



Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de

Coimbra

Portugal

Santos Rosa, Amorim Gabriel

Estudo de adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Attitudes Toward
Aggression Scale (ATAS)

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 10, julio, 2013, pp. 69-78

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239969013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estudo de adaptação cultural e validação da versão portuguesa da *Attitudes Toward Aggression Scale* (ATAS)

A study of the cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Attitudes Toward Aggression Scale (ATAS)

Estudio de adaptación cultural y validación de la versión portuguesa de *Attitudes Toward Aggression Scale* (ATAS)

Amorim Gabriel Santos Rosa*

Resumo

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

Objetivos: Analisar a validade e a fidelidade de um instrumento capaz de avaliar as conotações atitudinais dos enfermeiros perante os comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico.

Metodologia: Foi realizada análise factorial em componentes principais com rotação ortogonal *varimax* e análise de consistência interna, com os dados de uma amostra não-probabilística de 158 enfermeiros a trabalhar em unidades de psiquiatria.

Resultados: A escala manteve o mesmo número de itens mas viu alterada a sua estrutura factorial. Obteve-se uma solução de quatro factores com satisfatórias propriedades psicométricas, constituindo cada um, uma subscale capaz de avaliar um tipo diferente de conotação atitudinal da violência.

As conotações Ofensiva-intrusiva; Destruativa; Comunicativa e Proteção, correlacionam-se em dois domínios divergentes: o eixo comunicação/proteção, e o eixo ofensa-intrusão/destruição.

Conclusão: A ECADA (Escala de Conotações Atitudinais da Agressão) é um instrumento válido e fiável que permite conhecer os domínios significativos das atitudes dos enfermeiros perante pacientes agressivos contribuindo para a compreensão de diferentes formas de reagir à agressão.

Palavras-chave: violência; agressão; atitudes; enfermagem.

Abstract

Background: Violence toward health professionals has consequences at individual, institutional and social levels. Staff attitudes toward aggression are one of the factors known to be associated with the occurrence of violent incidents, as well as their management.

Objectives: To analyze the validity and reliability of an instrument to evaluate nurses' attitudes towards aggressive behavior in psychiatry.

Methodology: Factor analysis (principal component analysis – PCA – varimax rotated) and the reliability coefficient (Cronbach's alpha) were performed with data from a non-probabilistic sample of 158 nurses working in psychiatric wards.

Results: The scale had the same 18 items as the original, but the factor structure was modified. A four-factor solution with satisfactory psychometric properties was identified. Each factor constitutes a subscale capable of evaluating a different type of attitude toward violence.

The attitudinal dimensions Offensive-intrusive and Destructive versus Communicative and Protective correlate in two basic underlying divergent domains.

Conclusion: The Aggression Scale ECADA (Escala de Conotações Atitudinais da Agressão) is valid and reliable measure of the significant domains in nurses' attitudes towards aggressive patients, contributing to understanding of different ways to react to aggression.

Keywords: violence; aggression; attitudes; nursing.

Resumen

Contexto: La violencia contra los profesionales de la salud tiene consecuencias graves a nivel institucional, individual y social. Las actitudes de los profesionales ante la agresión destacan como un factor determinante de los incidentes violentos y la forma de control que se ejerce.

Objetivos - Analizar la validez y la confiabilidad de un instrumento capaz de evaluar las connotaciones actitudinales de los enfermeros ante la conducta agresiva en el contexto psiquiátrico.

Metodología: Se realizó un análisis factorial de los componentes principales con rotación ortogonal varimax y de consistencia interna con los datos de una muestra no probabilística de 158 enfermeros que se encontraban trabajando en unidades psiquiátricas.

Resultados: La escala mantuvo el mismo número de ítems pero vio alterada su estructura factorial. Se obtuvo una solución de cuatro factores con propiedad psicométricas satisfactorias, constituyendo cada uno una subscale capaz de evaluar un tipo diferente de connotación actitudinal ante la violencia.

Las connotaciones ofensiva-intrusiva, destructiva, comunicativa y protección se correlacionan en dos dominios básicos divergentes: el eje "comunicación/protección" y el eje "ofensa-intrusión/destrucción".

Conclusion: La ECADA (Escala de Conotações Atitudinais da Agressão) es un instrumento válido e fiable que permite conocer las áreas significativas de las actitudes de los enfermeros hacia los pacientes agresivos, contribuyendo así a la comprensión de las diferentes maneras de reaccionar ante la agresión.

Palabras clave: violencia; agresión; actitud; enfermería.

* Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental. Professor Adjunto, ESENFC [amorim@esenfc.pt].

