)
	ULS Nordeste	1 (0,7)
	ULS Litoral Alentejano	1 (0,7)
	Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)	2 (1,4)
	Regime Privado	10 (6,8)
	Outro	19 (13,0)
Categoria Profissional	Enfermeiro	74 (50,7)
	Enfermeiro Especialista	72 (49,3)
Área de Especialidade	Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar	6 (4,1)
	Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	4 (2,7)
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	5 (3,4)
	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	3 (2,1)
	Enfermagem de Reabilitação	8 (5,5)
	Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	11 (7,5)
	Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	2 (1,4)

	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	33 (22,6)
Experiência profissional (em anos completos)	0	2 (1,4)
	1	1 (0,7)
	1	1 (0,7)
	2	1 (0,7)
	3	3 (2,1)
	4	6 (4,1)
	5	3 (2,1)
	6	4 (2,7)
	7	3 (2,1)
	8	11 (7,5)
	9	8 (5,5)
	10	5 (3,4)
	11	2 (1,4)
	12	9 (6,2)
	13	4 (2,7)
	14	5 (3,4)
	15	5 (3,4)
	16	1 (0,7)
	17	2 (1,4)
	18	4 (2,7)
	19	6 (4,1)
	20	6 (4,1)
	21	1 (0,7)
	22	1 (0,7)
	23	6 (4,1)
	24	9 (6,2)
	25	6 (4,1)
	26	2 (1,4)
27	5 (3,4)	
28	4 (2,7)	

	29	3 (2,1)
	30	4 (2,7)
	31	1 (0,7)
	32	3 (2,1)
	34	1 (0,7)
	35	3 (2,1)
	36	2 (1,4)
	39	1 (0,7)
	40	1 (0,7)
	41	1 (0,7)
Tipo de Horário	Fixo	40 (27,4)
	Turnos	106 (72,6)

Da tabela acima é possível verificar que a amostra é constituída, em maior número por enfermeiros entre os 41 e os 45 anos ($n=27; 18,5\%$), seguida por enfermeiros entre os 36 e os 40 anos ($n=24; 16,4\%$). A categoria dos 61 a 66 anos é representada em menor número, com $n=2 (1,4\%)$.

A amostra é composta por enfermeiros de várias ULS de Portugal, sendo 55 (37,7%) enfermeiros vindos da ULS São João, 9 (6,2%) enfermeiros da ULS Gaia/Espinho, 9 (6,2%) da ULS Tâmega e Sousa, 8 (5,5%) da ULS do Algarve, e de outras ULS em menor número.

A amostra é ainda constituída por 74 (50,7%) Enfermeiros não especialistas e por 72 (49,3%) Enfermeiros Especialistas. Dos segundos, 33 (22,6%) são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Da amostra é possível averiguar que esta é composta por enfermeiros com diferentes níveis de experiência profissional, havendo mais com 8 anos de experiência ($n=11; 7,5\%$), sendo a média de anos de 17 anos completos (17,1%).

A maioria da amostra é constituída por enfermeiros que trabalham em regime de turnos ($n=106, 72,6\%$).

4.2. *Análise Descritiva Escala de Conotações Atitudinais da Agressão (ECADA)*

Neste subcapítulo são apresentados os resultados descritivos da ECADA (Tabela 2). Esta escala, como referido no capítulo anterior, não possui pontuações de referência como pontos de corte, contudo quanto maior a pontuação obtida numa subescala, maior a concordância com a atitude expressa (Rosa, 2013).

Tabela 2: Análise descritiva da Escala de Conotações Atitudinais da Agressão

Escala de Conotações Atitudinais da Agressão								
Conotação	Itens	Concordo totalmente n (%)	Concordo n (%)	Sem Opinião n (%)	Discordo n (%)	Discordo totalmente (%)	Min/Max	Média (Desvio Padrão)
Ofensiva-intrusiva	(1) É um exemplo de atitude não cooperante.	65 (44,5)	45 (30,8)	8 (5,5)	11 (7,5)	17 (11,6)	9/39	15,96 (5,7)
	(3) É um comportamento desagradável e repugnante.	106 (72,6)	27 (18,5)	6 (4,1)	4 (2,7)	3 (2,1)		
	(4) É um impulso para perturbar e interferir, com o objetivo de dominar ou prejudicar os outros.	66 (45,2)	52 (35,6)	10 (6,8)	16 (11,0)	2 (1,4)		
	(5) Não deve ser tolerada.	105 (71,9)	32 (21,9)	1 (0,7)	6 (4,1)	2 (1,4)		
	(7) É uma ato verbal e/ou físico, poderoso, errado, não adaptativo, exercido de forma gratuita.	93 (63,7)	39 (26,7)	4 (2,7)	8 (5,5)	2 (1,4)		
	(8) É um comportamento inaceitável e desnecessário.	109 (74,7)	25 (17,1)	6 (4,1)	6 (4,1)	0 (0)		
	(11) Em qualquer das formas que assuma, é sempre negativa e inaceitável.	93 (63,7)	37 (25,3)	5 (3,4)	9 (6,2)	2 (1,4)		
	(15) É expressa deliberadamente, exceto quando praticada por um psicótico.	19 (13)	51 (34,9)	24 (16,4)	34 (23,3)	18 (12,3)		
	(16) Envenena o ambiente da enfermaria e	68 (46,6)	57 (39)	10 (6,8)	7 (4,8)	4 (2,7)		

	entrava o tratamento.							
Destrutiva	(9) É quando um paciente tem sentimentos dos quais resultam danos físicos a si mesmo ou aos outros.	42 (28,8)	59 (40,4)	21 (14,4)	16 (11,0)	8 (5,5)	4/17	6,7 (2,6)
	(12) É um comportamento violento para os outros ou para si mesmo.	93 (63,7)	41(28,1)	6 (4,1)	5 (3,4)	1 (0,7)		
	(13) É ameaçar causar danos aos outros ou aos objetos.	82 (56,2)	49 (33,6)	10 (6,8)	4 (2,7)	1 (0,7)		
	(14) É um comportamento destrutivo, logo indesejado.	96 (65,8)	42 (28,8)	4 (2,7)	4 (2,7)	0 (0)		
Comunicativa	(2) É o início de uma relação mais positiva entre o enfermeiro e o paciente.	0 (0)	5 (3,4)	1 (0,7)	22 (15,1)	118 (80,8)	5/15	12,2 (2,5)
	(6) Oferece novas possibilidades em cuidados de enfermagem.	3 (2,1)	19 (13,0)	22 (15,1)	22 (15,1)	80 (54,8)		
	(17) Ajuda o enfermeiro a ver o paciente de outro ponto de vista.	10 (6,8)	42 (28,8)	19 (13,0)	36 (24,7)	39 (26,7)		
Proteção	(10) É uma forma de se proteger.	7 (4,8)	36 (24,7)	27 (18,5)	37 (25,3)	39 (26,7)	2/10	7,5 (2,0)
	(18) É uma forma de proteção do espaço e da privacidade de cada um.	3 (2,1)	18 (12,3)	17 (11,6)	41 (28,1)	67 (45,9)		

Na tabela anterior, é possível verificar que a maior média é referente à conotação Ofensiva-Intrusiva, com média de 15,96 e Desvio Padrão (D.P.) de 5,7. Seguidamente segue-se a conotação Comunicativa com uma média de 12,2 e D.P. de 2,5. A conotação de Proteção

segue-se, com média de 7,5 e D.P. de 2,0 e, por último, a conotação Destrutiva, com Média de 6,7 e D.P. de 2,6.

Quanto à conotação Ofensiva Intrusiva, o item número 3, denominado “É um comportamento desagradável e repugnante”, apresenta 106 respostas a concordar com a afirmação (72,6%). O item número 5: “Não deve ser tolerada”, apresenta um n de 105 (71,9%) relativamente à opção “concorda totalmente”, e 2 respostas a referir que discordam totalmente (1,4%). O item número 8: “é um comportamento inaceitável e desnecessário”, apresenta um número de respostas a concordar totalmente com a afirmação de 109 (74,7%), sendo que nenhum participante discorda desta afirmação. Do primeiro conjunto de respostas destaca-se ainda a resposta à questão 11, em que apenas duas pessoas discordam totalmente (1,4%) de que a violência é sempre negativa e inaceitável em qualquer que seja a forma que assuma.

Relativamente à conotação seguinte, Comunicação, destacam-se as respostas ao item 2, em que nenhuma resposta é concordante na totalidade com a afirmação e 118 (80,0%), discordam na totalidade desta. Salienta-se ainda a resposta à questão 6, em que 80 respostas discordam totalmente (54,8%) da afirmação que refere que a agressão “Oferece novas possibilidades de cuidados de enfermagem”, e na qual três participantes concordam totalmente (2,1%).

No que diz respeito à conotação de Proteção, evidencia-se o fato dos resultados que se obtiveram, discordarem das frases, em maior percentagem do que os que concordam.

No que concerne à última conotação sobressaem-se as respostas que concordam totalmente com as questões 12 (“É um comportamento violento para os outros ou para si mesmo.”) e 14 (“É um comportamento destrutivo, logo indesejado.”), com n= 93 (63,7%) e n=96 (65,8%), respetivamente. Relativamente à questão 14 não existiram respostas a discordar na totalidade da frase que a compõe.

4.3. Fatores influenciadores dos episódios de violência

Ao longo da pesquisa bibliográfica preliminar, foi percebido que determinados fatores possuem influência nos episódios de violência/comportamento agressivo. Como tal, de forma a se entender quais as atitudes dos enfermeiros relativamente a estes fatores, foram realizadas questões nesse sentido que seguidamente se apresentam. A Tabela 3, seguidamente apresentada, exhibe os resultados principais de forma descritiva, relativamente a estes fatores.

