

Maria da Graça Pereira Tavares

**Eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência: uma revisão sistemática da literatura**



Fevereiro de 2017



**Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
5.ª Edição**

Maria da Graça Pereira Tavares

**Eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de  
saúde em serviço de Urgência: uma revisão sistemática da literatura**

Dissertação realizada no âmbito da Unidade Curricular  
de Relatório Final

Orientador: Professor Doutor Olivério Ribeiro

**Fevereiro de 2017**



## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todos os amigos com quem partilho sentimentos, que me são próximos e aos quais recorro nos momentos de desalento em busca de segurança e orientação.

Aos meus pais e namorado pela presença constante, pelo seu apoio efetivo e insubstituível em todos os momentos.



## **Agradecimentos**

Este espaço é dedicado a todos aqueles que deram a sua contribuição para que este trabalho fosse realizado.

O trabalho que se apresenta resultou de um longo trajeto, que apesar do meu empenho, não seria possível sem o apoio e estímulo (direto ou indireto) de muitos, aos quais expressei a minha profunda gratidão.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Olivério Ribeiro, por toda a sua disponibilidade, orientação e apoio.

Quero também agradecer à Enfermeira Andréa Marques, pois além da sua ajuda preciosa na realização deste trabalho, encontrei nela uma amiga que não me deixou desistir e que ficará para a vida.

Gostaria também de dedicar este trabalho a todos os colegas Enfermeiros, pois também eles necessitam de “cuidados” no seu local de trabalho, e não podem ser “esquecidos”.

A todos o meu profundo agradecimento. A todos, um muito obrigado!



## Resumo

A violência no local de trabalho é uma questão global com sequelas organizacionais e individuais significativas. O sistema de saúde tornou-se complexo, o doente mais informado/exigente, os profissionais de saúde sofrem as manifestações de descontentamento/violência.

Estabelecemos como objetivos determinar a eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência, determinar qual (ais) o (s) que mais se adequa (m) à prática clínica em Portugal, e determinar a prevalência e descrever os episódios de violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência.

A realização da revisão sistemática da literatura seguiu os princípios propostos pelo *Cochrane Handbook*, efetuou-se em 3 bases de dados, num período de 10 anos. A análise crítica, extração e síntese dos dados efetuou-se por dois investigadores isoladamente.

Dos 366 títulos analisados, 18 cumpriram os critérios de inclusão dos quais 6 envolviam programas de prevenção de violência. Um Programa de treino de gestão da raiva nos Enfermeiros diminuiu o número de incidentes violentos. Criou-se uma Comissão Interprofissional que assegurou a adoção e implementação de Programas de Prevenção. Um Programa aumentou a notificação de incidentes violentos pela avaliação, educação e elaboração de relatórios concisos. Um Programa instituiu Seguranças permitindo que os Enfermeiros se concentrassem nos cuidados. Um Programa educacional permitiu uma aquisição significativa de conhecimentos. As taxas de violência física, verbal e assédio sexual são elevadas, sendo a verbal/psicológica a mais frequente.

Concluimos que são imprescindíveis medidas preventivas, multi-componentes, padronizadas, ajustadas a cada contexto, envolvendo equipas multidisciplinares.

**Descritores:** Violência; Serviço de Urgência; Enfermagem; Avaliação de Riscos.



## **Abstract**

Violence in the workplace is a global issue with significant organizational and individual consequences. The health system has become complex, the patient more informed / demanding, health professionals suffer the manifestations of discontent / violence.

We established as objectives to determine the effectiveness of programs to prevent violence to health professionals in Emergency service, to determine which one (s) is the most appropriate to the clinical practice in Portugal, and to determine the prevalence and to describe the episodes of violence to health professionals in emergency service.

The systematic literature review followed the principles proposed by the Cochrane Handbook, carried out in 3 databases over a period of 10 years. The critical analysis, extraction and synthesis of data were carried out by two researchers alone.

Of the 366 titles analyzed, 18 met the inclusion criteria, 6 of which involved violence prevention programs. A management training program of rabies in nurses decreased the number of violent incidents. It created a Interprofessional Committee which ensured the adoption and implementation of prevention programs. A program increased reporting of violent incidents for evaluation, education and preparation of concise reports. A program instituted Safeties allowing nurses to concentrate on care. An educational program led to a significant acquisition of knowledge. Rates of physical, verbal and sexual harassment are high, with verbal / psychological abuse being the most frequent.

We conclude that preventive measures are essential, multi-component, standardized, involving multidisciplinary teams, and adjusted to each context.

**Keywords:** Violence; Emergency Department; Nursing; Risk Assessment.



# Sumário

	Página
Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrônimos .....	I
Lista de Quadros .....	II
Lista de Figuras .....	III
Lista de Tabelas .....	IV
<b>Introdução</b> .....	21
<b>1 – Enquadramento conceptual</b> .....	27
1.1 – Conceito de violência no local de trabalho .....	27
1.2 – Prevalência da violência em diferentes localizações geográficas .....	29
1.3 – Fatores que contribuem para a violência no local de trabalho .....	32
1.4 – Impacto da violência no local de trabalho .....	32
1.5 – Prevenção da violência no local de trabalho .....	35
1.6 – Colheita e monitorização de dados .....	41
<b>2 – Métodos</b> .....	43
<b>3 – Resultados</b> .....	55
<b>4 – Discussão</b> .....	91
4.1 – Considerações metodológicas .....	91
4.2 – Comprovar a eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência .....	92
4.3 – Prevalência e descrição dos episódios de violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência .....	96
4.4 – Implicações para a prática .....	104
4.5 – Implicações para a investigação .....	105
<b>Conclusões</b> .....	107
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	111
<b>Anexos</b> .....	119

	Página
<b>Anexo I</b> - JBI data extraction form for systematic review of experimental/observational studies .....	121
<b>Anexo II</b> - Tabela 4 - Resumo dos 18 estudos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura (n=18) .....	123
<b>Anexo III</b> - Tabela 5 - Programas focados na formação e aquisição de habilidades individuais e coletivas .....	143
<b>Anexo IV</b> - Tabela 6 - Programas focados nas mudanças no ambiente de trabalho do serviço de Urgência; políticas e procedimentos; e/ou sessões de educação e formação.....	145
<b>Anexo V</b> – Poster apresentado no 3rd World Congress of Health Research .....	147
<b>Apêndices</b> .....	149
<b>Apêndice I</b> – PRISMA 2009 Flow Diagram .....	151
<b>Apêndice II</b> – <i>Print screen</i> do resultado da pesquisa em 3 diferentes bases de dados .....	153

## Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

Cf. – Confira

ENA – Emergency Nurses Association

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EUA – Estados Unidos da América

JBI – Joanna Briggs Institute

PIC[O]D – Participantes, Intervenção, Comparações, *Outcomes* e Desenho

STAI – Inventário de Traços de Estado de Ansiedade

## Lista de Quadros

	<b>Página</b>
Quadro 1 - Ações de prevenção da violência no trabalho .....	27
Quadro 2 - Critérios de Inclusão para o <i>Corpus</i> do Estudo de acordo com a metodologia PIC[O]D .....	37



## Lista de Figuras

	<b>Página</b>
Figura 1 - Fluxograma representativo do resultado da pesquisa da Revisão Sistemática da Literatura .....	46

## Lista de Tabelas

	<b>Página</b>
Tabela 1 - Estudos excluídos após leitura integral do texto .....	47
Tabela 2 - Avaliação Qualitativa dos Estudos Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura .....	49
Tabela 3 - Síntese da Avaliação Qualitativa dos Estudos Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura .....	53
Tabela 4 - Resumo dos 18 estudos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura (n=18) .....	123
Tabela 5 - Programas focados na formação e aquisição de habilidades individuais e coletivas .....	143
Tabela 6 - Programas focados nas mudanças no ambiente de trabalho do serviço de Urgência; políticas e procedimentos; e/ou sessões de educação e formação .....	145



## Introdução

A violência constitui uma das maiores preocupações humanas, é um fenómeno global e dada a sua gravidade tem o interesse de várias organizações, quer a nível mundial quer nacional: Organização Mundial de Saúde, Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, Direção Geral de Saúde (Anderson et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2016a) define *violência* como o uso intencional de força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

Aliás, Milczarek (2010) refere no Relatório Europeu sobre Violência no Trabalho, que ainda se verifica pouco reconhecimento deste problema que afeta entre 5% a 20% dos trabalhadores europeus.

A prevalência da Violência no local de trabalho tem aumentado, e embora os incidentes de violência sejam conhecidos por ocorrerem em todos os ambientes de trabalho, alguns setores de emprego são mais particularmente expostos (Martino, 2002).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho em 2002 referiu que os ambientes de maior risco estão em larga medida concentrados no sector dos serviços, sobretudo nas organizações pertencentes aos sectores da saúde, transportes, comércio a retalho, restauração, banca e educação, nas quais o contacto com "utilizadores"/clientes aumenta o risco de exposição à violência.