Recebido para publicação em: 28.09.12

ACEITE PARA PUBLICACIÓN EM: 18.04.13

Introdução

A violência no local de trabalho tem vindo a tornar-se num fenómeno alarmante em todo o mundo. Em alguns países atingiu uma dimensão tal que se transformou numa epidemia nacional, o que determinou uma preocupação crescente com o problema, a partir do final dos anos 80 (Chappell e Di Martino, 1998).

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

O fenómeno da violência nos serviços de saúde, apesar de difícil de definir e quantificar, tem-se tornado num problema crescente nas instituições de saúde, particularmente para os enfermeiros (Zampieron *et al.*, 2010), sendo agora reconhecido como uma prioridade de saúde pela OMS e pelo ICN (Magnavita e Heponiemi, 2011). No entanto, a violência nos serviços de saúde continua a aumentar (Kuehn, 2010).

A incidência de episódios de violência dirigida aos enfermeiros é bem conhecida. Estes profissionais constituem o grupo de maior risco e as principais vítimas de violência (Marques e Mendes, 2003; Ferrinho *et al.*, 2003; Jansen, 2005; Lim, 2010; Zampieron *et al.*, 2010), principalmente porque o seu trabalho requer maior proximidade e mais permanência (Marques e Mendes, 2003) e porque a natureza da sua profissão exige múltiplas interações diárias com os doentes (Jansen, 2005).

A associação entre violência, agressão e certas formas de doença mental reúne algum consenso (Palmestierna e Wistedt, 1988; Wallace *et al.*, 1998). Apesar desta relação se mostrar complexa e pouco precisa, verifica-se que os episódios de violência mais referidos pelos enfermeiros são perpetrados por doentes mentalmente instáveis (Zampieron *et al.*, 2010). O fenómeno atinge dimensões mais significativas quando analisamos o que acontece nos

serviços de Psiquiatria. Contudo, conforme afirmam Cornaggia *et al.* (2011) e Zampieron *et al.* (2010), embora bastante frequentes em doentes psiquiátricos, os episódios traduzem-se predominantemente por agressão verbal.

Independentemente do seu tipo, a violência dirigida aos profissionais de saúde implica consequências ao nível individual, institucional e social (Di-Martino, Hoel e Cooper, 2003), afetando diretamente e de forma grave a saúde física e/ou mental dos profissionais atingidos. O nível de saúde geral dos enfermeiros que referem exposição frequente a incidentes violentos é significativamente menor (Cornaggia *et al.*, 2011), prejudicando o seu desempenho e a qualidade dos cuidados, estando associada ao aumento do absentismo por doença, maiores níveis de mudança de local de trabalho, diminuição da satisfação profissional e quebra na produtividade (Zampieron *et al.*, 2010).

Estudos teóricos e empíricos sobre a violência em contexto psiquiátrico mostram que a ocorrência de incidentes violentos e a forma como são geridos pelos profissionais, deve ser entendida como o produto da interação de diversas variáveis: entre elas, as variáveis associadas ao próprio doente (e.g. tipo de patologia); ambiente (e.g. tipo de serviço); e variáveis da equipa (e.g. atitudes). O presente estudo foca uma das variáveis relacionadas com a equipa: as atitudes dos enfermeiros perante a violência, consideradas como fator importante e preditivo do tipo de cuidados prestados (Jansen, Middel e Dassen, 2005).

Este estudo tem como objetivo analisar a validade e a fidelidade de um instrumento capaz de avaliar as conotações atitudinais dos enfermeiros perante os comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico. Utilizámos a ATAS *Attitudes Toward Aggression Scale* após os procedimentos formais de pedido/autorização para a sua utilização.

AT Attitudes Toward Aggression Scale (ATAS)

A ATAS, inicialmente designada como POAS (*Perception of Aggression Scale*), tem vindo a ser desenvolvida desde 1997 por Gerard Jansen. O questionário original era um instrumento de autoavaliação composto por 60 proposições (itens) sobre agressão, listadas de forma aleatória, ou seja, sem qualquer estrutura teórica.

A validade de construto da POAS foi examinada em dois estudos. No primeiro foram identificados três fatores. Em cada fator, os itens tinham correlações \geq

.30 e coeficientes de fidelidade compreendidos entre $\alpha = .70$ e $\alpha = .89$. No segundo estudo, foi encontrada uma solução de dois fatores com correlação item fator $\geq .35$ e coeficientes de fidelidade de $\alpha = .80$ a $\alpha = .88$. Segundo Jansen, Middel e Dassen (2005), o conceito de percepção colide com a utilização, na prática, da escala POAS devido ao caráter avaliativo dos seus itens. Deste modo, passou a ser utilizado o conceito de atitude, o que originou a alteração da designação da escala POAS para ATAS.