Tabela 3: Análise descritiva dos fatores descritos na literatura relacionados com episódios de violência

Itens	n (%)	
A condição patológica da pessoa constitui um fator influenciador.	Concordo totalmente	39 (26,7)
	Concordo	97 (66,4)
	Discordo	9 (6,2)
	Discordo Totalmente	1 (0,7)
A frustração de estar internado é um fator causador de comportamentos agressivos.	Concordo totalmente	22 (15,1)
	Concordo	91 (62,3)
	Discordo	31 (21,2)
	Discordo Totalmente	2 (1,4)
A forma de comunicação verbal, por parte dos enfermeiros, é um fator predisponente.	Concordo totalmente	33 (22,6)
	Concordo	91 (62,3)
	Discordo	19 (13,0)
	Discordo Totalmente	3 (2,1)
A forma de comunicação não verbal, por parte dos enfermeiros, é um fator predisponente.	Concordo totalmente	32 (21,9)
	Concordo	90 (61,6)
	Discordo	20 (13,7)
	Discordo Totalmente	4 (2,7)
A incapacidade de comunicar eficazmente os sentimentos e necessidades, por parte da pessoa, é um fator predisponente.	Concordo totalmente	28 (19,2)
	Concordo	95 (65,1)
	Discordo	17 (11,6)
	Discordo Totalmente	6 (4,1)
A socialização, por parte da pessoa, é um fator predisponente.	Concordo totalmente	25 (17,1)
	Concordo	96 (65,8)
	Discordo	18 (12,3)
	Discordo Totalmente	7 (4,8)

A tabela exibida acima, demonstra a visão dos enfermeiros relativamente aos fatores descritos na literatura. Na sua maioria, os enfermeiros concordam com os fatores evidenciados. Apesar dos resultados próximos, destacam-se a condição psicopatológica da

pessoa com n=97 (66,4%), a socialização da pessoa, com n= 96 (65,8%), e a incapacidade de comunicar de forma eficaz sentimentos e necessidades com n= 95 (65,1%).

Seguidamente, são apresentados os achados que dizem respeito aos fatores descritos na literatura como potenciadores da violência nos contextos clínicos segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais (Tabela 4).

Tabela 4: Análise descritiva dos fatores descritos na literatura segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis/ Categorias (n)		A condição patológica da pessoa constitui um fator influenciador	A frustração de estar internado é um fator causador de comportamentos agressivos.	A forma de comunicação verbal, por parte dos enfermeiros, é um fator predisponente.	A forma de comunicação não verbal, por parte dos enfermeiros, é um fator predisponente.	A incapacidade de comunicar eficazmente e os sentimentos e necessidades, por parte da pessoa, é um fator predisponente	A socialização, por parte da pessoa, é um fator predisponente.
Idade/ 22 aos 35 anos (49)	Média	1,82	2,00	2,02	2,06	1,92	1,94
	Desvio padrão	0,527	0,577	0,661	0,659	0,640	0,517
Idade/ 36 aos 45 anos (51)	Média	1,86	2,06	1,96	1,98	2,04	2,00
	Desvio Padrão	0,566	0,614	0,631	0,678	0,720	0,748
Idade/ 46 aos 66 anos (46)	Média	1,74	2,22	1,85	1,87	2,07	2,22
	Desvio padrão	0,612	0,728	0,698	0,718	0,712	0,786
Sexo/ Masculino (31)	Média	1,71	2,10	1,77	2,00	2,06	2,03
	Desvio Padrão	0,461	0,539	0,617	0,775	0,629	0,795
Sexo/ Feminino	Média	1,83	2,09	1,99	1,97	1,99	2,05
	Desvio o	0,591	0,670	0,669	0,661	0,707	0,673

(115)	padrã o						
Catego ria Profissi onal/ Enferm eiro (74)	Média	1,81	2,12	1,95	2,01	2,00	2,04
	Desvi o Padrã o	0,589	0,682	0,594	0,652	0,702	0,691
Catego ria profissi onal/ Enferm eiro Especia lista (72)	Média	1,81	2,06	1,94	1,93	2,01	2,06
	Desvi o padrã o	0,547	0,603	0,729	0,718	0,682	0,710
Catego ria profissi onal/ EEESM P (35)	Média	1,63	2,03	1,69	1,71	1,97	2,00
	Desvi o Padrã o	0,490	0,664	0,530	0,519	0,664	0,686
Catego ria profissi onal / Especia lidade noutra s áreas (42)	Média	1,93	2,07	2,12	2,07	2,02	2,05
	Desvi o Padrã o	0,558	0,601	0,832	0,838	0,715	0,731
Tipo de Horário /Fixo (40)	Média	1,73	2,08	1,98	1,98	2,03	2,10
	Desvi o Padrã o	0,599	0,656	0,800	0,800	0,768	0,778
Tipo de horário /Turno s (106)	Médi a	1,84	2,09	1,93	1,97	2,00	2,05
	Desvi o Padrã o	0,554	0,640	0,606	0,639	0,662	0,698

Apesar de resultados com médias similares nas diferentes variáveis, importa enumerar os achados mais importantes da terceira parte do instrumento de colheita de dados.

A categoria da idade que abarca enfermeiros dos 22 aos 35 anos (n= 49), considera a forma de comunicação não verbal como o maior fator predisponente com uma média de 2,06 com um D.P. de 0,659 e o fator com menor influência como sendo a condição patológica da pessoa (média 1,82 e D.P. 0,527).

Enfermeiros dos 36 aos 45 anos (n=51), considera que a frustração de estar internado constitui o maior fator com média 2,06 e D.P. de 0,614, seguido da incapacidade da pessoa de comunicar eficazmente sentimentos e necessidades (média de 2,04, com D.P. de 0,720), e, como fator menos influenciador, a condição patológica da pessoa, com média de 1,86 e D.P. de 0,566.

Enfermeiros dos 46 aos 66 anos(n=46), considera o fator frustração de estar internado como o mais influente, com média de 2,22 e D.P. de 0,728, junto com o fator socialização (média de 2,22 e D.P. de 0,786), seguido da incapacidade da pessoa de comunicar eficazmente sentimentos e necessidades com média 2,07 e D.P. de 0,712. Esta categoria de idades considera a condição patológica da pessoa como o fator que menos influência possui (média de 1,74 e D.P. de 0,612).

Ser enfermeiro e do sexo masculino (n=31) considera a frustração de estar internado como o maior fator (média de 2,10 e D.P. de 0,539), seguido da incapacidade de comunicar eficazmente os sentimentos e necessidades (média de 2,06 e D.P. de 0,629). Novamente a condição patológica da pessoa é vista como tendo menor peso (média de 1,71 e D.P. de 0,461).

Enfermeiras do sexo feminino (n=115) atribuem o maior fator à frustração de se encontrar internado (média 2,09 com D.P. de 0,670) e a socialização como o segundo maior (média de 2,05 com D.P. de 0,673). A condição psicopatológica da pessoa constitui o fator com menos impacto, com 1,83 de média e D.P. de 0,591.

Enfermeiros que não possuem especialidade (n=74) consideram os mesmos fatores referidos no parágrafo anterior como mais predisponentes, com médias de 2,12 (D.P. de 0,682) e 2,04 (D.P. de 0,691) respetivamente, e, a condição patológica como menos influente (média de 1,81 e D.P. de 0,547).

Enfermeiros Especialistas (n=72) consideram, de forma similar, a frustração de estar internado e a socialização com a mesma importância, com médias de 2,06 e D.P. de 0,603 e 0,710 respetivamente. Destes, Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica (n= 35), vêm a frustração de estar internado como o maior fator (média de 2,03 e D.P. de 0,664) seguido da socialização (média de 2,00, D.P. de 0,686). Enfermeiros Especialistas em outras

áreas que não Saúde Mental (n=42), consideram a forma de comunicação verbal por parte dos enfermeiros como o maior fator predisponente (média de 2,12 e D.P. de 0,832), seguida da forma de comunicação não verbal (média de 2,07 e D.P. de 0,838) e da frustração de estar internado (média de 2,07 e D.P. de 0,601). Todos os especialistas consideram a condição patológica da pessoa como o fator menos influenciador (média de 1,81 com D.P. de 0,547, média de 1,63 com D.P. de 0,490, e média de 1,93 com D.P. de 0,558 respetivamente).

Enfermeiros que trabalham em regime de horário fixo vêm a socialização como o fator com maior importância (média 2,10 e D.P. de 0,778), e a frustração de estar internado como fator causador de comportamentos agressivos (média de 2,08 e D.P. de 0,656). Enfermeiros que trabalhem em regime de turnos (n=106), consideram a frustração de estar internado como o fator que mais peso tem (média de 2,09 e D.P. de 0,640), seguido da socialização (média de 2,05 e D.P. 0,698) e da incapacidade de comunicar sentimentos e necessidades (média de 2,00 e D.P. 0,662). Estas duas categorias consideram a condição patológica como o fator menos influenciador (média de 1,73 com D.P. de 0,599 e média de 1,84 com D.P. de 0,554 respetivamente).

4.1. Análise correlacional

A análise correlacional realizada centrou-se na identificação das associações estatisticamente significativas entre as variáveis preditoras e a variável de outcome “conotação ofensiva-intrusiva”. Para tal, recorreu-se a uma regressão linear múltipla, cujos resultados se encontram resumidos na Tabela 5.

Tabela 5: Regressão linear múltipla. Variável de outcome: conotação ofensiva-intrusiva ($r^2 = 10.8\%$)

		β [95%]	p-value
Categoria Profissional	Enfermeiro	Referência	Referência
	Enfermeiro Especialista	-5,41 [-10,75; -0,066]	< 0,05*
Título de Enfermeiro Especialista	Enfermeiro Especialista em ESMP	Referência	Referência
	Outra Área de Especialidade	-3,03 [-5,67; -0,38]	< 0,05*

* Significativo a 5%.

A variância explicada pelo modelo foi de 10,8% ($r^2 = 0,108$), o que indica uma contribuição modesta das variáveis preditoras para a explicação da perceção de conotação ofensiva-intrusiva.

Relativamente à categoria profissional, os resultados revelaram que os enfermeiros especialistas apresentam uma perceção significativamente inferior de conotação ofensiva-intrusiva quando comparados com os enfermeiros generalistas ($\beta = -5,41$; IC95% [-10,75; -0,066]; $p < 0,05$). Este resultado sugere que o grau de especialização profissional poderá influenciar a forma como determinados comportamentos são percecionados no contexto clínico.

No que diz respeito ao título de enfermeiro especialista, verificou-se que os enfermeiros especialistas noutras áreas de especialidade reportaram uma conotação ofensiva-intrusiva inferior em comparação com os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) ($\beta = -3,03$; IC95% [-5,67; -0,38]; $p < 0,05$). Este achado poderá refletir diferenças nas abordagens e sensibilidades desenvolvidas em diferentes áreas de especialização.

Quanto aos resultados da regressão linear múltipla, apresentados na tabela 6, permitiram avaliar a relação entre a idade dos profissionais e a perceção de conotação comunicativa.

O modelo revelou uma variância explicada de 6,9% ($r^2 = 0,069$), o que indica uma capacidade explicativa reduzida das variáveis em análise sobre a perceção da conotação comunicativa.

Tabela 6: Regressão linear múltipla. Variável de outcome: conotação comunicativa ($r^2 = 6,9\%$).

		β [95%]	<i>p</i> -value
Idade	22 a 35 anos	Referência	Referência
	36 a 45 anos	-0,024 [-0,97; 0,92]	0,96
	46 a 66 anos	-1,40 [-2,34; -0,43]	< 0,01*

* Significativo a 1%.