Os trabalhadores que têm contato direto com pessoas em dificuldades são os mais suscetíveis, sendo que a violência pode ser considerada uma parte inevitável do trabalho, este é frequentemente o caso no sector da saúde, sendo que de acordo com Martino (2002), a violência neste sector pode constituir quase um quarto de toda a violência no local de trabalho.

Cooper & Swanson (2008) também referem que os profissionais de saúde estão em particular risco de violência no local de trabalho, tendo um dos autores do estudo "*Workplace violence in the health sector: State of the art*" estimado, que estes têm 16 vezes mais probabilidade de sofrer de violência dos doentes / clientes que trabalhadores de outros serviços.

O sistema de saúde tornou-se complexo e o doente cada vez mais informado e exigente, deixando o profissional de saúde exposto, como a face visível da organização de saúde e o que recebe as queixas e as agressões (Anderson et al., 2010). A violência aos profissionais de saúde é hoje uma realidade.

A Organização Internacional do Trabalho, o Conselho Internacional de Enfermagem, a Organização Mundial de Saúde e os Serviços Públicos Internacionais consideram que a violência no trabalho - seja ela física ou psicológica – se tornou um problema global, e que apesar de ter sido durante muito tempo um assunto "esquecido", ganhou um impulso dramático nos últimos anos, sendo agora uma preocupação prioritária tanto em países industrializados, como naqueles em desenvolvimento (International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2002).

A violência no local de trabalho emerge cada vez mais como uma séria ameaça, por vezes letal, para a eficiência e sucesso das organizações, uma vez que provoca perturbações imediatas e muitas vezes de longo prazo nas relações interpessoais, na organização do trabalho e no ambiente de trabalho global, afeta a dignidade dos profissionais e constitui uma fonte importante de desigualdade, discriminação, estigmatização e conflito no trabalho, tornando-se, cada vez mais, num problema de direitos humanos (International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2002).

Dentre os diversos riscos presentes no trabalho em saúde, a violência apresenta-se como um dos mais relevantes, sendo que os funcionários da saúde estão particularmente expostos a ela (International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2002).

A Organização Mundial de Saúde afirma que mais de metade de todos os trabalhadores no sector da saúde devem ter experimentado incidentes violentos nalgum ponto da sua atividade, sendo a dimensão de género um problema evidente dado que a grande maioria dos profissionais da saúde é do sexo feminino (World Health Organization, 2016 b).

Em Portugal, estudos de caso realizados demonstraram que num hospital distrital de dimensão média, situado numa cidade residencial em crescimento rápido, da área metropolitana de Lisboa, 37% dos profissionais de saúde sofreram pelo menos um episódio de violência nos 12 meses anteriores ao estudo (Ferrinho et al., 2003).

Campos (2015) no seu artigo para o Jornal “O Público”, intitulado “*Agressões a profissionais de saúde quase triplicaram em 2014*”, refere que a violência contra os

profissionais de saúde está a ganhar maior visibilidade, sendo que o aumento de mais de 160% nos casos notificados em relação ao ano anterior levou a que médicos e Enfermeiros reclamassem mais medidas de prevenção, e levou os hospitais a instalar “botões de pânico” em locais estratégicos.

Pela análise dos resultados dos Relatórios de Notificação *on-line* de violência contra profissionais de saúde de 2010 a 2014, podemos observar que o grupo profissional que notificou o maior número de episódios de violência foram os Enfermeiros (Direção-Geral da Saúde, 2011; Direção-Geral da Saúde, 2012; Direção-Geral da Saúde, 2013; Direção-Geral da Saúde, 2015).

Os profissionais mais expostos a este fenómeno são os Enfermeiros (de acordo com o número de queixas), e uma parte significativa dos incidentes ocorreu nos hospitais, sobretudo nos serviços de psiquiatria e serviço de Urgência segundo o relatório da DGS de 2015. A expressão jurídica destes casos também é quase nula, contudo em 2014, 72 profissionais de saúde relataram ter apresentado queixa à polícia face aos 32 do ano de 2013, tendo-se verificado um aumento (Campos, 2015).

Sendo os Serviços de Urgência considerados como o atendimento de primeira linha, com uma grande afluência de utentes e tempos de espera imprevisíveis, é nestes serviços que existe uma maior vulnerabilidade dos profissionais face a comportamentos de violência por parte dos utentes e seus familiares; neste sentido, torna-se urgente a implementação de programas para a prevenção da violência aos profissionais dos serviços de Urgência (Esmaeilpour, Salsali, & Ahmadi, 2011).

Além disso, muitos problemas bem conhecidos, tais como a superlotação do hospital, os doentes considerarem que os Enfermeiros os tratam com indiferença, a escassez de Enfermeiros no serviço de Urgência ou os equívocos em relação ao comportamento pessoal, podem resultar em incidentes violentos nos serviços de Urgência (Gacki-Smith et al., 2009). Justificando deste modo o facto de a agressão e a violência serem altamente prevalentes no serviço de Urgência (Gacki-Smith et al., 2009).

Os incidentes violentos não podem ser evitados, portanto, as organizações de saúde devem desenvolver e instituir políticas e procedimentos, a fim de evitar e/ou mitigar os eventos violentos para melhorar a segurança do local de trabalho dos Enfermeiros (Emergency Nurses Association, 2010).

A violência no local de trabalho contra Enfermeiros especialmente nos serviços de Urgência tem sido fruto de estudo em diferentes sociedades particularmente nos países desenvolvidos. Contudo não existe uniformização da colheita de dados e os contextos sociais são bastante diversos o que resulta na incomparabilidade dos resultados dos estudos. Ainda

assim, os resultados têm-se revelado muito úteis na melhoria da segurança dos Enfermeiros em serviços de Urgência (Esmailpour et al., 2011).

A primeira resposta internacional à violência no trabalho no sector da saúde surgiu em 2000, quando a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Public Services International (PSI), lançaram um programa conjunto sobre Violência no Trabalho no Sector da Saúde para sensibilizar profissionais, decisores, doentes e autoridades para o problema da violência no local de trabalho, e deste modo desenvolver políticas sólidas e abordagens práticas para a prevenção e eliminação da violência no sector da saúde, no intuito de se criarem ambientes de trabalho seguros.

Foram então publicadas orientações para lidar com a violência no local de trabalho no sector da saúde e um manual de treino para auxiliar os profissionais na implementação dessas orientações (International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2002).

Duas conferências internacionais ocorreram em Outubro de 2008 ("Juntos, criando um ambiente de trabalho seguro") e em Outubro de 2010 ("A partir de consciencialização para a ação sustentável") em Amesterdão, com o objetivo de aumentar a consciencialização sobre a violência no trabalho no sector da saúde e esclarecer as estratégias para criar ambientes de trabalho livres de violência (World Medical Association, 2016).

A 3ª Conferência Internacional sobre Violência no Sector da Saúde teve lugar em Vancouver, no Canadá, em Outubro de 2012, onde além da sensibilização, forneceu uma plataforma para partilhar os desenvolvimentos internacionais, com especial destaque para as melhores pesquisas e iniciativas práticas de resposta eficaz ao problema (World Medical Association, 2016).

Face ao exposto, somos então obrigados a refletir sobre o panorama da violência nos serviços de Urgência, e neste âmbito surge a questão: qual a eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência? Foi neste contexto que se nos impôs a necessidade de investigar sobre a decisão de utilizar programas de prevenção de violência, o que envolve uma profunda análise crítica e fundamentada na evidência dos estudos disponíveis.

Em Portugal, a evidência sobre violência nos Enfermeiros/profissionais de saúde é escassa. Entre os vários problemas que afetam os Enfermeiros nas organizações de saúde a violência no trabalho afeta não só o indivíduo mas também a organização e a sociedade/doente, podendo até ser nefasta para a saúde do trabalhador.

O presente estudo pretende reunir e sistematizar os resultados da eficácia da utilização de programas de prevenção de violência nos serviços de Urgência, de modo a documentar, atestar/ suportar que as decisões do seu uso se baseiam na melhor evidência disponível.

Consequentemente e com o intuito de situar a problemática foram enunciadas a seguintes **questões de investigação**:

- Qual a eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência?
- Qual a prevalência de episódios de violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência?

Visando abordar respostas orientadoras e delimitar o campo de pesquisa desta revisão definiram-se como **objetivos**:

- Determinar a eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência;
- Determinar qual (ais) o (s) programa (s) para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência que mais se adequa (m) á prática clínica em Portugal;
- Determinar a prevalência e descrever os episódios de violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência.