A validade de construto da ATAS foi avaliada num estudo comparativo internacional, realizado com uma amostra de 1769 enfermeiros psiquiátricos e estudantes de Enfermagem.

A versão original sofreu uma redução para 18 itens, medidos numa escala tipo Likert, compreendendo 5 dimensões com propriedades psicométricas satisfatórias, a que correspondem 5 tipos diferentes de atitudes medidas pelas seguintes subescalas:

1. Atitude ofensiva - agressão vista como comportamento nocivo, desagradável e inaceitável, incluindo a agressão verbal.
2. Atitude comunicativa - agressão vista como um sinal resultante de um sentimento de inferioridade do doente visando aprofundar a relação terapêutica.
3. Atitude destrutiva - agressão vista como indicador de ameaça, ato de violência ou dano físico.
4. Atitude de proteção - agressão vista como forma de proteção ou defesa do espaço físico e emocional.
5. Atitude intrusiva - agressão vista como intenção de ferir ou causar danos aos outros.

Como não há *scores* de referência conhecidos como pontos de corte, é impossível converter um *score* numa variável categorial do tipo concordância, discordância. Assim, o *score* médio de uma dimensão (atitude) pode unicamente ser interpretado em relação ao *score* médio de outra dimensão (atitude). Quanto maior a pontuação obtida numa subescala, maior a conotação com a atitude aí expressa.

Metodologia

Este estudo consiste na adaptação e validação para a população portuguesa da ATAS que designámos por ECADA Escala de Conotações Atitudinais da Agressão. O processo de validação integrou diversas fases:

1. Tradução da versão original para a língua portuguesa recorrendo a um especialista bilingue.

2. Análise da validade de conteúdo dos itens, realizada por dois especialistas de investigação.
3. Averiguação da tradução e retroversão, realizada por um professor de inglês.
4. Realização de um pré-teste do questionário com o objetivo de identificar eventuais dificuldades na interpretação dos itens, das instruções e da escala de resposta.

O pré-teste foi realizado com uma amostra de 12 estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com experiência de cinco semanas de Ensino Clínico em unidades de internamento de Psiquiatria.

5. Aplicação do questionário e realização da análise de validade de construto e de fidelidade, tendo como objetivo encontrar uma solução factorial coerente com a conceção teórica subjacente (validade de construto), bem como uma análise de consistência interna.

Para o estudo da validade de construto procedeu-se à realização de análises fatoriais em componentes principais (PCA) com rotação ortogonal *varimax* de forma a tornar interpretáveis as soluções que emergiram de cada análise.

Relativamente à decisão do número de fatores a reter na análise, utilizou-se como critério a retenção dos fatores com valores próprios (*eigenvalues*) iguais ou superiores a 1.

Na escolha das soluções fatoriais finais, seguiram-se os critérios definidos por Nunnally e Bernstein (1994):

1. Validade convergente - correlação do item com o fator (factor loading) $\geq .50$;
2. Validade discriminante - correlação (*factor loading*) $< .30$ com os restantes fatores;
3. A solução final encontrada deverá justificar no mínimo 50% da variância total;
4. Concordância entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e a solução encontrada.

No estudo de fidelidade, procedeu-se à análise da consistência interna através do cálculo dos coeficientes *alpha de Cronbach* e da homogeneidade dos itens, através dos coeficientes de correlação corrigidos de cada item com o total da respetiva subescala.

A reprodutividade teste-reteste foi avaliada numa subamostra de 33 inquiridos com um intervalo entre medições de 4 semanas. Para o efeito, foram avaliadas as correlações entre as duas medições e as diferenças de médias.

Amostra

Foi utilizada uma amostra não-probabilística, composta por 158 enfermeiros de ambos os sexos, a trabalhar nas unidades de internamento de Psiquiatria do CHUC (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra).

Os dados foram recolhidos através de um questionário de autopreenchimento sendo a população elegível constituída por todos os enfermeiros a trabalhar nas unidades definidas para a realização do estudo, tendo por base dois critérios de elegibilidade: ter um horário completo; trabalhar em serviços de internamento.

Dos 247 questionários enviados, verificou-se o retorno de 176 (70,4%), dos quais 18 (7,3%) foram eliminados por não estarem corretamente preenchidos. Os restantes 158 questionários (63,97%) constituíram a amostra.

Resultados

A tabela 1 descreve as principais variáveis de caracterização demográfica dos participantes. Os sujeitos representam de forma semelhante ambos os sexos, repartindo-se de forma heterogénea pelas diferentes unidades. Cerca de metade dos enfermeiros (54,4%) trabalha em serviços de doentes em fase aguda; 26,6% trabalham em serviços de doentes crónicos/residentes e 19,0% em serviços de doentes inimputáveis.