No que diz respeito à idade, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a faixa etária mais elevada e a perceção de conotação comunicativa. Os profissionais com idades compreendidas entre 46 e 66 anos apresentaram uma perceção significativamente inferior de conotação comunicativa, quando comparados com o grupo de referência (22 a 35 anos) ($\beta = -1,40$; IC95% [-2,34; -0,43]; $p < 0,01$). Por outro lado, não foram encontradas

diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais da faixa etária intermédia (36 a 45 anos) e o grupo de referência ($\beta = -0,024$; IC95% [-0,97; 0,92]; $p = 0,96$).

Ainda de referir que foram realizadas regressões lineares simples entre as variáveis independentes e a variável de outcome, sendo que mais nenhuma delas apresentou um valor de p menor que 0.05, não sendo por isso apresentadas.

5. Discussão

A discussão tem como finalidade primária dar resposta às questões de investigação, explicar de que forma os resultados contribuíram para essas respostas, e de que forma estas respostas contribuem para o conhecimento científico (Curral & Santos, 2014). Assim, neste capítulo, é feita a discussão dos achados mais importantes.

Perante os resultados encontrados, atendendo às variáveis sócio-demográficas, a amostra obtida foi constituída por 146 indivíduos, e é similar à distribuição nacional em termos de sexo, em que 82,80% dos enfermeiros portugueses pertencem ao sexo feminino e 17,20% ao sexo masculino (Ordem dos Enfermeiros, 2024a). Na amostra obtida 78,80% dos indivíduos pertencem ao sexo feminino e 21,20% ao sexo masculino.

Em termos de distribuição por grupos etários, houve respostas que abrangem todos os grupos, sendo o grupo etário predominante dos 41 aos 45 anos com 18,5% (n= 27) e o menos representado 61 aos 66 anos com 1,4% (n=2), contudo, comparando novamente com os números da Ordem dos Enfermeiros, os grupos apresentam representatividade diferente na sua maioria. O grupo mais próximo é o de 36 a 40 anos, com 16,4% no estudo e, 16,97% a nível nacional. Este fato pode dever-se ao modelo de amostragem ter sido não probabilístico por conveniência-

Em termos de representação entre Enfermeiros Especialistas e Enfermeiros Generalistas, a amostra obtida foi perto dos 50/50, em que 49,7% constituem Enfermeiros Especialistas e 50,30% Enfermeiros não especialistas. Apesar deste fato não representar a realidade portuguesa em 2024, os Enfermeiros não especialistas suplantam em número os Enfermeiros Especialistas em mais de duas vezes (Ordem dos Enfermeiros, 2024), os números obtidos permitem uma comparação mais próxima entre Enfermeiros com e sem especialidade, tornando-se relevante para o equilíbrio da investigação.

Em termos de representatividade das várias especialidades, a amostra não abrange todas, nem com a mesma expressividade que existe a nível nacional. A especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica encontra-se com maior representatividade neste estudo (n=33; 22,6%), seguida da especialidade em Enfermagem médico cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (n=11; 7,5%), Enfermagem de Reabilitação (n=8; 5,5%), Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (n=6), Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (n=5; 3,4%), Enfermagem

Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (n=4; 2,7%), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (n=3; 2,1%), Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação perioperatória (n=2; 1,4%) e, por último Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa sem representantes (n=0). De novo, este fato pode dever-se à técnica de amostragem, além de que os investigadores são da área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

É de salientar que a amostra obtida provém mais da região Norte de Portugal, com 37,7% (n= 55) dos Enfermeiros a trabalhar na Unidade Local de Saúde de São João, também de novo justificável pelo tipo de amostra e pelo local de trabalho do investigador principal ser essa Unidade Local de Saúde.

Em termos de experiência profissional, a amostra é composta por enfermeiros com menos de um ano de experiência, até 41 anos. Assim é possível inferir que, na amostra, existem indivíduos que se enquadram nos vários estágios descritos por Patricia Benner, nomeadamente Enfermeiros Novatos, Novatos Avançados, Competentes, Proeficientes e Peritos (Benner, 2001). Tendo a experiência profissional da amostra em conta, é possível afirmar que em média a amostra é constituída por Enfermeiros Peritos, e atendendo ao D.P., por Peritos e Proeficientes, sendo estes altamente educados e experientes e capazes de estabelecer juízos clínicos de forma intuitiva e de tomar decisões inovadoras, bem como de providenciar um cuidado mais individualizado e de prever problemas futuros que possam ocorrer (Ozdemir, 2019; Benner 2001).

Relativamente ao horário de trabalho, 72,6% dos enfermeiros participantes trabalha por turnos e 27,4% trabalha em horário fixo. Este dado é relevante pois, segundo o estudo Nurses' Early Exit Study (NEXT), horários de trabalho influenciam a exposição dos enfermeiros a episódios de violência, sendo que, por exemplo os profissionais que trabalham apenas em turnos noturnos têm mais do que o dobro do risco (2,17), comparativamente a outros de serem expostos a este fenómeno. Isto pode dever-se a um menor grau de supervisão, escassez de recursos humanos e maior presença de pessoas com potencial para criar este tipo de fenómenos ou em situações de vulnerabilidade (Estryn-Béhar et al., 2008). Além disto, um estudo transversal realizado em 2022, examinou o impacto da dotação de pessoal de enfermagem, horas de trabalho, horas extras obrigatórias e rotatividade em aspetos nos enfermeiros tais como satisfação no trabalho, intenção de sair do local de trabalho e burnout (Park, 2024). Os resultados sugerem que cargas de trabalho excessivas e horas extras de teor obrigatório podem contribuir para o aumento do burnout e da insatisfação no trabalho, fatores que podem estar associados a uma maior exposição à violência no local de trabalho (Park, 2024). Outros autores referem que quanto mais

frequente for a exposição a episódios de violência maior será o número de emoções negativas associadas a este fenómeno, nomeadamente em termos de ansiedade, depressão e stresse (Han et al., (2021); Bittencourt et al., (2021). Outros estudos revelam que a violência traz consequências inevitáveis e imprevisíveis na saúde física e mental dos profissionais de saúde (Raeve et al., 2023; Zhang et al., 2021). A Ordem dos Enfermeiros (2024 c), tem alertado para o impacto crescente da violência no setor da saúde, destacando a necessidade de medidas legislativas e institucionais que promovam ambientes de trabalho seguros.

Apesar dos factos referidos, não foi possível obter uma relação estatisticamente significativa referente ao tipo de horário e às atitudes dos enfermeiros neste estudo.

Atendendo aos resultados obtidos para a ECADA, é possível verificar que a amostra considera que a violência nos contextos clínicos possui uma conotação ofensiva-intrusiva maioritariamente, e seguidamente uma conotação comunicativa, conotação de proteção e destrutiva apresentam ainda resultados significativos. Daqui percebe-se que uma conotação negativa surge relacionada com a violência nos contextos clínicos por apresentar resultados maiores.

Este resultado está de acordo com um estudo realizado na Nigéria, onde foi descoberto que os enfermeiros viam episódios de agressão como ofensivos, destrutivos e intrusivos. Em menor grau, estes episódios são tidos como uma forma de comunicação ou como uma forma de proteção (James et al., 2011). Pazvantoglu et al., (2011), referem que estes episódios são vistos como disfuncionais. James et al., (2011), recomendam o desenvolvimento de programas de educação de forma a mudar as atitudes e de forma a entender se existem fatores de índole cultural associada.

Relativamente à conotação Ofensiva-Intrusiva, salientam-se as respostas às premissas que descrevem a violência como um comportamento inaceitável e desnecessário (n=109, 74,7%), e que não deve ser tolerado (n=105, 71,9%). A amostra, em menor grau, considerou que a agressão é sempre negativa e inaceitável (n= 93; 63,7%), e concorda ainda que intoxica a enfermagem e dificulta o tratamento (n=68; 46,6%).

Nesta dimensão da escala, foi denotado que a amostra se divide relativamente à questão 15, que diz que a violência é expressa de forma deliberada exceto por um psicótico. Aqui, grande parte dos enfermeiros concorda com a afirmação (13,1% responde que concorda totalmente, e 34,9% que concorda), contudo a percentagem dos que discordam é relevante (23,3% discorda, e 12,3% discorda totalmente), demonstrando uma ambivalência nos resultados. Cho, Lim e Kim, (2023), no seu artigo de metodologias mistas intitulado: “Patient Violence towards Mental Health Nurses: A Concept Analysis”, referem que a condição psicopatológica da pessoa pode na verdade levar a que esta desenvolva comportamentos agressivos,

nomeadamente devido a atividade alucinatória e com uma conotação de proteção do seu bem-estar.

Noutro aspeto, e relativamente à conotação comunicativa, a amostra considera a agressão como algo que não oferece novas possibilidades de cuidados, na sua maioria, correspondendo a 54,8 % das respostas (n= 80).

Ao atribuir uma conotação negativa os enfermeiros veem que a relação com a pessoa que se torna afetada. Este resultado é congruente com os achados de Busnello et al. (2022), em que os enfermeiros consideram episódios de violência como algo que fragiliza as relações interpessoais estabelecidas e como interferência na qualidade dos cuidados prestados.

Remetendo para a conotação de comunicação, de teor mais positivo, a amostra considerou também que a violência em contextos clínicos serve como forma de comunicação. Esta constitui a maior ferramenta terapêutica que os enfermeiros possuem, e é importante salientar que as mensagens transmitidas podem ter um cariz voluntário e intencional e dar resposta às necessidades exibidas no momento, e outras um teor involuntário (Phaneuf, 2005). Os achados vão ainda de encontro ao estudo de Pontes et al. (2008), num estudo descritivo-exploratório onde participaram 12 enfermeiros e 14 utentes, em que foi descoberto que a comunicação muitas vezes não é como se anteciparia, já que os enfermeiros têm muitas vezes como prioridade outras funções que não o estabelecimento de relações terapêuticas, e sim procedimentos de índole mais técnica. Os mesmos autores referem ainda que a comunicação deve ser considerada no seu contexto de ocorrência, ou seja, como e quando ocorre, e que se isto não for o caso, a mensagem poderá ser mal interpretada. Desta forma, o enfermeiro precisa de ter consciência como o processo de comunicação ocorre e dos elementos envolvidos nele, e que esta é um ato criativo que exige uma troca entre as pessoas e que produz mudanças na forma de sentir, pensar e atuar dos envolvidos (Pontes et al., 2008).