Para se atingirem os objetivos propostos, estruturou-se o trabalho de investigação em duas partes principais, a primeira dominada pelo enquadramento teórico e a segunda composta pela revisão sistemática da literatura em si.

Assim, após a introdução surge a primeira parte onde é apresentada a revisão da literatura sobre a violência, sendo abordados: a evolução conceptual da violência no trabalho, as suas condutas e caracterização, a sua classificação, as suas causas, consequências, a legislação aplicável, a prevenção e a intervenção em situações de violência no trabalho.

A segunda parte do estudo inicia-se com a descrição pormenorizada da metodologia de investigação, que engloba: o tipo de estudo; formulação da questão problema; localização e seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; colheita de dados.

De seguida procede-se á análise e apresentação dos dados resultantes da análise dos estudos englobados na revisão sistemática da literatura; interpretação dos resultados

com o confronto com o referencial teórico identificado, bem como outros estudos prévios; aperfeiçoamento e atualização da revisão. Finalmente são apresentadas as principais conclusões, as limitações e as sugestões para futuras linhas de investigações nesta área do conhecimento.

## 1. Enquadramento conceptual

Não existe uma definição uniforme/única do que se entende por violência no trabalho (Milczarek, 2010). Existem uma série de definições, algumas apenas só em termos de agressão física real ou tentada, e outras definindo-a como qualquer comportamento destinado a prejudicar os trabalhadores ou suas organizações.

Dado que tanto o abuso não-físico, como o abuso verbal e ameaças, podem ter graves consequências psicológicas e na carreira, uma definição ampla de violência no local de trabalho será usada nesta revisão sistemática da literatura.

### 1.1 Conceito de violência no local de trabalho

Usaremos a definição de violência no local de trabalho, que tem sido amplamente aceite e que a considera como: "Incidentes onde os funcionários são abusados, ameaçados ou agredidos em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo as deslocações de e para o trabalho, envolvendo um desafio explícito ou implícito para a sua segurança, bem-estar ou a saúde", e que inclui tanto a violência física e não-física, encontrando a sua expressão em agressão física, homicídio, abuso verbal, bullying / mobbing, assédio sexual / racial e ameaças (World Health Organization, 2016c).

Num estudo português em que se entrevistaram representantes institucionais do Sector da Saúde, foi reconhecida por todos a importância da violência contra profissionais de saúde bem como as suas consequências; foi igualmente consensual a carência generalizada de definição institucional de políticas de abordagem do problema. Foi esta lacuna que a Direcção-Geral da Saúde pretendeu colmatar com um enquadramento global da abordagem da violência contra os profissionais de Saúde no local de trabalho, concretizando uma prioridade do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Direcção-Geral da Saúde, 2006).

O Plano Nacional de Saúde menciona a violência contra profissionais de saúde como um problema de particular relevância, propondo medidas de promoção ao seu combate, com ênfase na prevenção e no sentido de uma *tolerância zero para qualquer tipo de violência*. São propostas intervenções a nível macro (sociais, políticas e legais), meso

(normativas com linhas orientadoras para dirigentes, profissionais de saúde e utentes, realçando as condições de trabalho e de acesso aos Serviços de Saúde) e micro (procedimentos de segurança, mecanismos de notificação de incidentes, formação em comunicação e resolução de conflitos...) (Direção-Geral da Saúde, 2006).

A Direção-Geral da Saúde (2006) refere ainda na sua circular, que o Plano Nacional de Saúde realça também a necessidade de existirem mecanismos para lidar com a violência quando esta acontece, e sistemas de apoio à vítima, de investigação do incidente e de responsabilização do agressor.

A Direção-Geral da Saúde (2015) no seu documento “Violência contra profissionais de saúde: notificação *on-line* 2014” relata que em Portugal o direito à não-violência está consagrado na Constituição da República Portuguesa, fazendo parte dos seus princípios fundamentais (o princípio da igualdade, o direito de resistência e o direito à integridade física e moral); deste modo a discriminação, a ameaça/agressão verbal, pressão moral e o assédio sexual constituem crimes particulares, e a ofensa à integridade física grave e ofensa à integridade física qualificada são crimes públicos.

A Direção-Geral da Saúde publicou a 07-04-2006 a Circular Informativa nº 15/DSPCS com o título “Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais”, que constitui uma abordagem integradora da prevenção/resolução da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho, uma vez que a violência neste contexto se considera como uma disfunção grave do sistema e, como tal, deve ser combatida (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Esta circular definiu ainda a violência no local de trabalho como “*os incidentes onde o profissional é ameaçado, abusado ou agredido em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo as deslocações de e para o trabalho que comprometem, explicita ou implicitamente a sua segurança, bem-estar ou saúde*”. A mesma circular, refere que as agressões físicas, ameaças de agressão física e a violência psicológica (que consiste em atos repetidos, indesejados, impostos e não correspondidos) podem ter na vítima um efeito devastador; que o assédio moral pode consistir em ataques/agressões verbais e físicas, bem como em atos mais subtis como a desvalorização do trabalho de um colega ou o isolamento social; e que a violência no local de trabalho pode abranger tanto a violência física como a psicológica (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Nesse âmbito, foi concebido o *Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho* pela Direção-Geral da Saúde com a finalidade de promover a colaboração das instituições de saúde e das várias associações do Setor da

Saúde, para dar apoio às iniciativas locais, e como promotor da partilha das experiências desenvolvidas Direção-Geral da Saúde (2016).

Os objetivos iniciais do *Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho* passaram por disponibilizar um sistema de notificação *on-line* dos episódios de violência contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, de cariz voluntário e anónimo, a nível nacional, o NOTIFICA, que é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes: relacionados com a prestação de cuidados de saúde; relacionados com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho; e relacionados com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes (acedível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx>).

Outro objetivo do *Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho* era disponibilizar documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem da violência contra profissionais de saúde (como questionários, exemplos de normas internas, *check-lists*, etc.); e partilhar experiências organizativas na abordagem da violência contra profissionais de saúde.

O NOTIFICA está disponível no *site* da Direção-Geral da Saúde, pode ser preenchido *on-line* em <https://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx>, e desde 2007 tem produzido relatórios anuais para dar a conhecer o resultado da análise dos episódios, os quais podem ser consultados *on-line* em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.aspx>. O tipo de violência é descrito de acordo com as variáveis do formulário englobando as seguintes categorias: violência física; discriminação/ameaça; injúria; difamação; pressão moral; assédio sexual; calúnia; e violência contra a propriedade pessoal.

## **1.2 Prevalência da violência em diferentes localizações geográficas**

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002) difundiu a Facts n°24, uma ficha informativa com o tema Violência no Trabalho, onde divulgou que os resultados de um Estudo da União Europeia revelavam que 4% da população ativa referia ter sido vítima de violência física por parte de pessoas estranhas ao local de trabalho, e que muitas mais pessoas terão sido objeto de ameaças e insultos ou de outras formas de agressão psicológica fora do local de trabalho.

O Eurofound (2015) executou o 6º Inquérito Europeu às Condições de Trabalho na Europa que almejava capturar a incidência de vários tipos de comportamento social adverso: abuso verbal, atenção sexual indesejada, ameaças e comportamento humilhante no mês anterior à pesquisa, e a ocorrência de violência física, sexual assédio e intimidação / assédio ao longo dos 12 meses anteriores. Este inquérito conclui que em 2015 17% das mulheres e 15% dos homens, relataram terem sido expostos a comportamento social adverso, e 7% de todos os trabalhadores relataram ter sofrido algum tipo de discriminação (acima de 5% em 2005 e 6% em 2010).

A Direção-Geral da Saúde (2006) referia, na sua circular, que a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho se revelava um problema generalizado e muito frequente não só em Portugal mas em todo o Mundo e que se calculava que cerca de 50% dos profissionais de saúde sofriam pelo menos um episódio de violência física ou psicológica em cada ano.

A verdadeira incidência da violência em ambiente de cuidados de saúde é difícil de estimar dadas as diferentes definições de violência no local de trabalho que podem ser adotadas por agências diferentes, diferentes sistemas de recolha de dados para diferentes tipos de violência, e dada a significativa subnotificação de incidentes de violência por parte dos trabalhadores de saúde (Cooper & Swanson, 2008).

O baixo registo de ocorrências é evidenciado em diversos estudos e pode estar relacionado com o conceito que os profissionais têm de que a violência é algo que faz parte da sua profissão (Nachreiner et al., 2007). Neste caso é fundamental criar medidas para incentivar os profissionais a declararem os episódios de violência de que são vítimas.