A grande maioria dos sujeitos tem como habilitações académicas a licenciatura (81,0%), a categoria profissional de enfermeiro ou enfermeiro graduado (74,7%), dez ou mais anos de experiência profissional (61,4%) e realiza horário rotativo (91,1%).

A grande maioria dos indivíduos tem entre 20 e 49 anos (88,0%) e apenas dois indivíduos (1,2%) têm mais de 60 anos. A idade média é de 37,44 anos com um desvio padrão de 9,75.

TABELA 1 – Frequência e percentagens das variáveis de caracterização demográfica dos participantes (n = 158)

Variável	N	%
Sexo:		
Masculino	82	51.9
Feminino	76	48.1
Idade:		
20 – 29	41	26.0
30 – 39	42	26.6
40 – 49	56	35.4
50 – 59	17	10.8
60 ou mais	2	1.2
Habilitações académicas:		
9º ano ou inferior	3	1.9
Bacharelato	19	12.0
Licenciatura	128	81.0
Outro	8	5.1
Categoria profissional:		
Enf. / Enf. Graduado	118	74.7
Enf. Especialista	30	19.0
Enf. Chefe	10	6.3
Experiência profissional:		
Até 5 anos	42	26.6
6 a 10 anos	19	12.0
Superior a 10 anos	97	61.4
Tipo de horário:		
Horário rotativo	144	91.1
Horário fixo	14	8.9
Tipo de serviço onde trabalha:		
Internamento de doentes agudos	86	54.4
Internamento de doentes residentes	42	26.6
Internamento de doentes inimputáveis	30	19.0

Validade de construto

A validade de construto está diretamente ligada à sua definição e conceptualização, ou seja, traduz a adequação da estrutura conceptual subjacente à construção do instrumento de medida (Fortin, 2003). A análise da validade de construto realizou-se com base em análises fatoriais exploratórias em componentes principais (PCA) com rotação ortogonal *varimax*.

A solução encontrada, apresentada no quadro 1, revela quatro dimensões (fatores) com valores próprios ≥ 1 e que explicam na totalidade 54,76% da variância.

O fator I, designado Conotação ofensiva-intrusiva apresenta um valor próprio de 4.551, integra os itens 1,3,4,5,7,8,11,15,16, e explica 25,28% da variância; o fator II, designado Conotação destrutiva, cujo valor próprio é de 1.930, integra os itens 9,12,13 e 14 e explica 10,72% da variância; o fator III, Conotação comunicativa, apresenta um valor próprio de 1.839, engloba os itens 2,6,17 e explica 10,22% da variância; o fator IV, designado Conotação de proteção, integra

os itens 10 e 18, apresenta um valor próprio de 1.536 e explica 8,54% da variância total.

Feita a análise e extraídos os componentes, verificou-se que os itens 1 e 15 saturam nos respetivos fatores com valores ligeiramente inferiores a .50 e o item 18 apresenta, para além da saturação $\geq .50$ com o fator a que pertence, uma discriminação superior a .30 com outro fator. Desta forma, apesar da ligeira diferença relativamente aos critérios previamente estabelecidos, optou-se por mantê-los nos componentes originais. Finalmente, também o item 14 satura em dois fatores sem descriminar para nenhum (diferença entre *loadings* $<.20$). Após análise da afinidade conceptual, optou-se por considerá-lo no fator II (Conotação destrutiva), ainda que a saturação seja inferior à observada no fator I.

A medida de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) é de .863 e o valor do teste de esfericidade de Bartlett é de $\chi^2 = 835.719$; $p=.000$, o que significa que a amostra é adequada, permitindo prosseguir com a análise fatorial.

QUADRO 1 – Matriz das saturações dos itens na análise fatorial em componentes principais, com rotação ortogonal *varimax* (solução com quatro fatores)

Itens	b^2	Fatores/conotações atitudinais			
		Ofensiva-Intrusiva	Destruativa	Comunicativa	Proteção
Item 1	.357	.491			
Item 2	.452			.626	
Item 3	.604	.753			
Item 4	.495	.687			
Item 5	.593	.748			
Item 6	.596			.695	
Item 7	.549	.696			
Item 8	.679	.785			
Item 9	.628		.761		
Item 10	.707				.817
Item 11	.636	.731			
Item 12	.428		.646		
Item 13	.493		.669		
Item 14	.598	.599	(.462)		
Item 15	.376	.487			
Item 16	.430	.592			
Item 17	.559			.734	
Item 18	.676			.455	(.697)
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	4.551	1.930	1.839	1.536	
% Variância explicada	25,28%	10,72%	10,22%	8,54%	
% Variância acumulada	25,28%	36,00%	46,22%	54,76%	

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

Correlação entre as subescalas

Foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre os componentes usando a soma das pontuações obtidas em cada um dos fatores da escala.