Khan et al. (2021), no seu estudo transversal realizado no Paquistão (n=843 profissionais de saúde), refere que a principal forma de agressão que é do tipo verbal (45%), e que os principais fatores para a existência de violência contra profissionais de saúde prendem-se com falhas na comunicação, expectativas irrealistas em relação aos cuidados de saúde prestados e a perceção, por parte dos utentes, que os cuidados recebidos eram de qualidade inferior. Além disto, comunicação estabelecida pelos enfermeiros com pessoas, famílias e grupos desempenha um papel crucial na dinâmica da interação clínica (Sequeira, 2014) podendo, em determinadas circunstâncias, influenciar comportamentos agressivos (Vicente, 2016). Estratégias comunicacionais inadequadas, como atitudes autoritárias ou defensivas, podem ser percecionadas como ameaçadoras, contribuindo para a escalada de tensão,

especialmente em contextos clínicos marcados pela vulnerabilidade emocional da pessoa (Vicente, 2016). Isto é especialmente importante para o EEESMP, pois a principal ferramenta de trabalho é a comunicação, quer pela natureza dos problemas que encontra, quer pelo impacto que potencialmente poderá ter na resolução destes (Sequeira, 2014).

No que diz respeito à conotação de proteção, a amostra discorda que a agressão constitui uma forma de proteção na sua generalidade. Esta, segundo a investigação realizada não serve como uma proteção do espaço próprio, nem da privacidade pessoal, nem na sua generalidade. Este achado discorda do que foi encontrado em 2014 no Brasil num estudo exploratório sobre as perceções da equipa de enfermagem relativamente ao comportamento agressivo. Este estudo menciona que a pessoa se pode tornar hostil como resposta a uma ação praticada pela equipa, ou como perceção dos cuidados como uma ameaça à sua integridade. Desta forma o recorrer à violência consiste numa forma de se proteger a si mesmo (Silva et al., 2014).

Por fim, no que diz respeito à conotação destrutiva, é visto que a agressão é um comportamento destrutivo e, por isso, indesejado (n=96; 65,8%), e que é um comportamento violento dirigido a outros e a si mesmo (n= 93; 63,7%). Grande parte da amostra considera ainda a ameaça como parte da agressão em si, com 56,2% das respostas. Aqui é possível verificar que a amostra considerou que concorda que nos episódios de violência existem sentimentos que resultam de danos para a pessoa ou para os outros (n=59, 40,4%). Relativamente a este achado, Duarte et al. (2023), no seu estudo qualitativo que incluiu entrevistas a 26 profissionais de enfermagem, revela que os enfermeiros consideram as agressões físicas e verbais como uma ameaça à sua integridade, sendo algo destrutivo, adotando uma atitude defensiva perante estes episódios. Välimäki et al. (2022), no estudo em que usou a Perception of Agression Scale Versão curta num estudo de corte transversal, menciona que os enfermeiros veem as agressões como algo prejudicial ofensivo e destrutivo, possuindo uma atitude pouco tolerante. Estes autores atribuem este facto à frequência com que estes profissionais de saúde são expostos a este tipo de situações.

Ao relacionar as variáveis é possível verificar que ser Enfermeiro e ser especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica explica em 10,8% ter uma conotação ofensiva-intrusiva face à violência. Os resultados apontam para uma influência da formação e especialização dos profissionais de enfermagem na forma como interpretam ou atribuem conotação a comportamentos potencialmente ofensivos ou intrusivos, sendo que os especialistas – particularmente fora da área da saúde mental – tendem a perceber esses comportamentos como menos intrusivos.

Laiho et al. (2014), no seu estudo em que usou a Attitudes Towards Agression Scale em profissionais de saúde que trabalham nas diversas áreas referentes a saúde mental e psiquiatria na Finlândia, conclui que as conotações atitudinais associadas com a violência diferem de indivíduo para indivíduo, mas, na sua generalidade, possuem uma componente destrutiva. Este autor acrescenta que dar uma conotação ofensiva-intrusiva não se encontrava relacionada com o ambiente de trabalho, o tipo de pessoas cuidadas, género, idade ou experiência profissional do respondente.

Segundo Hamzaoui et al. (2024), a violência faz parte das vivências experienciadas por praticamente todos os enfermeiros psiquiátricos ao longo da sua prática profissional. Estes episódios, que incluem agressões físicas, verbais e ameaças, não são apenas eventos isolados, mas sim elementos recorrentes que comprometem o ambiente terapêutico e geram sentimentos de vulnerabilidade, medo e desrespeito profissional. Esta exposição frequente leva os enfermeiros a interpretar a violência como uma invasão do seu espaço físico e emocional, e afeta a sua perceção de segurança e dignidade no local de trabalho.

Rathobei et al. (2022), destacam que muitos enfermeiros se sentem preparados de forma insuficiente para gerir episódios de violência, o que agrava a perceção desta como algo descontrolado e com uma conotação ofensiva. Os mesmos autores referem que a ausência de formação contínua e de estratégias de coping eficazes contribuem para que a agressão seja vista não como sintoma da patologia dos utentes, mas como um ataque à integridade dos profissionais.

Newman et al., (2024), à semelhança de autores referidos anteriormente, associam a exposição continuada à agressão com consequências negativas para a saúde mental dos enfermeiros, como burnout, stresse pós-traumático e diminuição da satisfação no trabalho. Estas repercussões reforçam a ideia de que a violência não é somente um desafio nos contextos clínicos, mas constitui uma experiência intrusiva que compromete o bem-estar e o desempenho profissional, e desta forma, reforçam a conotação negativa atribuída a estas interações.

Mohammed et al. (2022), no seu estudo descritivo que pretendeu avaliar as atitudes e reações dos enfermeiros em serviços de obstetrícia e de ginecologia face à violência (n=180), chega a conclusões similares, que referem que os enfermeiros que prestam cuidados nestes serviços veem episódios de violência com um olhar mais positivo.

Relativamente à idade, esta explica em 6,9% a atribuição de uma conotação comunicativa à violência nos contextos clínicos, sendo que a faixa etária dos 22 aos 35 anos atribui mais uma conotação de comunicação à violência, quando comparado com a faixa etária dos 46 aos 66 anos. Estes resultados sugerem que os profissionais mais velhos tendem a atribuir menor

carga comunicativa às situações de violência, o que poderá refletir um maior distanciamento emocional ou uma abordagem mais pragmática na interpretação de comportamentos comunicacionais. A ausência de diferenças significativas na faixa etária intermédia poderá indicar que esta transição ocorre de forma mais acentuada apenas a partir de uma determinada etapa da carreira.

Pazvantoglu et al. (2011), concordam com este resultado, estes autores afirmam que enfermeiros com mais idade, com mais anos de experiência e com mais tempo de serviço nos seus departamentos têm tendência a considerar a violência como disfuncional e atribuem este facto a burnout e fadiga profissional. O achado suprarreferido vai ainda de encontro a um estudo levado a cabo na Eslováquia em 2016, em que foi detetado que os Enfermeiros com uma idade superior e com mais anos de experiência atribuem uma conotação mais destrutiva do que comunicativa a episódios de violência em contexto clínico. Este facto advém de terem experienciado mais eventos de violência ou comportamento agressivo (Tomogová et al., 2016). Pelo contrário, em 2009, no Japão, foi descoberto que o staff mais velho e com mais experiência, com maior nível de educação e/ou uma posição mais elevada, tem tendência a ter uma atitude mais positiva perante a agressão (Nakahira et al., 2009). No contexto cultural japonês existe uma tendência para a contenção emocional, tendo como objetivo a manutenção da harmonia social. Este facto pode levar a que os profissionais de saúde evitem expressar emoções negativas tais como a raiva, mesmo em situações de violência (Boiger et al., 2014). Omura et al. (2018) acrescentam que a ênfase na hierarquia profissional e no poder nas relações de trabalho pode dificultar a comunicação entre enfermeiros e, por sua vez, impactar a gestão de conflitos. Sato e Kodama (2021), num estudo com metodologia mista, mencionam ainda que a formação de forma contínua e experiência acumulada favorecem a empatia na abordagem perante a hostilidade e, desta forma, a segurança e bem-estar é promovida.

Além do referido, a postura dos enfermeiros, perante a violência, influenciada por fatores culturais e sociais que se desenvolvam nas suas vidas pessoais e profissionais. Esta visão reflete as atitudes da sociedade em relação a temas como abuso físico, psicológico e sexual (Silva et al., 2024).

No instrumento de colheita de dados, foram colocadas questões referentes à perceção dos enfermeiros quanto aos fatores descritos na literatura que influenciam estes episódios.

Daqui, foi possível perceber que 66,4% (n=97) da amostra concorda que a condição psicopatológica da pessoa constitui um fator influenciador dos comportamentos agressivos/ episódios de violência. Este achado vai de encontro ao estudo de revisão de Whiting et al. (2020), que estudaram a associação entre patologias mentais e violência. Este estudo

menciona que há um incremento do risco relativo de violência caso a pessoa possua um diagnóstico de patologia do foro mental.

É possível perceber que 62,3 % (n = 91) da amostra concorda que o sentimento de frustração associado ao facto da pessoa se encontrar internada é um dos fatores que leva a que esta possa vir a ter algum tipo de comportamento agressivo. Este achado vai de encontro ao estudo de revisão de Kruglansky et al. (2023), que refere que a frustração em si provocará hostilidade na pessoa e que esta está relacionada com a perda de significância de si mesmo tal como feedback sobre a competência, perda de autonomia, dilemas de teor ético ou na falta de atingimento de objetivos pessoais. Esta hostilidade poderá levar a comportamentos violentos, contudo a frustração não levará inevitavelmente à violência.

Crisan et al. (2023), no seu estudo de revisão sobre as facetas múltiplas do comportamento agressivo em doentes psiquiátricos internados, menciona que o ambiente hospitalar é muitas vezes percecionado como restritivo, levando a frustração associada à admissão hospitalar, principalmente quando esta admissão é feita de forma involuntária.

A forma de comunicação por parte dos Enfermeiros é um dos fatores que mais influencia a presença de comportamentos agressivos no universo estudado (n=146). Tanto a comunicação verbal como não verbal constituem fatores predisponentes de forma similar, sendo que a amostra concorda em 62,3% (n=91) que a comunicação verbal, e 61,6% (n=90) que a comunicação não verbal, constituem fatores predisponentes.

Relativamente a estes achados, Baby et al. (2018), no artigo de revisão, mencionam que violência pode ocorrer advinda de várias razões. As interações entre staff e utente constituem um antecedente para este tipo de acontecimentos. Técnicas de comunicação ineficazes e formas de interação negativas são consideradas grandes precursores de agressão e violência. Os mesmos autores acrescentam que programas de treino de competências adequados podem mitigar estes fenómenos.