No Reino Unido, em comparação com o risco médio de agressões e ameaças em todas as profissões, nos cuidados de saúde os trabalhadores têm um risco três a quatro vezes mais elevado. Na Finlândia, um em cada dez trabalhadores da saúde relatou ter sofrido um incidente violento relacionado com o trabalho no ano passado, e cerca de um terço dos Enfermeiros suecos sofreram violência nalgum momento da sua profissão (Cooper & Swanson, 2008).

Na Colúmbia Britânica, os Enfermeiros têm quase quatro vezes mais a incidência de violência do que qualquer outra profissão, enquanto que na Austrália, 73 por cento dos médicos que trabalhavam em áreas rurais experimentaram abuso e ameaças verbais relacionadas com o trabalho. Praticamente inexistentes são os dados das nações em desenvolvimento, sendo que o nível de violência contra profissionais de saúde nesses países não está documentado (Cooper & Swanson, 2008).

No seu estudo, Crilly et al. (2004) verificaram que 70% dos Enfermeiros entrevistados relataram 110 episódios de violência num período de 5 meses na Austrália, o que corresponde a 5 incidentes por semana; ser insultado e empurrado foram as duas formas mais comuns de violência verbal e física.

Ryan & Maguire (2006) realizaram um estudo transversal para explorar a experiência de violência entre os Enfermeiros de serviço de Urgência na Irlanda, sendo que os achados sugerem que 81-89% dos Enfermeiros tinham sofrido violência verbal no mês anterior e a percentagem total de violência física foi de 25,7% durante o mesmo período.

Gacki-Smith et al. (2009) realizaram um estudo transversal nos Estados Unidos da América (EUA) com a Associação de Enfermeiros de urgência (ENA) sobre as experiências e percepções de violência por parte de doentes e visitantes, tendo descoberto que 25% dos entrevistados haviam sofrido violência física mais de 20 vezes nos últimos 3 anos, e que 20% tinham sofrido abuso verbal mais de 200 vezes no mesmo período.

Um estudo americano revelou que quase um terço dos Enfermeiros tinham experimentado agressão física e / ou psicológica no local de trabalho (Campbell et al., 2011).

O Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2000) desenvolveu um documento de opinião onde analisa os conceitos de risco e penosidade na prática de enfermagem. O capítulo dedicado à violência faz uma breve referência ao aumento de violência na sociedade e apresenta fatores como pouca segurança e horas de trabalho (24h/dia), para explicar a alta taxa de violência contra os profissionais de saúde. Este documento refere ainda que as mulheres e os responsáveis de enfermagem são os mais vulneráveis a ataques, tal como os que trabalham nas Urgências e na Psiquiatria.

Ferrinho et al. (2003) no seu relatório, após a análise de documentos institucionais (22 relatórios), chegou a algumas conclusões: a maioria da violência relatada é verbal; a violência relatada é igualmente distribuída entre Enfermeiros, médicos e outro pessoal; a violência hospitalar é mais relatada por Enfermeiros; os agressores da violência relatada são na sua maioria mulheres; a maioria da violência relatada ocorre durante o período de verão; a violência relatada ocorre usualmente entre membros do mesmo sexo; o pessoal envolvido confrontou o agressor imediata e vigorosamente, o que sugere falta de competências na área da resolução e prevenção de conflitos.

O último relatório da Direção-Geral da Saúde (2015) concluiu que durante o ano de 2014 o número total de notificações de episódios de violência exercida sobre os profissionais de saúde foi de 531, o que representa um aumento de 160% em relação a 2013, que teve apenas 202 notificações (Direção-Geral da Saúde, 2014). Quem mais

notificou foram profissionais de saúde do sexo feminino, enfermeiras. O espaço físico mais referido foi a Consulta Externa, seguida dos Serviços de Urgência, dos Serviços de Medicina (adultos), e dos Serviços de Internamento de Psiquiatria (Direção-Geral da Saúde, 2015).

### **1.3 Fatores que contribuem para a violência no local de trabalho**

Para Cooper & Swanson (2008) a violência no trabalho tem a sua origem numa série de fatores, como por exemplo os individuais (o sexo dos trabalhadores, doença mental, álcool ou uso de drogas) que podem aumentar o risco de violência para os profissionais de saúde.

Podem também aumentar o risco de violência fatores organizacionais, ambientais (má iluminação, falta de segurança e acessibilidade de objetos que podem ser usados como armas), e a existência de poucos funcionários /rácios desadequados (podem aumentar o risco de violência devido a longos tempos de espera do paciente e os trabalhadores estarem sós com doentes) (Cooper & Swanson, 2008).

Cooper & Swanson (2008) afirmam ainda que fatores geradores de stress no local de trabalho tais como, fraco apoio de supervisores, sobrecarga de trabalho, relações de grupo de trabalho pobres, ou alterações no local de trabalho iminentes, como a redução ou reestruturação, também podem aumentar o risco de agressão no local de trabalho.

Finalmente, fatores sociais mais amplos, tais como mudar as normas sociais em torno da aceitação de agressão ou redução pode ter um impacto sobre o risco de violência no local de trabalho. Os profissionais de saúde também prestam serviços em ambientes perigosos, como entre os refugiados de guerra ou em regiões devastadas pela guerra, que pela sua natureza, expõem os trabalhadores a mais riscos físicos e mentais (Cooper & Swanson, 2008).

### **1.4 Impacto da violência no local de trabalho**

A violência no local de trabalho considera-se uma ameaça ao bom funcionamento do Sector da Saúde, estando associada a um maior absentismo por doença, maiores níveis de mudança de local de trabalho, menor satisfação profissional, quebra na produtividade, aumento das queixas e litigações, e aumento dos prémios de seguros (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Para a Direção-Geral da Saúde (2006), a violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho deve ser considerada como uma disfunção grave do sistema de saúde e, como tal, combatida.

A violência no trabalho pode desencadear uma série de consequências físicas e psicológicas nas vítimas. A maioria das vítimas de violência no local de trabalho também relata ficar afetado emocionalmente pela experiência. Experiências emocionais à violência física e emocional podem incluir raiva, choque, medo, depressão, ansiedade e perturbações do sono (Cooper & Swanson, 2008).

Além disso, os mesmos autores consideram que a violência no local de trabalho pode afetar a carreira de um trabalhador, uma vez que aqueles que estão intimidados no trabalho são muito mais propensos a relatar que planeiam deixar os seus empregos. Não há praticamente nenhuma informação sobre o impacto financeiro da violência no local de trabalho sobre os indivíduos, em termos de salários perdidos pelo tempo fora do trabalho, ou estratégias de *coping* negativas, como o aumento da ingestão de drogas, álcool e cigarros. A prestação de serviços de saúde pode sofrer com a ameaça de violência no local de trabalho, assim, os prestadores de cuidados de saúde ao temerem a população que estão a servir, podem degradar a qualidade dos seus cuidados como consequência (Cooper & Swanson, 2008).

A ação mais comum do empregador para a redução da violência contra os profissionais de saúde é o treino sobre como minimizar e controlar a violência, no entanto, não há informações sobre o custo desta formação para os empregadores, ou sobre a eficácia dos programas para a prevenção (Cooper & Swanson, 2008).

A Organização Internacional do Trabalho, o Conselho Internacional de Enfermagem, a Organização Mundial de Saúde e os Serviços Públicos Internacionais emanaram "*Orientações para lidar com a Violência no Trabalho no Sector da Saúde*", onde destacam como consequências negativas com impacto significativo nos serviços de saúde, a deterioração da qualidade dos cuidados prestados e a decisão dos trabalhadores da saúde de abandonarem a sua profissão, o que por sua vez pode resultar numa redução dos serviços de saúde disponíveis para a população em geral, e num aumento dos custos da saúde (International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2002).

Hoel, et al. (2000) sugeriam no seu estudo que o stress e a violência eram responsáveis possivelmente, por cerca de 30% dos custos globais de problemas de saúde e acidentes (um número retratado por uma série de estudos). A partir dos números contabilizados no seu estudo estes mesmos autores sugeriam que o stress/violência podiam

ser responsáveis por cerca de 0,5-3,5% do PIB por ano, o que é manifestamente um número muito substancial.

Esta evidência indicava claramente que a violência no local de trabalho é demasiado elevada e que as intervenções são urgentemente necessárias.

A Direção-Geral da Saúde (2006) refere que os possíveis efeitos da violência são variados, que poderão depender da frequência dos episódios e da perceção de vulnerabilidade de situações semelhantes, e que poderão resultar em sequelas psicológicas como a síndrome pós traumática, insónia, depressão e agorafobia.

As consequências psicológicas podem ser ainda mais graves do que as lesões físicas, sendo que as consequências individuais do assédio moral no trabalho variam em termos de reações, desde o *stress* até uma ausência longa do serviço, podendo até ser um dos fatores desencadeantes de suicídio. As perdas económicas devido à violência relacionada ao trabalho são substanciais (Direção-Geral da Saúde, 2006).