Como pode ser observado no quadro 2, foi encontrada uma correlação positiva moderada fraca entre as dimensões Conotação comunicativa (III) e Conotação de proteção (IV), ($r = .306$) e uma correlação moderada entre as dimensões Conotação ofensiva-intrusiva (I) e Conotação destrutiva (II), ($r = .327$).

Foram encontradas correlações negativas entre as dimensões Conotação ofensiva-intrusiva e Conotação comunicativa, ($r = -.351$); entre as dimensões Conotação destrutiva e Conotação comunicativa, ($r = -.092$) e ainda entre as dimensões Conotação ofensiva-intrusiva e Conotação de proteção, ($r = -.090$). O formato das correlações existentes entre as dimensões da escala e as conotações atitudinais subjacentes sugere a existência de dois domínios básicos divergentes: o eixo comunicação/proteção por um lado, e o eixo ofensa/Intrusão/destruição, por outro.

QUADRO 2 – Correlações entre as subescalas da ECADA

Conotações atitudinais	I	II	III	IV
I – Ofensiva-intrusiva	1	.327**	-.351**	-.090
II – Destrutiva		1	-.092	.100
III – Comunicativa			1	.306**
IV – Proteção				1

** $p < 0,01$

Análise de fidelidade da escala

A fidelidade de um instrumento de medida corresponde ao grau de precisão e consistência dos resultados obtidos em medições repetidas e ao grau de independência dos resultados relativamente a circunstâncias acidentais em que ocorre a medição (Gameiro, 2002).

Na análise de fidelidade, avaliou-se a consistência interna e estabilidade temporal.

A consistência interna foi avaliada através do cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach* para cada uma das subescalas (quadro 3), não sendo calculado para a totalidade dos itens na medida em que as quatro subescalas avaliam atitudes antagónicas como ficou evidente na análise dos coeficientes de correlação.

Os valores podem ser considerados satisfatórios em

três das quatro subescalas: I – Conotação ofensiva-intrusiva ($\alpha = .855$); II – Conotação Destrutiva ($\alpha = .626$) e IV – Conotação de proteção ($\alpha = .622$). Na outra subescala, o valor é um pouco mais baixo. Contudo, atendendo ao reduzido número de itens e à homogeneidade das correlações com o total da subescala a que pertencem, o valor obtido é aceitável. Como nos refere Fortim (2003), o α está relacionado com o número de enunciados de uma escala.

Calculou-se também o coeficiente de correlação corrigido entre o resultado do item e o resultado da subescala. As correlações mostram valores moderados a fortes, apresentando um valor mínimo de .324 (item 2) e máximo de .728 (item 8). Na sua maioria os coeficientes de correlação foram superiores a .400.

QUADRO 3 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e consistência interna, por subescalas.

I – Conotação ofensiva-intrusiva ($\alpha = .855$)	\bar{x}	s	Correlação Item – total corrigido	α se apagado o item
1. É um exemplo de atitude não cooperante.	3.16	1.23	.368	.861
3. É um comportamento desagradável e repugnante.	3.18	1.31	.688	.828
4. É um impulso para perturbar e interferir (...)	3.18	1.19	.571	.841
5. Não deve ser tolerada.	3.27	1.30	.674	.830
7. É um ato verbal e/ou físico, poderoso, errado, (...)	3.44	1.12	.582	.840
8. É um comportamento inaceitável e desnecessário.	3.34	1.27	.728	.824
11. Em qualquer das formas que assuma, é sempre (...)	3.25	1.24	.695	.828
15. É expressa deliberadamente, exceto quando (...)	2.70	1.08	.393	.857
16. Envenena o ambiente da enfermaria e entrava (...)	3.13	1.11	.498	.848

II – Conotação destrutiva ($\alpha = .626$)				
9. É quando um paciente tem sentimentos dos quais (...)	3.84	.93	.390	.571
12. É um comportamento violento para os outros (...)	4.27	.64	.391	.576
13. É ameaçar causar danos aos outros ou aos objectos.	3.89	.75	.462	.522
14. É um comportamento destrutivo, logo indesejado.	3.74	.98	.418	.554
III – Conotação comunicativa ($\alpha = .565$)				
2. É o início de uma relação mais positiva entre (...)	1.74	.89	.324	.543
6. Oferece novas possibilidades em cuidados (...)	2.78	1.25	.459	.321
17. Ajuda o enfermeiro a ver o paciente de outro (...)	2.90	1.12	.365	.479
IV – Conotação de proteção ($\alpha = .622$)				
10. É uma forma de se proteger.	3.21	1.02	.451	-
18. É uma forma de proteção do espaço e da (...)	2.47	1.06	.451	-

Poder discriminativo

Com o objetivo de estudar o poder discriminativo do instrumento, calculou-se o coeficiente de variação das quatro subescalas.