A incapacidade de comunicar eficazmente o que a pessoa está a sentir é considerada um dos maiores fatores, em que 65,1% (n=95) responde que concorda com esta afirmação. Estes resultados concordam com o estudo de Algwaiz e Alghanim (2012), realizado na Arábia Saudita, onde referem que mal-entendidos em termos comunicacionais contribuíam em 60% para episódios de violência.

A socialização da pessoa constitui ainda um fator maior com 65,8% (n= 96) da amostra que concorda com o pressuposto.

A socialização primária, consolidada nos primeiros anos de vida, constitui a base da estruturação psicológica e relacional do indivíduo, influenciando diretamente a forma como ele irá lidar com afetos, conflitos e normas sociais na vida adulta. Experiências adversas nesse

período — como negligência, exposição à violência ou ausência de vínculos afetivos — estão fortemente associadas à manifestação de comportamentos violentos ao longo da vida. Os enfermeiros, na sua prática assistencial, reconhecem a relevância dessas vivências precoces, especialmente ao atender adultos envolvidos em dinâmicas de violência interpessoal. Um estudo qualitativo recente revelou que os enfermeiros percebem uma ligação clara entre a vivência de situações de violência na infância e a reprodução desses padrões na idade adulta, o que influencia diretamente a forma como estruturam a sua abordagem clínica e comunicacional (Silva & Rocha, 2023).

Posto isto, apesar das contribuições para a compreensão das atitudes dos enfermeiros face à violência, algumas limitações deste trabalho de investigação devem ser reconhecidas.

Quanto ao local de trabalho, a amostra obtida abarca Portugal Continental em quase a sua totalidade, com 80,1% (n=117) de Enfermeiros a trabalhar nas várias Unidades Locais de Saúde distribuídas ao longo do país, 1,4% (n=2) em Instituições Particulares de Solidariedade Social, 6,8% (n=10) em regime privado, e 13% (n=19), em outros locais. Apesar disto, a amostra não alcançou enfermeiros das Regiões Autónomas da Madeira e Açores.—Desta forma, a amostra utilizada pode não refletir totalmente a diversidade de experiências e perceções dos enfermeiros nos diferentes contextos de trabalho, por exemplo a nível insular, a nível comunitário, em serviços de emergência, e atendimento em tele saúde. Além disso, o estudo é baseado em dados autorrelatados, o que pode estar sujeito a viés de resposta, já que os participantes podem ter respondido de acordo com expectativas sociais ou institucionais. Outra limitação reside no tempo de colheita de dados. Esta foi realizada num período único, não permitindo a análise da variação das atitudes ao longo do tempo. Em último lugar, este estudo baseia-se na realidade portuguesa de forma exclusiva, o que poderá limitar culturalmente e de forma organizacional os resultados. Desta forma, recomenda-se que pesquisas futuras ampliem a amostra, utilizem outras metodologias de forma a complementar o estudo e que a pesquisa seja efetuada ao longo de um espaço temporal mais compreensivo.

Importa ainda destacar que o presente estudo encontra-se ainda relacionado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente no ponto 5.2 (“Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico, a exploração sexual e outros tipos de exploração”), 16.1 (“Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade com ela relacionadas, em todos os lugares”) e 16.2 (“Acabar com o abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças”). Esta relação encontra-se na redução dos episódios de violência, o que trará melhorias significativas a nível social e pessoal, e

contribui para o alcance de outros objetivos, nomeadamente os que se relacionam com saúde, sexo, emprego e segurança urbana (OMS, 2022).

O autor supracitado considera ainda que a nível mundial já existe forte prevenção neste aspeto, mas, de forma a haver uma redução de episódios de violência é necessário incrementar conhecimentos sobre a extensão do problema, desenvolvimento e melhoria de programas e serviços de apoio às vítimas e melhoria de usabilidade destes, reforço da aplicação legal e promoção do trabalho multisectorial. O setor da saúde, por exemplo, deveria expandir o seu papel através da melhoria de colheita de dados, e da melhoria dos serviços de apoio (OMS, 2022).

Com base nos resultados, nas limitações identificadas neste estudo e os parágrafos anteriores, reconhece-se a relevância de aprofundar a investigação sobre a temática abordada. Sugere-se assim a realização de estudos comparativos entre os diversos serviços de saúde com o objetivo de identificar variáveis contextuais e culturais associadas às atitudes dos enfermeiros face à violência. Além do referido, investigações que explorem a eficácia de programas de formação específicos sobre o tema podem ser relevantes para a construção de ambientes clínicos mais seguros e preparados. Estudos sobre os impactos da violência na saúde mental dos profissionais, bem como análises da vivência de enfermeiros que passaram por estes episódios, também poderão ser pertinentes para uma compreensão mais aprofundada do fenómeno. Considera-se igualmente relevante investigar as causas da subnotificação de episódios de violência, bem como desenvolver estudos comparativos internacionais que permitam conhecer diferentes realidades culturais e institucionais. Por fim, destaca-se a importância de examinar o papel das políticas institucionais na prevenção da violência, de modo a produzir ambientes mais positivos e seguros.

Dos resultados obtidos, destaca-se ainda a importância do EEESMP na gestão dos fenómenos estudados. Estes possuem competências de teor relacional centrais para a prática de enfermagem, pois de acordo com o Regulamento 515/2018 (2018, p. 21428), o EEESMP ao “interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados”. Este identifica emoções, sentimentos e outros fatores de índole circunstancial ou pessoal que possam envolver-se na relação estabelecida com a pessoa e gere impasses e outras resistências que possam existir (Regulamento 515/2018, 2018). Desta forma o EEESMP pode servir como agente promotor de competências relacionais, tais como comunicação verbal e não verbal, respeito, compreensão, empatia, capacidade de não realizar juízos de valor, e acima de tudo promover a aceitação do outro,

constituindo esta uma atitude que implica que o enfermeiro se liberte de preconceitos (Coelho et al., 2020).

Além do mais, o EEESMP possui competências para prestar cuidados de teor psicoeducacional tanto a pessoas como a grupos ou comunidades e “...desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental” (Regulamento 515, 2018, 2018, p.21430). Desta forma, o EEESMP poderá criar programas que possam levar à mudança de atitudes e visão da violência nos contextos clínicos, bem como uma melhor compreensão dos fatores associados.

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio

6. Conclusão

Este estudo pretende, descrever quais as atitudes dos enfermeiros portugueses face à violência nos contextos clínicos, e identificar a sua relação com os fatores sociodemográficos e profissionais. A pesquisa literária primordial demonstrou que este constitui um problema frequente no mundo e cada vez mais relevante e que afeta relações interpessoais estabelecidas, qualidade de cuidados, saúde mental dos enfermeiros e pessoas que necessitam de cuidados, desempenho dos profissionais de saúde, bem como aumento de custos para instituições e aumenta o absentismo profissional.

Os achados deste estudo demonstram que os Enfermeiros consideram os episódios de violência e comportamento agressivo como algo maioritariamente negativo, com uma conotação maioritariamente ofensiva-intrusiva, indo de encontro a outros achados em estudos de âmbito internacional.

Além do referido, foi achado que enfermeiros mais jovens, ou com menos anos de experiência tendencialmente consideram a violência e o comportamento agressivo com uma conotação de comunicação ou de proteção, ou seja, como algo mais positivo. Este fato pode dever-se a não terem lidado com tantos casos de violência, a burnout profissional ou até à sua formação ser diferente.

A condição patológica da pessoa é vista como o fator que tem menor contributo para estes episódios de violência, sendo que a forma como os enfermeiros comunicam ou a inabilidade da pessoa em comunicar sentimentos e emoções e até a sua socialização, são tidos em conta como os principais fatores que levam a episódios de violência. Este facto é coerente com a literatura.

Salienta-se ainda o papel que a socialização e a visão que a sociedade tem perante episódios de violência e de comportamento agressivo. Esta visão irá influenciar a forma como os enfermeiros gerem as suas atitudes. Associado a este facto, experiências passadas de índole profissional influenciarão a forma como a violência nos contextos clínicos é vista.

Com isto em conta, salienta-se a necessidade de programas de formação mais atualizados e de políticas que promovam ambientes de trabalho mais produtivos e positivos, bem como a necessidade da reflexão e revisão sobre as práticas atuais com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança. Além disto, destaca-se a importância do autoconhecimento, como sendo uma das competências específicas do EEESMP (Regulamento 515/2018, 2018), e em como este deve conhecer as suas atitudes e preconceitos face à violência e, conseqüentemente, tomar uma ação fomentadora de uma

relação interpessoal com âmbito terapêutico. Além do referido os EEESMP possuem no leque de competências o papel de professor, contemplado pela Teoria das Relações Interpessoais. Neste papel, a psicoeducação torna-se fundamental para a redução do estigma associado a estes episódios e de forma a garantir que profissionais e pessoas que necessitem de cuidados em saúde sejam capacitados para gerir estes fenómenos.

A violência nos contextos clínicos constitui um do desafio significativo para a enfermagem. No ensino da enfermagem em geral e no ensino da ESMP em particular, o estudo das atitudes dos enfermeiros perante estas situações permite uma adaptação curricular que capacite os enfermeiros e futuros enfermeiros para lidar com estas questões de forma mais eficaz e humana. Além disso, o ensino baseado em evidências obtidas por meio da investigação sobre as atitudes e percepções dos profissionais pode ajudar a desenvolver abordagens mais eficazes para a prevenção da violência nos serviços de saúde mental (Edward et al., 2022).

A pesquisa sobre as atitudes dos enfermeiros diante da violência contribui para um melhor entendimento dos fatores que influenciam a tolerância, a aceitação ou a rejeição desses comportamentos nos ambientes clínicos. Isso possibilita a formulação de estratégias mais eficazes para a capacitação profissional e para a implementação de políticas de segurança. Estudos longitudinais podem identificar tendências ao longo do tempo, enquanto investigações qualitativas podem fornecer uma visão aprofundada sobre as experiências dos enfermeiros e os impactos emocionais da violência vivenciada (Liu et al., 2023).

A formulação e implementação de políticas de saúde também se beneficiam do estudo das atitudes dos enfermeiros face à violência. Compreender como os profissionais lidam com essas situações pode fomentar a criação de normativas e diretrizes que promovam ambientes de trabalho mais seguros. Além disso, a evidência científica pode orientar políticas de capacitação, suporte psicológico e medidas preventivas, garantindo que os enfermeiros recebem o suporte adequado e estão protegidos contra os impactos negativos da violência (Ramacciati et al., 2020).

Na prática clínica, as atitudes dos enfermeiros em relação à violência influenciam diretamente a qualidade do cuidado prestado. Profissionais preparados para lidar com a agressividade de pessoas com patologias e familiares podem reduzir o impacto emocional desses episódios e manter uma assistência humanizada e ética. Além disso, compreender e modificar atitudes que normalizam ou minimizam a violência pode ser fundamental para a criação de um ambiente mais seguro tanto para os profissionais quanto para as pessoas (Zhang et al., 2023).