As consequências organizacionais variam, por exemplo, desde a menor satisfação no trabalho e da produtividade até ao aumento do absentismo e elevado *turnover* com o aumento de custos sociais e económicos (Direção-Geral da Saúde, 2015).

No 6º Inquérito Europeu às Condições de Trabalho na Europa existe um capítulo sobre comportamento social adverso no local de trabalho, onde se assume que a violência no local de trabalho pode ter diferentes formas e é considerada um importante fator de risco para a depressão, a ansiedade e o suicídio (Eurofound, 2015).

A ficha informativa Facts nº24 alude às consequências para o indivíduo que podem ir desde a desmotivação e a diminuição do brio na execução do seu trabalho, ao stresse (mesmo para a vítima indireta, a testemunha do ato ou de incidente violento) e ao prejuízo da saúde física ou psicológica. Podem ocorrer sintomas pós-traumáticos como medo, fobias e perturbações do sono, e em casos extremos, poderá verificar-se uma perturbação pós-traumática do stresse (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2002).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002) refere que regra geral, a vulnerabilidade de cada indivíduo varia consoante o contexto em que decorre a violência e as características pessoais da vítima. Nos casos de violência física, os factos são bastante fáceis de identificar. É mais difícil prever de que forma a vítima potencial irá reagir a atos repetidos de violência física.

A violência também causa impacto na organização dado que as pessoas que trabalham num ambiente de medo e ressentimento não conseguem dar o seu melhor. Os efeitos negativos na organização traduzem-se em aumento do absentismo, decréscimo da

motivação, redução da produtividade, deterioração das relações laborais e dificuldades de recrutamento (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2002).

No Reino Unido, em 2003, a violência contra profissionais de saúde teve um custo estimado em 99 milhões de euros. As consequências sociais são, também, enormes, com aumento do absentismo por doenças de longa duração, reformas prematuras por doença, desemprego de longa duração e dependência da segurança social, perda prematura e não planeada de profissionais produtivos e a passagem de responsabilidades económicas pelos cuidados às vítimas para familiares e amigos (Direção-Geral da Saúde, 2006).

### **1.5 Prevenção da violência no local de trabalho**

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002) recomenda que a prevenção dos riscos de violência se realize a dois níveis, no primeiro o objetivo é basicamente impedir a ocorrência de atos violentos ou, pelo menos, reduzi-los; no segundo nível, se o ato de violência já ocorreu, é necessário providenciar apoio à vítima do incidente, o qual deverá procurar minimizar os efeitos nocivos do incidente e impedir quaisquer sentimentos de vitimização que possam surgir e prevenir o sofrimento da vítima.

Os atos de violência podem ser imprevisíveis, mas as situações prováveis em que a violência pode ocorrer não o são, e é possível identificar os fatores de risco mais comuns para os trabalhadores, que de acordo com a (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2002) podem ser: manuseamento de mercadorias, dinheiro, e valores; trabalho isolado; desempenho de funções de inspeção, controlo e de autoridade em geral; contacto com clientes problemáticos – desde pessoas com um passado de violência ou doenças que se sabe estarem associadas à violência, ou pessoas sob a influência do álcool ou de drogas; organizações mal geridas: emissão de faturas com erros, stocks e recursos de pessoal insuficientes.

No que respeita à Legislação, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002) refere que a Comissão Europeia adotou medidas destinadas a garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores através da Diretiva (89/391) do Conselho de 1989, que contém as disposições básicas em matéria de saúde e segurança no trabalho e que responsabiliza os empregadores pela criação de boas condições de trabalho de modo a evitar que os trabalhadores sofram danos em resultado do trabalho, incluindo a violência no trabalho.

Todos os Estados-Membros da União Europeia implementaram a referida diretiva através de legislação, tendo alguns deles, além disso, elaborado linhas de orientação relativas à prevenção da violência no trabalho. Em conformidade com a abordagem preconizada na diretiva, os empregadores deveriam, em reflexão com os trabalhadores e os seus representantes: concentrar esforços para impedir a violência no trabalho; avaliar os riscos de violência no trabalho; tomar medidas adequadas para impedir a ocorrência de danos (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2002).

Cooper & Swanson (2008) referem que nos últimos dez anos tem havido uma proliferação de prevenção da violência (ou anti-violência) através de ações recomendadas para a indústria de cuidados de saúde por agências governamentais e especialistas de violência. As recomendações podem ser divididas em ações de prevenção à violência do paciente/cliente e à violência do colega de trabalho, embora haja sobreposição das duas. Qualquer programa de prevenção requer um forte compromisso da administração de cuidados de saúde, deve ser redigido de modo claro e comunicado a todo o pessoal.

Medidas preventivas adicionais devem incidir sobre o ambiente físico (por exemplo a remoção de itens que possam ser usados como armas, iluminação adequada, câmaras de segurança, botões de alarme, etc.), e conter programas de formação/educação para os funcionários (Cooper & Swanson, 2008).

Os programas de treino têm de atender às necessidades dos funcionários e aos perfis de risco locais para um benefício máximo (Wiskow, 2003; Zarola & Couro, 2006).

A formação geralmente aborda uma gama de habilidades, conhecimentos e atitudes, e também podem incluir técnicas de fuga, de auto-defesa, e técnicas de contenção física (Beech & Leather, 2006; Wiskow, 2003). Os efeitos da formação em gestão da violência no trabalho podem ser múltiplos, por exemplo, mudanças na atitude e confiança da equipa, ou na incidência da violência no trabalho.

Fatores de stress no trabalho, tais como elevada carga de trabalho ou má comunicação entre membros da equipa, podem aumentar o risco de violência, para os reduzir pode ser necessário reformular o método de trabalho. A maioria das recomendações assinala a necessidade de um sistema de monitorização que avalie os números, tipos e gravidade da violência e lesões dentro de uma instituição, e que pode ser usado para avaliar a eficácia das ações de prevenção (Cooper & Swanson, 2008).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002) produziu um conjunto de fichas informativas que visavam a abordagem do stress relacionado com o trabalho e alguns dos principais fatores que o desencadeiam. A ficha informativa Facts nº24

- Violência no trabalho, publicada em 24/05/2002, continha informações e sugestões para quem desejasse tomar medidas práticas de combate à violência no trabalho (Cf. Quadro 1).

**Quadro 1 - Ações de prevenção da violência no trabalho**

Acções de prevenção	Exemplos
Meio ambiente de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tomar medidas em matéria de segurança física como, por exemplo: fechaduras nas entradas, ecrãs, iluminação adequada, recepcionistas, saídas de emergência, instalação de sistemas de vídeo-vigilância, eliminação ou limitação de zonas sem saída e de objectos que possam ser usados como projectil;</li> <li>• fornecer cadeiras e decoração de boa qualidade, informação periódica sobre atrasos, etc.</li> </ul>
Organização e concepção do local trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• remover periodicamente dinheiro e valores; utilizar alternativas que não envolvam dinheiro;</li> <li>• gerir e reduzir as filas de espera;</li> <li>• admitir pessoal em número suficiente;</li> <li>• adaptar o horário de expediente aos clientes;</li> <li>• verificar a identificação dos visitantes;</li> <li>• sempre que necessário ter pessoal para acompanhamento;</li> <li>• evitar o trabalho isolado e, se possível, manter contacto com os trabalhadores que trabalham isolados;</li> <li>• melhorar o serviço de recepção e de informação ao público, etc.</li> </ul>
Formação e informação dos trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identificação de comportamentos inaceitáveis e dos primeiros indícios de agressão;</li> <li>• gestão de situações difíceis com clientes;</li> <li>• cumprimento dos procedimentos criados para proteger os trabalhadores, tais como, as instruções de segurança, o estabelecimento de uma comunicação adequada, actuação de forma a minimizar a agressão de um indivíduo, identificação dos clientes com um passado de violência;</li> <li>• gestão do stress inerente à situação de modo a controlar as reacções emocionais.</li> </ul>

**Fonte:** Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002). Facts nº24: Violência no Trabalho. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/24>

A Direção-Geral da Saúde (2015) assinala que as intervenções devem estar adaptadas à situação concreta da organização para serem eficazes e devem-se basear em avaliações de risco exaustivas, sendo que as abordagens baseadas, na prevenção da violência são mais sustentáveis do que as medidas adotadas na sequência de um incidente.