O quadro 4 mostra que o coeficiente de variação dos fatores da ECADA é, à exceção do fator II, superior a 15%, sendo nos fatores III e IV superior a 30%: Fator

I – CV = 25,90/26%; Fator II – CV = 14,54/15%; Fator III – CV = 32,45/32% e o Fator IV – CV = 31,17/31%. Estes valores sugerem que o instrumento (ECADA) tem capacidade discriminatória entre os inquiridos, justificando-se os valores moderados com o facto de a amostra ser pouco diferenciada em termos de cultura profissional.

QUADRO 4 – Estatística - resumo relativa aos quatro fatores da ECADA

Fatores da ECADA	Min-Max	\bar{x}	s	CV [#]
Fator I – Conotação ofensiva-intrusiva	9 – 44	28.64	7.42	25.90
Fator II – Conotação destrutiva	9 – 20	15.74	2.29	14.54
Fator III – Conotação comunicativa	3 – 14	7.42	2.41	32.45
Fator IV – Conotação de proteção	2 – 10	5.68	1.77	31.17

[#]Coefficiente de Variação

Validade Discriminante

Em Portugal não existe nenhuma escala validada que se destine a avaliar percepções ou atitudes dos profissionais de saúde perante a violência. A análise da validade discriminante da escala baseou-se na apreciação do poder discriminativo dos *scores* obtidos e na análise das diferenças de *scores* entre grupos distintos segundo variáveis sociodemográficas e demográficas.

Realizou-se o teste *t* para amostras independentes, utilizando as variáveis género; experiência profissional; uso de medidas restritivas; e função no serviço.

O quadro 5 mostra os valores das médias e desvios padrão dos *scores* obtidos para cada um dos fatores da escala, em função das variáveis.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na subescala Conotação de proteção, ($t_{(156)} = 2.32$; $p < .05$). O grupo feminino obteve níveis mais baixos ($\bar{x} = 5.34$) que o grupo

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

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

Analizando a variável função no serviço, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo da prestação de cuidados e o grupo da gestão na subescala Conotação ofensiva-intrusiva, ($t_{(156)} = 2.30$; $p < .01$). O grupo da gestão obteve níveis mais baixos ($\bar{x} = 22.00$) que o grupo da prestação de cuidados ($\bar{x} = 29.09$).

Finalmente, em relação à variável uso de medidas restritivas verificou-se a existência de diferenças

estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à subescala Conotação ofensiva-intrusiva, ($t_{(156)} = 3.25$; $p < .01$). As médias são mais altas no grupo que usa regularmente medidas restritivas.

A escala mostrou ser sensível a diferenças de género, experiência profissional, função no serviço e uso regular de medidas restritivas podendo as diferenças ser entendidas como indicadores de validade discriminante deste novo instrumento.

Quadro 5 – Testes de diferença de *scores* entre grupos segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais

ECADA	Género	\bar{x}	s	t	p
Fator I	Masculino	29.03	7.46	.687	.493
	Feminino	28.22	7.41		
Fator II	Masculino	15.74	2.26	.019	.985
	Feminino	15.73	2.34		
Fator III	Masculino	7.76	2.49	1.813	.072
	Feminino	7.07	2.27		
Fator IV	Masculino	5.99	1.60	2.321	.022
	Feminino	5.34	1.88		
Experiência profissional					
Fator I	≤ 10 anos	30.08	6.47	1.946	.053
	> 10 anos	27.74	7.86		
Fator II	≤ 10 anos	15.81	2.23	.343	.732
	> 10 anos	15.69	2.34		
Fator III	≤ 10 anos	6.93	1.87	-2.04	.042
	> 10 anos	7.73	2.65		
Fator IV	≤ 10 anos	5.67	1.77	-.029	.977
	> 10 anos	5.68	1.77		
Função no serviço					
Fator I	Prestação de cuidados	29.09	7.12	2.999	.003
	Gestão	22.00	8.96		
Fator II	Prestação de cuidados	15.72	2.31	-.369	.713
	Gestão	16.00	2.10		
Fator III	Prestação de cuidados	7.42	2.33	-.103	.918
	Gestão	7.50	3.53		
Fator IV	Prestação de cuidados	5.66	1.70	-.410	.682
	Gestão	5.90	2.64		
Uso de medidas restritivas					
Fator I	Sim	29.77	7.15	3.252	.001
	Não	25.55	7.36		
Fator II	Sim	19.90	2.40	1.505	.134
	Não	15.28	1.92		
Fator III	Sim	7.30	2.32	-1.06	.290
	Não	7.76	2.62		
Fator IV	Sim	5.69	1.76	.146	.884
	Não	5.64	1.80		