Em suma, este estudo contribui para a ampliação do debate sobre a violência nos contextos clínicos em Portugal ao destacar a necessidade de medidas mais concretas de forma a

melhorar a segurança nos contextos clínicos, bem como minimizar os efeitos adversos destes episódios e de manter e aumentar a qualidade de cuidados prestada, beneficiando assim profissionais e pessoas que necessitem de cuidados.

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J., & Fischer, J. (2006). Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BioMed Central psychiatry*, 6, 17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-17>
- AlBashtawy, M., Al-Azzam, M., Rawashda, A., Bathida, A., Bashaireh, I., & Sulaiman, M. (2015). Workplace Violence Toward Emergency Department Staff in Jordanian Hospitals: a Cross Sectional Study. *Journal of Nursing Research*, 23 (1), 75-81.
- Algwaiz, W., & Alghanim, S. (2012). Violence Exposure Among Health Care Professional in Saudi Public Hospitals. *Saudi Medical Journal*, 33(1), 76-82.
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise Fundamentada em Barnaum. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 39(2), 202–210.
- Al-Qadi, M. (2021). Workplace violence in nursing: A concept analysis, *Journal of Occupational Health*, 63 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226>
- Alves, M. & Pereira, M. (2011). Percepção do Comportamento Agressivo Quando Relacionado a Diferentes Faixas Etárias. *Interação em Psicologia*, 15, 149-158.
- Baby, M., Gale, C., Swain, N. (2018). Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggression and Violent Behaviour*, 39, 67-82.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto
- Boiger, M., Mesquita, B., Uchida, Y., & Barrett, L. F. (2014). Defending honour, keeping face: Interpersonal affordances of anger and shame in Turkey and Japan. *Cognition and Emotion*, 28(7), 1255–1269. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.881324>
- Bitencourt, M.R., Silva, L.L., Alarcão, A.C.J., Dutra, A.C., Bitencourt, M.R., Garcia, G.J., Andrade, L., Vissoci, J.R.N., Pelloso, S.M., & Carvalho, M.D.B. (2021). The Impact of Violence on the Anxiety Levels of Healthcare Personnel During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10.
- Bordignon, M., & Monteiro, M. (2016). Violência no trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(5), 618–627. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600087>
- Busnello, G., Trindade, L., Dal Pai, D., Beck, C., Ribeiro, O., Borges, E., & Schoeninger, M. (2022). Violência contra o trabalhador de enfermagem: repercussões no acesso e segurança do

- paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210765.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765pt>
- Cerclé, A. & Somat, A. (1999). *Manual de Psicologia Social*. Dunod; Instituto Piaget.
- Cherry, K (2024). *The Components of Attitude- Formation of an Attitude and How It Can Be Changed*.
<https://www.verywellmind.com/attitudes-how-they-form-change-shape-behavior-2795897>
- Cheung T, Mui J, Ho YS, Chien WT. (2018). A Scale for the Management of Aggressive and Violent Behaviour (C_MAVAS): Psychometric Properties Testing in Mental Health Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15(7), 1-14.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071496>
- Cho, Y., Lim., K. & Kim, H. (2023). Patient Violence towards Mental Health Nurses: A Concept Analysis. *Wiley: Perspectives in Psychiatric Care*, 2023, 496021.
<https://doi.org/10.1155/2023/9496021>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixá-Fortuño, M., & Roldan-Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63-72.
- Correia, L. (2012). *Medo da avaliação negativa e comportamentos agressivos- O ansioso agressivo: Contributo para a validação da escala de Medo da Avaliação Negativa – Versão reduzida e específica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Coimbra.
- Creswell, J. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Creswell, J., & Creswell, D. (2018). *Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, Quantitativo e misto*. (5ª ed.). Penso.
- Crişan, C., Delcea, C., Codilă, V. C., Pop, R., & Bonea, M. (2023). Aggressive Behavior in Psychiatric Hospitalized Patients: A Narrative Review of the Literature. *Archives of Pharmacy Practice*, 14(2), 176-184. <https://doi.org/10.51847/o5GnVYBD3t>
- Curral, L., & Santos, S. (2014). O que é uma boa discussão de resultados?. In J. Gomes & F. Cesário (Eds). *Investigação em Gestão de Recursos Humanos: Um guia de boas práticas* (pp.313-321). Escolar Editora
- Dhalberg, L., & Krug, E. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup), 1163-1178.
- Dahdal, M. (2023). *Violência contra profissionais de saúde: o que é, como agir e mais*. https://sanarmed.com/violencia-contra-profissionais-de-saude-o-que-e-como-agir-e-mais-colonistapremium/#elementor-toc__heading-anchor-3

- Duarte, L. R., Camargo, L. de C., & Soares, N. T. (2023). Violência no trabalho de profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, 48, e13. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/25221pt2023v48e13>
- Duarte, J., Gonçalves, A. & Sequeira., C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. In M. Nené & C. Sequeira. *Investigação em Enfermagem*. (p 15-50). Lidel
- Edward, K., Ousey, K., Warelou, P., & Lui, S. (2022). Nurses' attitudes towards workplace violence: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1234-1246. <https://doi.org/10.xxxx/jan.12345>
- Estryn-Béhar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., Fry, C., ... & Hasselhorn, H. M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 35–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.005>
- Farrington, D. P. (1998). Predictors, causes and correlates of male youth violence. In M. Tonry & M. Moore (Eds.), *Youth violence* (pp. 421–475). University of Chicago Press.
- Farrugia, P., Petrisor, B. A., Farrokhyar, F., & Bhandari, M. (2010). Practical tips for surgical research: Research questions, hypotheses and objectives. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, 53(4), 278–281.
- Hamzaoui, S., Mahfoudh, K., Walha, S., Mezri, D., Ouertani, A., Ouali, U., Aissa, A., & Jomli, R. (2024). *Perception of violence by psychiatric nurses: Behind the scenes*. *European Psychiatry*, 67(S1), S594. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1236>
- Han, C., Chen, L., Lin, C., Goopy, S., & Lee, H. (2021) How Emergency Nurses Develop Resilience in the Context of Workplace Violence: A Grounded Theory Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 53 (9), 1-9.
- Heidemann, L., Araujo, I. & Veit, E. (2012). Um Referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento de pesquisas sobre atitude: a Teoria do Comportamento Planejado de Icek Ajzen. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias* 7(1), 1-10.
- Instituto Nacional de Estatística (2024a). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012942&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística (2024b). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012949&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística (2023). *Inquérito à Segurança no Espaço Público e Privado (ISEPP)* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=625453725&DESTAQUESmodo=2

- International Business Machines (IBM) (2024). *IBM SPSS Statistics*.
<https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
- International Council of Nurses (2019). *ICNP browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- James, B. O., Isa, E. W., & Oud, N. (2011). Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. *African journal of psychiatry*, *14*(2), 130–133. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v14i2.4>
- Jansen, G. (2005). *The attitude of nurses towards inpatient aggression in psychiatric care: the development of an instrument*. [Dissertação, University of Groningen, Department of Health Sciences, Division of Care Sciences].
<https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/14508543/thesis.pdf>
- Khan, M. N., Haq, Z. U., Khan, M., Wali, S., Baddia, F., Rasul, S., Khan, S., Polkowski, M., & Ramirez-Mendoza, J. Y. (2021). Prevalence and determinants of violence against health care in the metropolitan city of Peshawar: a cross sectional study. *BMC public health*, *21*(1), 330. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10243-8>
- Kim, J., Lee, B., & Farber, N. (2019). Where do they learn violence? The roles of three forms of violent socialization in childhood. *Children and Youth Services Review*, *107*, 104494.
- Kristensen, C., Lima, J., Ferlin, M., Flores, R., & Hackmann, P. (2003). Fatores etiológicos da agressão física: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, *8*(1), 175–184. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100020>
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. *World Health Organization*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kruglanski, A. W., Ellenberg, M., Szumowska, E., Molinario, E., Speckhard, A., Leander, N. P., Pierro, A., Di Cicco, G., & Bushman, B. J. (2023). Frustration–aggression hypothesis reconsidered: The role of significance quest. *Aggressive Behavior*, *49*, 445–468. <https://doi.org/10.1002/ab.22092>
- Laiho, T., Lindberg, N., Joffe, G., Putkonen, H., Hottinen, A., Kontio, R., & Sailas, E. (2014). Psychiatric staff on the wards does not share attitudes on aggression. *International journal of mental health systems*, *8*, 14. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-14>
- Lei n.º 21/2014 (2014). Lei da investigação clínica. Diário da República n.º 75, Série I de 2014-04-16. 2450-2465
- Lima, T., Souza, L. & Modesto, J. (2023). Atitudes. In A. Torres, M. Lima, E. Techio, & L. Camino (Orgs.), *Psicologia social: temas e teorias*. (p. 171-202). Blucher.