As medidas eficazes podem incluir a instalação de sistemas de iluminação e de vigilância por vídeo adequados, a introdução de alterações na organização do trabalho e na descrição das tarefas de modo a evitar que os trabalhadores estejam sozinhos e a prestação de formação em gestão de situações difíceis com clientes e no reconhecimento de sinais de alerta (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Os profissionais de saúde devem estar esclarecidos sobre os diferentes tipos e fontes de violência no trabalho, devem relatar e documentar toda a violência no local de trabalho (agressões físicas e não físicas), pelo que é fundamental incentivar a notificação do incidente logo que possível. Todos os relatórios devem proteger a confidencialidade do profissional de saúde, mas permitir a análise da causa para ajudar na prevenção de novos incidentes, e as investigações devem ser conduzidas sem culpar ou criticar a vítima (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Se ocorrer um ato de violência no local de trabalho, o profissional agredido deve receber cuidados de saúde físicos e psicológicos adequados à situação. Os profissionais de saúde têm de estar conscientes das consequências não físicas resultantes da violência no local de trabalho, como: trauma psicológico a longo prazo; medo de voltar para o trabalho; mudanças nos relacionamentos com colegas de trabalho e família; sentimentos de incompetência, culpa, ou impotência; medo de críticas por parte da hierarquia técnica (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Livingston, Verdun-Jones, Brink, Lussier, & Nicholls (2010) referem que a violência no trabalho, incluindo a violência perpetrada pelo paciente nos serviços de saúde, é cada vez mais reconhecida como evitável, e que a formação dos funcionários tem sido identificada como um componente necessário de qualquer iniciativa destinada a prevenir ou reduzir os incidentes.

Ferrinho et al. (2003) referem no seu relatório, que se tornou evidente a partir do estudo dos representantes institucionais, que apesar de saberem do problema pouco têm feito, o que é uma situação clássica numa cultura de sector público institucional normativo como o português (o que não está explícito em políticas, estratégias ou normas, só muito raramente é contemplado pelos administradores do sector público).

O que sobressai de todos os estudos apresentados por estes autores, é que é um problema generalizado e muito prevalente, o qual não deve ser abordado como um simples problema de segurança mas como um assunto multifactorial com determinantes culturais, políticas, sociais, económicas, de gestão e individuais, assegurando uma tolerância zero para qualquer tipo de violência.

Com base nos resultados supracitados, os mesmos autores propuseram um quadro de referência com vários patamares a que correspondem níveis de intervenções (preventivas, protetoras e pós-incidente). A um nível preventivo, referiram as intervenções de nível macro (com um horizonte para a mudança longo, de pelo menos 10 anos), que incidem sobre as condições gerais da sociedade (aspectos culturais, civismo, escolaridade, postura dos meios de comunicação social em relação aos profissionais e instituições de saúde, etc.) e sobre o quadro legal, políticas e estratégias relativas a esta problemática. A um nível médio, mencionaram as intervenções nas normas, regras de gestão e condições de trabalho (existência de diretivas processuais em relação à violência, as horas de trabalho, a performance de gestão de modo a não frustrar as expectativas legítimas de todas as partes envolvidas, o sistema de informação, etc.), que terão repercussão num período entre 3 e 10 anos. Referiram ao nível micro (com possibilidades de induzir mudanças mais rapidamente, 1 a 2 anos), as intervenções que englobam os serviços e os

profissionais: os sistemas de segurança e a sua visibilidade, os esquemas de relato de incidentes, programas de formação sobre comunicação e gestão de conflitos, existência de conselheiros/mediadores de apoio às vítimas e de investigação nos casos de violência, etc.

Quando todos estes níveis de prevenção falham, dá-se a violência, pelo que devem existir medidas protetoras que englobem os meios necessários para fazer face ao episódio de violência enquanto ele está a decorrer, e para limitar as suas consequências e minimizar os danos (esquemas de alerta para a segurança local e polícia, aptidões de autodefesa dos profissionais, entre outras). Na sequência destas medidas, devem seguir-se as avaliações pós-incidente com esquemas de registo/retrato do incidente e de identificação do agressor e da vítima, assim como os meios de suporte à vítima no imediato no sentido de prevenir eventuais sequelas físicas psicológicas, e, ainda, os meios de atuação em relação ao agressor (Ferrinho et al., 2003).

Os autores supracitados consideram ainda importante, que nas horas seguintes aos acontecimentos: o trabalhador que tenha sido vítima de violência ou testemunha de um ato de violência não fique sozinho; que a direção participe, mostre a sua preocupação e apoie a vítima; que seja dado imediatamente apoio psicológico à vítima, e mais tarde uma ação de apoio e aconselhamento no caso de stress pós-traumático, etc.; providenciar apoio à vítima em matéria de procedimentos administrativos e legais (apresentação de queixa, instauração de ação judicial, etc.); informar os outros trabalhadores de modo a evitar os boatos; e reavaliar os riscos de modo a identificar quais as medidas adicionais necessárias.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002) indica que o incidente deverá ser investigado na íntegra, num ambiente que não culpabilize a vítima, devendo também ser feita uma avaliação relativamente à forma como o incidente ocorreu de modo a permitir o aperfeiçoamento das medidas de prevenção.

Para a Direção-Geral da Saúde (2006) a efetividade do tratamento do problema da violência resultará da sua abordagem organizada, pelo que a nível macro, foi constituído um *Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho* sediado na Direção-Geral da Saúde; a nível meso recomendou-se a constituição, em cada unidade, de um *Grupo Coordenador Institucional* de abordagem da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho e disponibilizaram-se instrumentos e documentos de referência sobre este problema; e a nível micro, em cada instituição, deveria ser elaborado, pelo respetivo Grupo Coordenador Institucional, um *programa* que estruture uma abordagem do problema, que privilegie, enquadre e apoie, no âmbito concreto de cada instituição, a assunção de políticas para abordar a violência contra os profissionais de saúde.

A mesma Direção recomendou que todas as instituições e profissionais de saúde devam fazer a sua própria avaliação de risco de violência e ponderar quais as medidas que podiam ser tomadas para o minimizar, a qual poderia ter como componentes: a análise da informação disponível (registos oficiais de incidentes e absentismo; inspeções regulares ao local de trabalho; questionários periódicos e diálogo com os profissionais de saúde e seus representantes; contacto próximo com os serviços de saúde ocupacional da instituição e com outras organizações de saúde, governamentais e não-governamentais); a identificação de situações com um risco elevado de violência: trabalhar isoladamente, em contacto direto com o público, em que se tenha de lidar com objetos de valor (dinheiro, fármacos, material caro) ou benefícios (como atestados para atribuição de subsídios, isenções de taxas moderadoras, entre outras), em áreas em mudança, ou com doentes em sofrimento (tendo, no entanto, a noção de que a violência pode acontecer em qualquer circunstância e afetar qualquer profissional de saúde); a análise da efetividade dos procedimentos adotados e das intervenções levadas a cabo para abordar a violência; o registo das avaliações de risco de modo a que se tornem instrumentos de trabalho úteis; e a revisão e eventual correção de todo o processo de avaliação de risco.

Ainda este mesmo órgão supracitado, assume que não deve ser tolerado qualquer tipo de violência, sendo que, por vezes, alguma parte do processo de prestação de cuidados de saúde pode não decorrer como estava previsto ou como deveria decorrer, e nestes casos, todos os cidadãos, se assim o entenderem, têm o direito à indignação e à reclamação, existindo para tal os mecanismos necessários; no entanto e em circunstância alguma, não se pode admitir o recurso à violência.

## **1.6 Colheita e monitorização de dados**

Qualquer episódio de violência deve ser registado, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2006), deve ter uma avaliação aprofundada, levar à tomada das medidas consideradas necessárias, deve proceder-se à análise da efetividade dos procedimentos adotados/intervenções, bem como ao registo das avaliações de risco, executando uma revisão e eventual correção de todo o processo de avaliação de risco. Cada episódio de violência seja abordado como um episódio de elevada importância, devendo ser analisado segundo uma metodologia previamente definida e conduzir a medidas que minimizem as consequências da violência e previnam episódios futuros, atuando sobre as causas.

Esta Direção instrui á criação de um ambiente de erradicação do problema e de apoio e suporte às vítimas de violência nas instituições de saúde, assumindo-se que qualquer episódio de violência contra um profissional de saúde no local de trabalho é um episódio de violência contra a própria instituição com um impacto negativo na saúde física e mental dos profissionais, no seu desempenho profissional e, em última análise, na qualidade assistencial e credibilidade da própria instituição. Acrescenta que paralelamente devem ser revistos e reforçados todos os mecanismos de registo e avaliação das reclamações e sugestões (de modo a tornar todo o processo transparente, expedito e consequente, prevenindo a agudização de conflitos e a eventual evolução para a violência), e nos planos de formação das instituições devem ser contemplada a área da gestão de conflitos e da prevenção da violência.

Cooper & Swanson (2008) referem que são necessárias categorias e definições uniformes para a violência no ambiente de cuidados de saúde, e ainda que os relatórios devem ser consistentes e imediatos, com um formato padrão o que pode melhorar significativamente as atividades de monitorização e prevenção da violência.