A análise da estabilidade temporal foi analisada pelo teste-reteste, aferindo a reprodutividade dos valores obtidos pela escala.

Foi feita uma segunda aplicação da escala a 33 indivíduos aleatoriamente selecionados da amostra, com quatro semanas de intervalo.

Pela análise do quadro 6, verifica-se que os coeficientes de correlação de Pearson entre as duas aplicações da

escala são significativos ($p < .01$) e elevados do ponto de vista da precisão ($r = .723$ a $r = .878$), com exceção da subescala Conotação destrutiva ($p < .05$; $r = .422$). Verificou-se ainda uma tendência para os resultados (médias) diminuírem da primeira para a segunda aplicação do instrumento, com exceção da subescala Conotação de proteção.

QUADRO 6 – Dados da análise de estabilidade teste-reteste para as diferentes subescalas da ECADA

Subescalas	R	1 ^a avaliação		2 ^a avaliação	
		\bar{x}	s	\bar{x}	s
Conotação ofensiva-intrusiva	.878**	29.33	7.49	26,45	7.01
Conotação destrutiva	.422*	16.06	2.42	14.40	2.53
Conotação comunicativa	.723**	7.33	2.08	6.76	1.92
Conotação de proteção	.752**	5.39	1.69	7.39	2.62

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

Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar a validade e a fidelidade de um instrumento capaz de avaliar as conotações atitudinais dos enfermeiros perante os comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico. Foi feita uma apreciação relativa às características psicométricas da escala.

Recorrendo à análise fatorial, verificou-se que os itens da escala cobrem dimensões distintas. A solução extraída apresenta quatro fatores integrando quatro grandes dimensões: Conotação ofensiva-intrusiva; Conotação destrutiva; Conotação comunicativa e Conotação de proteção.

Esta solução é um pouco diferente da encontrada por Jansen, Middel e Dassen (2005) no estudo comparativo internacional de validação da escala ATAS, que apresenta cinco fatores.

Comparando as soluções encontradas nas duas versões da escala, verificam-se algumas diferenças. O fator I englobou os três itens da dimensão atitude intrusiva e perdeu um item (14) para o fator II Conotação destrutiva que passou de três para quatro itens. Os restantes dois fatores mantêm os mesmos itens nas duas escalas. Esta solução, apesar de não replicar totalmente a versão original, integra, na nossa perspetiva, os principais domínios das atitudes identificadas na teoria.

A análise da correlação entre as subescalas da ECADA sugere a existência de dois grandes domínios divergentes: por um lado a combinação convergente entre os fatores comunicação e proteção, entendidos como comportamento ou energia humana positiva (Jansen, Middel e Dassen, 2005), por outro lado a combinação entre ofensa-intrusão e destruição, entendida como a perspetiva violenta e intrusiva do comportamento agressivo (*idem*).

Comparando estes valores com os encontrados

por Jansen, Middel e Dassen (2005), observa-se a existência dos mesmos dois domínios fundamentais. Concluída a análise fatorial, foi calculado o Coeficiente de Variação dos quatro fatores extraídos para avaliar o poder discriminativo do instrumento nos seus fatores. Os resultados permitem concluir a existência de heterogeneidade (dispersão) nas respostas (*scores*), indicando que o instrumento tem capacidade discriminatória entre os inquiridos.

A fidelidade do instrumento foi determinada por dois métodos: consistência interna e estabilidade temporal. A análise da consistência interna evidenciou razoáveis valores do coeficiente *alpha* de Cronbach, mesmo em fatores com reduzido número de itens. Este método demonstrou que os itens das quatro subescalas são homogéneos, não se distanciando no fundamental da versão original de Jansen, Middel e Dassen (2005). Os valores de consistência interna são muito semelhantes nas duas versões da escala, ao nível das dimensões ofensa-intrusão e proteção. Contudo, o *alpha* das subescalas Conotação destrutiva e Conotação comunicativa são um pouco mais baixos, mas ainda assim, satisfatórios.