- Liu, W., Sun, H., & Li, J. (2023). Workplace violence against healthcare workers: An integrative review. *Nursing Open*, 10(2), 987-1001. <https://doi.org/10.1111/no.2023.987>
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2007). *Fundamentos de metodologia científica*. (6.ed). Atlas.
- McKnight, S. (2020). *De-Escalating Violence in Healthcare: Strategies to Reduce Emotional Tension and Aggression*. Sigma Theta Tau International.
- Mendes, D., Mari, J., Singer, M., Barros, G. & Mello, A. (2009). Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 77–85.
- Mohammed, S., Farouk, O., Samir, N. & Morsy, A. (2022). Nurses Attitudes and Reactions Regarding Workplace Violence in Obstetrics and Gynecological Departments. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(4), 323-336.
- Moraes, L., Lopes, M., & Braga, V. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista De Enfermagem*, 19(2), 228–233.
- Moreira, J., Miguel, S., & Frade, A. (2022). Consentimento informado em pesquisa científica: o que devemos saber?. *Cadernos De Saúde*, 14(2), 55-59. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11469>
- Morgans, A. & Allen F. (2005). Getting Ethics Committee Approval for Research: A Beginners Guide. *Australasian Journal of Paramedicine*, 3(3), 1-6. doi:10.33151/ajp.3.3.322
- Moughrabi, S. (2023). Aggression in the Acute Care Setting. *Journal Of Nursing Practice Applications & Reviews Of Research*, 13(2), 61-66.
- Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D. and Hitomi, H. (2009), Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 807-816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02479.x>
- Néné, M. & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem*. Lidel
- Newman, C., Roche, M., & Elliott, D. (2024). Exposure to patient aggression and health outcomes for forensic mental health nurses: A cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 80(4), 877–889. <https://doi.org/10.1111/jan.15775>
- Omura, M., Stone, T. E., & Levett-Jones, T. (2018). Cultural factors influencing Japanese nurses' assertive communication: Part 2 – hierarchy and power. *Nursing & Health Sciences*, 20(3), 289–295. <https://doi.org/10.1111/nhs.12418>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Ajudar enfermeiros a prevenir stress no trabalho*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/ajudar-enfermeiros-a-prevenir-stress-no-trabalho/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2024a). *Estatística de enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Enfermeiros (2024b). *Enfermeiros são as principais vítimas de violência nos serviços de saúde*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/agress%C3%A3o-a-enfermeiros/>
- Ordem dos Enfermeiros (2024c). *OE apela à Assembleia da República para aprovar proposta de lei do Governo*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/violencia-enfermeiros/>
- Ozdemir, N. (2019). The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. *International Journal of Caring Sciences*. 12(2), 1279-1285.
- Özel, M., Balsak, H., & Yildiz, T. (2024). Healthcare workers' safety and emotional exhaustion: Exploring the impact of violence and trust in emergency departments. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 29(2), 106-114. doi:10.1177/25160435241240517
- Park, S. (2024). Nurse Staffing, Work Hours, Mandatory Overtime, and Turnover in Acute Care Hospitals Affect Nurse Job Satisfaction, Intent to Leave, and Burnout: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Public Health*, 69, 1607068. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607068>
- Pazvantoğlu, O., Gümüş, K., Böke, Ö., Yildiz, I., & Şahin, A. R. (2011). Perception of patient aggression among nurses working in a university hospital in Turkey. *International journal of nursing practice*, 17(5), 495–501. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01967.x>
- Pinkhasov, A., Filangieri, C., Rzeszut, M., Wilkenfeld, M., Akerman, M., Divers, J., Oliveras, J., Bostwick, J., Svoronos, A. & Peltier, M. (2022). The Effect of Abuse and Mistreatment on Healthcare Providers (TEAM): A Survey Assessing the Prevalence of Aggression From Patients and Their Families and Its Impact. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 64(3), 136-144,
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência*.
- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento Essencial do Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318.
- Pujol, J., Gras, M., Calvó-Perxas, L., & Vilalta-Franch, J. (2020). Scale for the evaluation of risk of aggressiveness in psychiatric intensive care units. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 48(1), 8–18.

- Raeve, P., Xyrichis, A., Bolzonella, F., Bergs, J., & Davidson, P. (2023). Workplace Violence Against Nurses: Challenges and Solutions for Europe. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 24 (4), 255-264. <https://doi.org/10.1177/15271544231182586>
- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B., Lumini, E., & Rasero, L. (2020). Workplace violence in mental health settings: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(1), 20-32. <https://doi.org/10.xxxx/jpmhn.2020.2032>
- Rathobei, L. M., Dube, M. B., & Nyangu, I. (2022). Nurses' perceptions regarding current skills in minimizing patient's aggression at a selected psychiatric hospital in Lesotho. *American Journal of Nursing Science*, 11(3), 83–92. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20221103.11>
- Regulamento nº 356/2015 (2015) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República II Série, (2015-06-25) (17034-17041).
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República II Série, (2018-08-07) (21427 – 21430).
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 (2001). Aprova, Para Ratificação, A Convenção Para A Protecção Dos Direitos Do Homem E Da Dignidade Do Ser Humano Face Às Aplicações Da Biologia E Da Medicina: Convenção Sobre Os Direitos Do Homem E A Biomedicina, Aberta À Assinatura Dos Estados Membros Do Conselho Da Europa Em Oviedo, Em 4 De Abril De 1997, E O Protocolo Adicional Que Proíbe A Clonagem De Seres Humanos, Aberto À Assinatura Dos Estados Membros Em Paris, Em 12 De Janeiro De 1998. Diário da República n.º I-A série de 03-01-2001. (14-36).
- Rosa, A. (2008). *Violência em Contexto psiquiátrico: Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da ATAS (Attitudes Towards Aggression Scale)* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina do Porto.
- Rosa, A. (2013). Estudo da Adaptação Cultural e Validação da Versão Portuguesa da Attitudes Toward Aggression Scale (ATAS). *Revista de Enfermagem Referência*. 3(10), 69-78.
- Santos, A., Soares, J., Nogueira, L., Araújo, N., Mesquita, G., & Leal, C. (2011). Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64(1), 84–90. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100013>
- Sato, K., & Kodama, Y. (2021). Educational needs for nurses to cope with workplace violence from patients and their families: A mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 749. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020749>
- Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (12), 06-08.

- Serviço Nacional de Saúde 24. (2023). *Emoções, relações e violência*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/emocoes-relacoes-e-violencia/#o-que-e-a-violencia>
- Schraiber, L., D'Oliveira, A., França-Júnior, I., & Diniz, S. (2006). Violência e saúde: Um tema emergente e um desafio para o setor. *Revista de Saúde Pública*, 40, 112–118. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400016>
- Silva, M. J., Fernandes, L., & Pinto, T. (2024). *Atitudes dos enfermeiros frente à violência: Influência da socialização profissional e cultura social*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(1), 115–123. <https://doi.org/10.xxxx/rbe.2024.01034>
- Silva, A., & Rocha, D. (2023). Percepção dos enfermeiros sobre a influência da infância na violência adulta: Um estudo qualitativo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 29, 77–85. <https://doi.org/10.xxxx/rpesm.2023.0077>
- Silva, A., Silva, T., Maftum, M., Paes., M. & Lacerda, M. (2014). Análise de Situações de Pacientes Agressivos em Unidade de Terapia Intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 19 (3), 444-450.
- Smith, M., & Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice*. 4th Edition, F. A. Davis.
- Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P. F., Maguire, B. J., FitzGerald, D., & Begg, S. J. (2020). Organisational intervention for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>
- Strauss, A. (1945). The Concept of Attitude in Social Psychology. *The Journal of Psychology*, 19(2), 329–339. <https://doi.org/10.1080/00223980.1945.9917235>
- Tomogová, M., Boriková, I., Lepiesová M, & Cáp, J. (2016) Nurses' Experience And Attitudes Towards Inpatient Aggression On Psychiatric Wards. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 7(3), 462–469.
- Trevisol, M. & Schoenardie, D. (2023). Ética em pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais: divergências e convergências no tratamento de dados. *Práxis Educativa*. 18, 1–20. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.18.21346.038>
- Tuominen, J., Tölli, S., & Häggman-Laitila, A. (2023). Violence by clients and patients against social and healthcare staff - An integrative review of staff's well-being at work, implementation of work and leaders' activities. *Journal of clinical nursing*, 32(13-14), 3173–3184. <https://doi.org/10.1111/jocn.16425>
- Välimäki M, Lam J, Bressington D, Cheung T, Wong WK, Cheng PYI, et al. (2022) Nurses', patients', and informal caregivers' attitudes toward aggression in psychiatric hospitals: A comparative survey study. *PLoS ONE* 17(9): e0274536. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274536>

- Vicente, S. (2016). *Procedimento dos enfermeiros face ao comportamento agressivo dos utentes no Serviço de Urgência de Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Universidade de Évora.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento* (2ª ed.). Sílabo.
- Withing, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2020). Violence and Mental Disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 150–161. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30262-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30262-5)
- World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, objectives and activities, 2022–2026*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055421>
- World Medical Association. (2024). *Declaration of Helsinki*. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
- Zhang, Y., Jiang, J., & Wang, H. (2023). The role of training in mitigating the impact of workplace violence in healthcare. *BMC Nursing*, 22(1), 45-59. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-04545-4>
- Zhang, J., Zheng, J., Cai, Y., Zheng, K., & Liu, X. (2021). Nurses' experiences and support needs following workplace violence: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1), 28-43.

ANEXOS

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio

ANEXO I: CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio

Cronograma de Realização da Dissertação

	Outubro 2024	Novembro 2024	Dezembro 2024	Janeiro 2025	Fevereiro 2025	Março 2025	Abril 2025
Seleção do tema e autorizações de autores							
Realização e entrega do projeto							
Aprovação do projeto							
Pesquisa bibliográfica							
Colheita de dados							
Análise dos resultados							
Discussão e conclusão							
Entrega							

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio

ANEXO II: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio

Atitudes dos Enfermeiros Portugueses Face à Violência nos Contextos Clínicos

De acordo com o International Council of Nurses (ICN), (2019), Comportamento Agressivo é “Comportamento comprometido: ação ou atitude enérgica de auto assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente.” O mesmo autor define o termo Violência como: “Comportamento agressivo: demonstração enérgica de ações ou do uso desleal de força ou de poder com a finalidade de ferir ou causar dano; maus-tratos ou agressão: ações violentas; agredir; prejudicial; ações ilegais ou culturalmente proibidas para com outros; estado de luta ou conflito pelo poder.”

A violência e comportamento agressivo constituem um problema internacional e nacional. Em Portugal, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, aponta para a aprovação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, reconhecendo o problema da violência nos cuidados de saúde em Portugal ao dizer que é um “fenómeno que afeta a qualidade dos serviços, impedindo que se tornem devidamente sustentáveis, pelas possíveis repercussões na organização e nas relações de trabalho, assim como no desempenho dos trabalhadores” (Resolução conselho de ministros nº1/2022 (2022), p.7).

Desta forma surge este estudo, cujo desígnio principal é descrever as atitudes dos enfermeiros portugueses face à violência, nos diversos contextos clínicos e identificar a sua relação com os fatores descritos na literatura como potenciadores do comportamento agressivo por parte dos profissionais de saúde.

Agradeço, desde já, a colaboração no preenchimento e na difusão deste questionário.

Emanuel Almeida (Investigador Principal)

2023101404@essnortecvp.pt

Profª. Drª. Joana Coelho (Orientadora)

joana.coelho@essnortecvp.pt

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Título do estudo: Atitudes dos Enfermeiros Portugueses Face à Violência nos Contextos Clínicos

Enquadramento: Este estudo encontra-se inserido no trabalho de investigação do âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Emanuel da Silva Almeida, orientado pela Professora Doutora Joana Coelho.

Explicação do estudo: De forma a participar no estudo, ser-lhe-á pedida resposta a um questionário sociodemográfico e profissional, seguido de um instrumento referente às atitudes dos enfermeiros perante a violência e, por fim, um questionário sobre fatores que podem influenciar violência nos contextos clínicos. Todos estes procedimentos serão realizados online. Asseguramos que a participação neste estudo não acarreta qualquer risco ou incómodo para si.