A Direção-Geral da Saúde (2015) no seu último relatório sobre violência contra os profissionais de saúde referente ao ano de 2014, refere que atendendo à evolução das notificações, se encontra a elaborar uma Norma sobre medidas de prevenção e de intervenção na violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, no âmbito do Programa de Saúde Ocupacional e do Grupo de Acompanhamento de Ação da Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, a qual até á data ainda não foi oficialmente divulgada.



## 2. Métodos

Para a realização desta revisão sistemática da literatura e para conseguirmos responder às questões de investigação anteriormente formuladas foram adotados os princípios propostos pelo *Cochrane Handbook* (Higgins & Green, 2011), a referir:

1. Formulação da questão problema;
2. Localização e seleção dos estudos;
3. Avaliação crítica dos estudos;
4. Colheita de dados;
5. Análise e apresentação dos dados;
6. Interpretação dos resultados;
7. Aperfeiçoamento e atualização da revisão.

Procedeu-se a uma consulta inicial na base de dados da biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), no Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), e no Repositório da Universidade de Aveiro no sentido de verificar a necessidades de investigação.

De seguida, e tendo por base as orientações emanadas pela *Colaboração Cochrane* e pela *Colaboração Joanna Briggs Institute*, decidiu-se apenas incluir estudos publicados e indexados em bases de dados científicas por se considerar a publicação (divulgação dos resultados) como um passo essencial no processo de investigação (Fortin, 2009) e fulcral para o crescimento da Enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão.

A pesquisa compreendeu pesquisas eletrónicas nas seguintes bases de dados - PUBMED; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition (via EBSCO); CINAHL® Plus with Full Text (via EBSCO); Cochrane Plus Collection (via EBSCO); MedicLatina (via EBSCO); EMBASE - através da conjugação booleana de todos os descritores identificados:

**P** – MeSH descriptor “Personnel, Hospital”, All fields “Nursing Staff, Hospital”, “Emergency Nursing”

**I** – All fields “Workplace Violence statistics”, “Violence”, “Workplace Violence”

**C** – Não aplicado

**O** – MeSH descriptor “Risk Assessment”, All fields “Workplace violence prevention”, “Workplace violence”

**D** – MeSH descriptor “Retrospective Studies”, “Prospective Studies”, “Randomized controlled trials”, “Cohort studies”

A pesquisa foi realizada no dia 27 de Maio de 2016, foram aplicados ainda os seguintes limitadores de pesquisa, tendo apenas sido considerados os estudos que auferissem dos seguintes requisitos:

- Estudos publicados em Inglês, Espanhol e Português, sendo os demais excluídos;
- Estudos com data de publicação de Maio de 2006 até à atualidade (tendo sido efetuado o update mensal até á data final da análise). A justificação deste limite temporal relaciona-se com o facto de que estaríamos a excluir estudos importantes se restringíssemos o limite temporal para o período que a maioria dos autores aponta como a “melhor evidência disponível” (período compreendido entre 2 a 5 anos).

No apêndice II pode-se encontrar o *print screen* do resultado da pesquisa nas 3 diferentes bases de dados.

Foi realizado um update mensal da pesquisa efetuada nas 3 distintas bases de dadas, até a data de 1 de Setembro de 2016, para que deste modo se assegurasse a inclusão de estudos publicados até esta data.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos com base no metodologia PI[C]OD (Ramalho, 2005) (Cf. Quadro 2).

**Quadro 2 – Critérios de Inclusão para o *Corpus* do Estudo de acordo com a metodologia PIC[O]D**

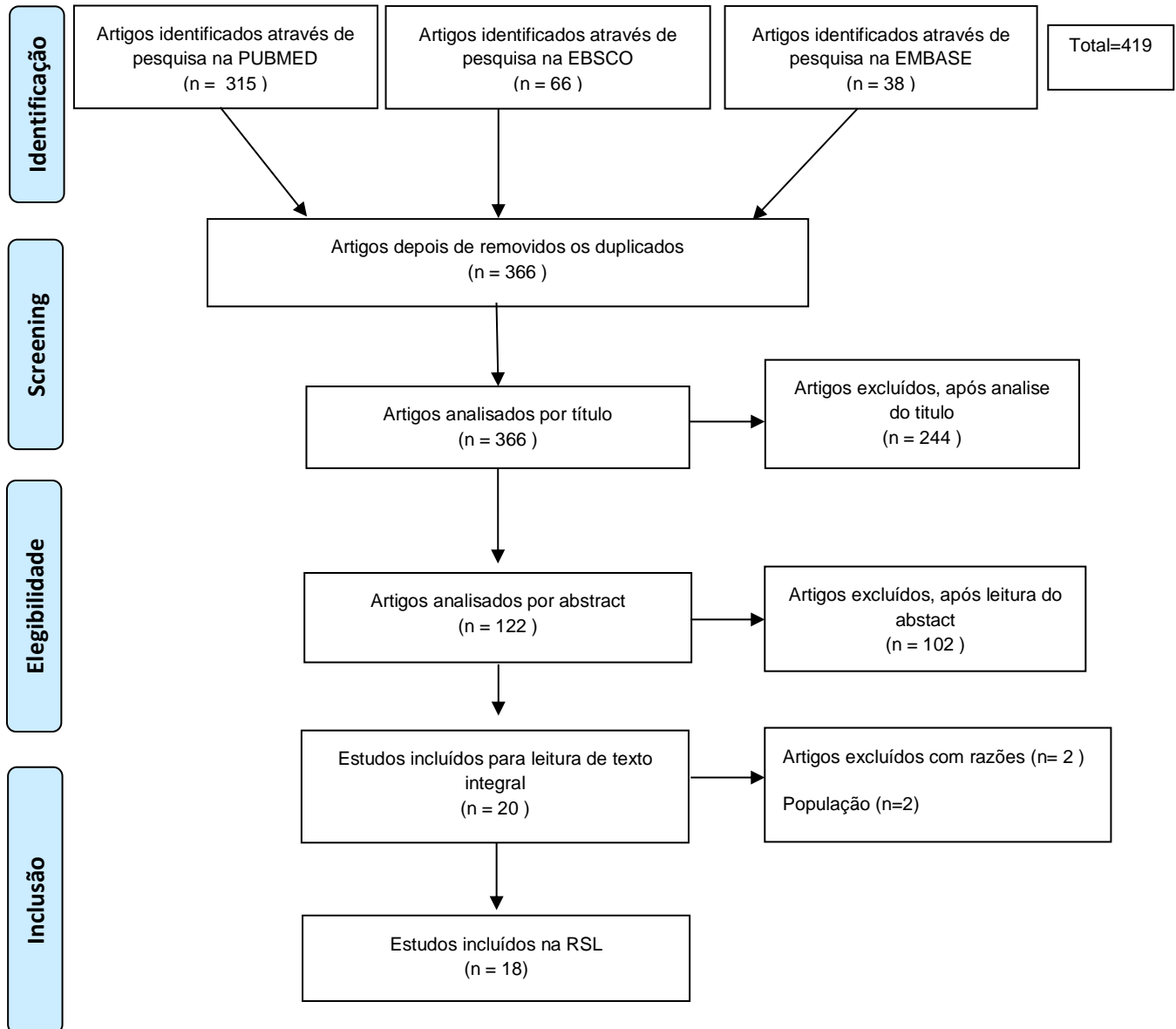
<b>Critérios de Seleção</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>
<b>P</b> articipantes	Esta revisão considerou os estudos que incluíram Enfermeiros ou outros profissionais de saúde a trabalhar em serviço de Urgência. Foram excluídos estudos que incluíram violência sobre utentes, acompanhantes, ou que foram realizados noutros serviços (Urgência pediátrica, psiquiátrica ou obstétrica) ou fora do meio hospitalar.
<b>I</b> ntervenção / Fenómenos de interesse  <b>C</b> omparações	Esta revisão considerou os estudos que comprovaram a eficácia de diferentes programas de prevenção de violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência, e que mostraram a prevalência da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência. Da revisão da literatura que foi feita previamente não se encontraram estudos que comparassem 2 intervenções distintas, pelo que optei por não colocar comparador na estratégia de pesquisa.
<b>O</b> utcomes / Resultados	Esta revisão considerou os estudos que incluíram: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "número de eventos", "tipo de eventos", "prevalência", "grupo profissional", "consequências", "existência de programas de prevenção", "eficácia dos programas de prevenção".</li> </ul>
<b>D</b> esenho	Este estudo apenas considerou para a inclusão os estudos experimentais, incluindo estudos de <i>coorte</i> , ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos controlados não randomizados e estudos observacionais.

A partir das pesquisas da PUBMED, EBSCO e EMBASE foram identificados 419 estudos (Cf. Figura 1). Após junção da pesquisa das 3 bases de dados identificaram-se 53 estudos duplicados que foram excluídos, ficando-se com a totalidade de 366 estudos para serem analisados por título.