A estabilidade avaliada através do método de teste-reteste revelou coeficientes de correlação de Pearson significativos e elevados do ponto de vista da precisão, com exceção da subescala Conotação destrutiva onde os valores poderão ser considerados modestos.

A escala mostrou ainda ser sensível a diferenças de género, experiência profissional, função no serviço e uso regular de medidas restritivas. Assim, estas diferenças podem ser entendidas como indicadores positivos de validade discriminante deste novo instrumento.

Limitações

O estudo foi realizado com uma amostra não-probabilística e de pequena dimensão o que

poderemos considerar uma fraqueza metodológica. Por isso, poderá ser questionado se os resultados da amostra poderão refletir-se como indicadores representativos das conotações atitudinais dos enfermeiros perante a agressão, a nível nacional. Desta forma, exige-se algum cuidado na generalização dos resultados para a população portuguesa.

Conclusão

Em termos globais, verificou-se que o nosso estudo, apesar de algumas diferenças, vai no mesmo sentido dos resultados encontrados em estudos anteriores.

Verificou-se, através das análises efetuadas, que o instrumento reúne indicadores satisfatórios de precisão e validade e que, por isso, pode ser útil na identificação dos principais domínios das atitudes dos enfermeiros perante o comportamento agressivo em contexto psiquiátrico, contribuindo de forma significativa para a compreensão de diferentes formas de reagir aos comportamentos agressivos dos doentes e para o desenvolvimento de processos formativos visando respostas mais adequadas em contextos de prática clínica.

Dada a sua natureza e dimensão, a escala é de fácil utilização, especialmente em amostras de grande dimensão.

Referências bibliográficas

CHAPPELL, Duncan ; DI-MARTINO, Vittorio (1998) - *Violence at work*. Geneva : International Labour Office.

CORNAGGIA, Cesare Maria [et al.] (2011) - Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Research*. Vol. 189, nº 1, p. 10-20.

DI-MARTINO, Vittorio ; HOEL, Helge ; COOPER, Cary L. (2003) - *Preventing violence and harassment in the workplace*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.

FERRINHO, Paulo [et al.] (2003) - Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health* [Em linha]. Vol. 1, nº 1, p. 1-11. [Consult. 10 fev. 2012]. Disponível em [WWW:<URL: http://www.human-resources-health.com/content/1/1/11>](http://www.human-resources-health.com/content/1/1/11).

FORTIN, Marie-Fabienne (2003) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures : Lusociência.

GAMEIRO, Manuel (2002) - Qualidade dos resultados da investigação quantitativa não experimental. Coimbra : ESEAF.

HEWITT, Jeane B. ; LEVIN, Pamela F. (1997) - Violence in the work place. *Annual Review of Nursing Research*. Vol. 15, p. 81-99.

JANSEN, Gerard J. (2005) - *The attitudes of nurses toward inpatient aggression in psychiatric care: the development of an instrument* [Em linha]. [Consult. 22 jun. 2010]. Disponível em [WWW:<URL: http://irs.ub.rug.nl/ppn/289490340>](http://irs.ub.rug.nl/ppn/289490340).

JANSEN, Gerard J. ; MIDDEL, Berry ; DASSEN, Theo W. N. (2005) - An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes toward aggression scale. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 42, nº 4, p. 467-477.

KUEHN, Bridget M. (2010) - Violence in health care settings on rise. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 304, nº 5, p. 511-512.

LIM, Boon-Chuan Eric (2010) - A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. *Singapore Nursing Journal*. Vol. 37, nº 4, p. 18-24.

MAGNAVITA, Nicola ; HEPOUNIEMI, Tarja (2011) - Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 43, nº 2, p. 203-210.

MARQUES, Maria I. D. ; MENDES Aida C. (2003) - A percepção da violência em psiquiatria: perspectiva dos enfermeiros. Referência. Nº 10, p. 39-51.

NUNNALLY, Jum C. ; BERNSTEIN, Ira H. (1994) - *Psychometric theory*. 3^a ed. New York : McGraw-Hill.

PALMESTIerna, Tom ; WISTEDT, Börge (1988) - Prevalence of risk factors for aggressive behaviour: characteristics of an involuntarily admitted population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol. 78, nº 2, p. 227-229.

SULLIVAN, Eleanor J. (1999) - Violence and nursing. *Journal of Professional Nursing*. Vol. 15, nº 5, p. 259-260.

WALLACE, Cameron [et al.] (1998) - Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 172, p. 477-484.

WHITTINGTON, Richard ; SHUTTLEWORK, Stewart ; HILL, Lynda (1996) - Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 24, nº 2, p. 326-333.

ZAMPIERON, Alessandra [et al.] (2010) - Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19, nº 15-16, p. 2329-2341.