Condições e financiamento: Não haverá lugar a qualquer remuneração pela sua participação no estudo. A sua participação é de âmbito totalmente voluntário. Poderá remover o seu consentimento de forma a deixar de participar no estudo a qualquer momento, e sem penalização alguma. Os investigadores negam quaisquer conflitos de interesse ou agendas secundárias. Este trata-se de um estudo não financiado.

Confidencialidade e anonimato: Todas as informações recolhidas serão confidenciais e tratadas de forma codificada, não existindo divulgação de resultados individuais. Os dados obtidos serão apenas utilizados para este estudo e os investigadores serão os únicos com acesso a estes. Este estudo foi proposto à comissão de ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ___/___/_____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1.sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Parte I

Por favor, responda às questões seguintes, referentes à sua situação socio demográfica e profissional. Apenas uma das opções poderá ser selecionada, nas questões de escolha múltipla.

Idade

- 22 a 25 anos
- 26 a 30 anos
- 31 a 35 anos
- 36 a 40 anos
- 41 a 45 anos
- 46 a 50 anos
- 51 a 55 anos
- 56 a 60 anos
- 61 a 66 anos

Sexo:

- Masculino
- Feminino
- Outro

Local de trabalho:

- ULS do Alto Ave
- ULS de Barcelos/Esposende
- ULS de Braga
- ULS da Póvoa de Varzim/Vila do Conde
- ULS do Médio Ave ULS do Tâmega e Sousa
- ULS de Gaia/Espinho
- ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro
- ULS de Entre Douro e Vouga
- ULS de São João
- ULS de Santo António
- ULS do Baixo Mondego
- ULS da Cova da Beira
- ULS de Viseu Dão-Lafões
- ULS da Região de Leiria
- ULS de Coimbra
- ULS da Região de Aveiro
- ULS de Amadora/Sintra
- ULS de Almada-Seixal

- ULS da Lezíria
- ULS do Estuário do Tejo
- ULS de Loures-Odivelas
- ULS de Santa Maria
- ULS de São José
- ULS do Oeste
- ULS do Médio Tejo
- ULS da Arrábida
- ULS de Lisboa Ocidental
- ULS do Arco Ribeirinho
- ULS do Alentejo Central
- ULS do Algarve

- ULS Matosinhos
- ULS Guarda
- ULS Baixo Alentejo
- ULS Alto Minho
- ULS Castelo Branco
- ULS Nordeste
- ULS Litoral Alentejano
- ULS Alto Alentejo
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
- Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)
- Cuidados Domiciliários
- Trabalho por Conta Própria
- Regime privado
- Outros

Categoria profissional:

- Enfermeiro(a)
- Enfermeiro(a) especialista

Se Enfermeiro(a) especialista, selecione qual a área:

- Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar
- Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Experiência profissional em anos completos: _____

Tipo de horário:

Fixo

Turnos

Parte II**Escala de Conotações Atitudinais da Agressão (ECADA)**

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.

A Agressão...	Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
1-É um exemplo de atitude não cooperante.	1	2	3	4	5
2- É o início de uma relação mais positiva entre o enfermeiro e o paciente	1	2	3	4	5
3- É um comportamento desagradável e repugnante.	1	2	3	4	5
4- É um impulso para perturbar e interferir, com o objectivo de dominar ou prejudicar os outros	1	2	3	4	5
5- Não deve ser tolerada.	1	2	3	4	5
6- Oferece novas possibilidades em cuidados de enfermagem	1	2	3	4	5
7- É uma acto verbal e/ou físico, poderoso, errado, não adaptativo, exercido de forma gratuita	1	2	3	4	5
8- É um comportamento inaceitável e desnecessário.	1	2	3	4	5
9- É quando um paciente tem sentimentos dos quais resultam danos físicos a si mesmo ou aos outros	1	2	3	4	5
10- É uma forma de se proteger.	1	2	3	4	5
11- Em qualquer das formas que assuma, é sempre negativa e inaceitável	1	2	3	4	5
12- É um comportamento violento para os outros ou para si mesmo	1	2	3	4	5
13- É ameaçar causar danos aos outros ou aos objectos.	1	2	3	4	5
14- É um comportamento destrutivo, logo indesejado.	1	2	3	4	5
15- É expressa deliberadamente, excepto quando praticada por um psicótico.	1	2	3	4	5

Atitudes dos Enfermeiros Portugueses Face à Violência nos Contextos Clínicos

16- Envenena o ambiente da enfermaria e entrava o tratamento.	1	2	3	4	5
17- Ajuda o enfermeiro a ver o paciente de outro ponto de vista.	1	2	3	4	5
18- É uma forma de protecção do espaço e da privacidade de cada um.	1	2	3	4	5

Parte III

Por favor, assinale em que medida concorda com as afirmações seguintes.

Na Violência nos contextos clínicos...	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
1- A condição patológica da pessoa constitui um fator influenciador				
2- A frustração de estar internado é um fator causador de comportamentos agressivos.				
3- A forma de comunicação verbal, por parte dos enfermeiros, é um fator predisponente.				
4- A forma de comunicação não verbal, por parte dos enfermeiros, é um fator predisponente.				
5- A incapacidade de comunicar eficazmente os sentimentos e necessidades, por parte da pessoa, é um fator predisponente.				
6- A socialização, por parte da pessoa, é um fator predisponente				

**ANEXO III: CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assinie.*

Título do estudo: Atitudes dos Enfermeiros Portugueses Face à Violência nos Contextos Clínicos

Enquadramento: Este estudo encontra-se inserido no trabalho de investigação do âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Emanuel da Silva Almeida, orientado pela Professora Doutora Joana Coelho.

Explicação do estudo: De forma a participar no estudo, ser-lhe-á pedida resposta a um questionário sociodemográfico e profissional, seguido de um instrumento referente às atitudes dos enfermeiros perante a violência e, por fim, um questionário sobre fatores que podem influenciar violência nos contextos clínicos. Todos estes procedimentos serão realizados online. Asseguramos que a participação neste estudo não acarreta qualquer risco ou incómodo para si.

Condições e financiamento: Não haverá lugar a qualquer remuneração pela sua participação no estudo. A sua participação é de âmbito totalmente voluntário. Poderá remover o seu consentimento de forma a deixar de participar no estudo a qualquer momento, e sem penalização alguma. Os investigadores negam quaisquer conflitos de interesse ou agendas secundárias. Este trata-se de um estudo não financiado.

Confidencialidade e anonimato: Todas as informações recolhidas serão confidenciais e tratadas de forma codificada, não existindo divulgação de resultados individuais. Os dados obtidos serão apenas utilizados para este estudo e os investigadores serão os únicos com acesso a estes. Este estudo foi proposto à comissão de ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Assinatura do investigador: Emanuel da Silva Almeida

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ___/___/___

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ http://portal.arsa.norte.min-saude.pt/portal/pacce/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Fic-beime/Doc/limcao_Helsinquin_2008.pdf
² <http://dre.pt/pdf/odiip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio

**ANEXO IV: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio



APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 041/2024	Código: 2024.067	Data: 17 de dezembro de 2024
-----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Título do estudo de investigação: Atitudes dos Enfermeiros Portugueses Face à Violência nos Contextos Clínicos	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: L1 Resposta Humana processo de doença e saúde	
Investigador responsável: Emanuel da Silva Almeida (orientador: Joana Coelho)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>

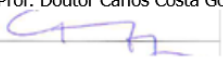
Resumo do Parecer/Recomendações:

Privacidade e confidencialidade: Poderá ser ferida a confidencialidade e privacidade dado à natureza do inquérito: a saber: a idade e o local de trabalho. Sugere-se para a idade a utilização de escala de idades no intervalo de cinco anos.

- deve ser alterado o questionário no que se refere à idade.
- Utilizar escala com intervalo, no mínimo de cinco anos.
- Esta questão é relevante uma vez que se identifica o local de trabalho. Por exemplo: um enfermeiro/a que com idade mais avançada ou no início da carreira profissional pode ser facilmente identificado/a pelas variáveis idade e local de trabalho se for o único com a essa idade.

CONCLUSÃO: Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto com recomendações

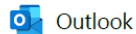
Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 17 de dezembro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
-------------------------------------	---

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio

**ANEXO V: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO AUTOR DA ESCALA
ECADA**

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio



Pedido de Autorização para Uso da Escala "Attitudes Toward Aggression Scale"

De Emanuel Almeida <2023101404@essnortecvp.pt>
Data seg, 14/10/2024 17:18
Para amorim@esenfc.pt <amorim@esenfc.pt>
Cc Joana Coelho <joana.coelho@essnortecvp.pt>

Caro(a) Professor Dr. Rosa Amorim,

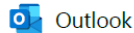
Espero que esta mensagem o encontre bem. O meu nome é Emanuel da Silva Almeida, e sou estudante do segundo ano de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. Atualmente, estou a desenvolver a minha dissertação de mestrado intitulada: "Atitudes dos Enfermeiros Portugueses Face à Violência nos Contextos Clínicos", sob a Orientação da Professora Doutora Joana Coelho. Ao realizar a revisão da literatura preliminar, deparei-me com o seu trabalho de investigação de validação do instrumento: "Attitudes Toward Aggression Scale", constituindo uma ferramenta de colheita de dados adequada para dar resposta aos objetivos do estudo.

Desta forma, teria todo o gosto em utilizar a versão validada para a população portuguesa e, assim, gostaria de solicitar o seu consentimento para utilizar este instrumento no contexto do meu trabalho de investigação, bem como pedir, por favor se poderia facultar a versão mais atualizada.

Agradeço desde já pela sua atenção e disponibilidade. Estou à disposição para fornecer qualquer informação adicional que possa ser necessária.


Com os melhores cumprimentos,
Emanuel Almeida

email: 2023101404@essnortecvp.pt



RE: Pedido de Autorização para Uso da Escala "Attitudes Toward Aggression Scale"

De Amorim Rosa <amorim@esenfc.pt>
Data ter, 15/10/2024 09:35
Para Emanuel Almeida <2023101404@essnortecvp.pt>

 1 anexos (19 KB)
escala_ECADA.pdf;

Bom dia enfermeiro Emanuel, como está?
Antes de mais quero felicitá-lo pela escolha do tema que considero fundamental para melhorar o cuidado e a segurança tanto das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, como dos profissionais de saúde. Envio em anexo a escala ECADA (Escala de Conotações Atitudinais da Agressão) – é esta a designação da versão portuguesa, obtida a partir da validação da ATAS. Naturalmente que tem a autorização para a sua utilização. Se necessitar de alguma ajuda, disponha.
Cumprimentos

Amorim Rosa, PhD
Professor Adjunto
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
amorim@esenfc.pt
Tel. +351966063891

Título da dissertação/trabalho projeto/relatório de estágio