### PRISMA 2009 Flow Diagram

Pesquisa realizada no dia 27 de Maio de 2016



**Figura 1** - Fluxograma representativo do resultado da pesquisa da Revisão Sistemática da Literatura

Após leitura dos títulos dos estudos, realizada independentemente por dois investigadores, estes reduziram-se para 122, uma vez que 244 artigos foram excluídos, com base nos critérios de inclusão definidos inicialmente (estudos que incluíam Enfermeiros ou outros profissionais de saúde a trabalhar em serviço de Urgência).

Após leitura dos resumos/*abstract* dos 122 artigos remanescentes, excluíram-se os estudos que incluíam violência sobre utentes, acompanhantes, ou que tinham sido realizados noutros serviços - Urgência Pediátrica, Psiquiátrica ou Obstétrica, ou fora do meio hospitalar, num total de 102; conseguiram-se identificar 20 documentos que foram posteriormente usados para apreciação como texto completo.

A partir deste ponto foram analisados os artigos em texto completo (n=20), tendo por base a aplicação de critérios mais rigorosos que foram estabelecidos com base na metodologia PI[C]OD (Ramalho, 2005) e que se encontram apresentados no quadro 2.

Neste processo foram excluídos 2 estudos, uma vez que a sua leitura revelou que as intervenções não envolviam somente serviços de Urgência, ou que envolviam Enfermeiros de diversos serviços hospitalares (Cf. Tabela 1), tendo o *corpus* sido reduzido para 18 estudos.

**Tabela 1 – Estudos excluídos após leitura integral do texto**

Referência	Título	Motivo da Exclusão
(AbuAIRub, Khalifa, & Habbib, 2007)	<i>Violência no trabalho entre Enfermeiros de Hospitais Iraquianos</i>	<u>PARTICIPANTES:</u> Os participantes trabalhavam em diferentes serviços de hospitais, não somente na Urgência.  “A amostra intencional de 116 Enfermeiros, que estavam empregados em diferentes serviços de seis hospitais públicos, (...) da cidade de Bagdad no Iraque foram entrevistados individualmente.” (página 3)
(Gillespie, Farra, & Gates, 2014)	<i>Um programa educacional sobre violência no trabalho: um estudo de medidas repetidas</i>	<u>PARTICIPANTES:</u> Os serviços onde foi realizado o estudo eram de Urgência mas mistos, com Urgência de pediatria. O que não estava descrito no <i>abstract</i> , só se verificou posteriormente, na leitura de texto integral.  “Os participantes foram recrutados a partir dos serviços de Urgência de 2 sistemas de saúde separados no Centro-Oeste dos Estados Unidos. Um sistema tinha a especialidade pediátrica, com 2 departamentos: um sistema baseado na comunidade e um centro de trauma pediátrico Nível 1. O outro sistema estava ligado ao ensino universitário com uma centro de trauma adulto/pediátrico Nível 1 e serviço de Urgência.” (página 469)

Para realizar a avaliação crítica, os 18 estudos selecionados foram avaliados por dois pesquisadores que trabalharam de forma independente na avaliação dos artigos antes da inclusão na revisão, utilizando como suporte para este processo a ferramenta de

avaliação de estudos observacionais do Instituto Joanna Briggs (Pearson et al., 2007) (Cf. Tabela 2).

Nenhum teve conhecimento dos resultados da análise em qualquer momento deste processo conforme preconizado por Higgins & Green (2011).

**Tabela 2 - Avaliação Qualitativa dos Estudos Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura**

**Sim-** foi respeitado o critério; **Não-** Não foi respeitado o critério; **Não Claro-** Não existem dados suficientes; **Não se aplica-** O critério não se aplica ao estudo analisado

<b>Checklist de Avaliação Crítica de Estudos Observacionais JBI</b> <b>Estudos</b>	<b>1 - É um estudo baseado numa amostra aleatória ou pseudoaleatória?</b>	<b>2 - Estão os critérios para inclusão na amostra claramente definidos?</b>	<b>3 - Os resultados foram avaliados através de critérios objetivos?</b>	<b>4 - Se foram feitas comparações, continha descrição suficiente dos grupos?</b>	<b>5 - Foi utilizada uma análise estatística apropriada?</b>	<b>Avaliação Global</b>
<b>1 - Implementação de uma intervenção abrangente para reduzir agressões físicas e ameaças no serviço de Urgência</b> (Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler, & Succop, 2014)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim – 5 Não – 0 Não Claro – 0 Não se aplica – 0
<b>2 - Avaliação de um Programa Abrangente de Prevenção da Violência em Serviço de Urgência</b> (Gillespie, Gates, Mentzel, Al-Natour, & Kowalenko, 2013)	Não Claro	Sim	Sim	Não se aplica	Não Claro	Sim – 2 Não – 0 Não Claro – 2 Não se aplica – 1
<b>3 - Um programa educacional para prevenir, gerir e recuperar da Violência no Trabalho</b> (Gillespie, Gates, & Mentzel, 2012)	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim – 4 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 0
<b>4 - Um programa para minimizar a violência em Serviço de Urgência e manter os funcionários seguros</b> (Rees, Evans, Bower, Norwick, & Morin, 2010)	Não	Não	Não Claro	Não se aplica	Não Claro	Sim – 0 Não – 2 Não Claro – 2 Não se aplica – 1
<b>5 - Uma pesquisa de violência no trabalho em 65 Serviços de Urgência dos EUA</b> (Kasangra et al., 2008)	Não	Sim	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 3 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 1

<b>Checklist de Avaliação Crítica de Estudos Observacionais JBI</b> <b>Estudos</b>	<b>1 - <u>É um estudo baseado numa amostra aleatória ou pseudoaleatória?</u></b>	<b>2 - <u>Estão os critérios para inclusão na amostra claramente definidos?</u></b>	<b>3 - <u>Os resultados foram avaliados através de critérios objetivos?</u></b>	<b>4 - <u>Se foram feitas comparações, continha descrição suficiente dos grupos?</u></b>	<b>5 - <u>Foi utilizada uma análise estatística apropriada?</u></b>	<b>Avaliação Global</b>
<b>6 - O efeito do controlo da raiva na equipa de Enfermagem sobre a taxa de violência sofrida por ela no Serviço de Urgência</b> (Eslamian, Fard, Tavakol, & Yazdani, 2010)	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim – 4 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 0
<b>7 - Violência no trabalho contra Enfermeiros nos serviços de Urgência na Jordânia</b> Albashtawy (2013)	Não	Não Claro	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 2 Não – 1 Não Claro – 1 Não se aplica – 1
<b>8 - Violência no trabalho contra profissionais de saúde de serviços de Urgência Cipriotas: uma pesquisa nacional por questionário</b> (Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015)	Não	Não	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 2 Não – 2 Não Claro – 0 Não se aplica – 1
<b>9 - Profissionais de Saúde e a violência no trabalho nos serviços de Urgência de uma Metrópolis volátil: resultados de Karachi, Paquistão</b> (Zafar et al., 2013)	Não	Não	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 2 Não – 2 Não Claro – 0 Não se aplica – 1
<b>10 - Uma Pesquisa da Violência Contra a Equipa do serviço de Urgência em Ancara, Turquia</b> (Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011)	Não	Não se aplica	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 2 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 2

<b>Checklist de Avaliação Crítica de Estudos Observacionais JBI</b> <b>Estudos</b>	<b>1 - <u>É um estudo baseado numa amostra aleatória ou pseudoaleatória?</u></b>	<b>2 - <u>Estão os critérios para inclusão na amostra claramente definidos?</u></b>	<b>3 - <u>Os resultados foram avaliados através de critérios objetivos?</u></b>	<b>4 - <u>Se foram feitas comparações, continha descrição suficiente dos grupos?</u></b>	<b>5 - <u>Foi utilizada uma análise estatística apropriada?</u></b>	<b>Avaliação Global</b>
<b>11 - A violência no local de trabalho contra Enfermeiros de serviço de Urgência Versus Enfermeiros de serviço de Internamento no Hospital Universitário de Mansoura, Egito</b> (Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty, & El-Sayed, 2015)	Não	Não se aplica	Sim	Sim	Sim	Sim – 3 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 1
<b>12 - Violência contra funcionários dos serviços de Urgência Hospitalar e em salas de Observações de serviço de Urgência em Samsun: um estudo epidemiológico</b> (Canbaz et al., 2008)	Não	Não se aplica	Sim	Sim	Sim	Sim – 3 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 1
<b>13 - Violência no trabalho contra Enfermeiros iranianos que trabalham em serviços de Urgência</b> (Esmaeilpour, Salsali, & Ahmadi, 2011)	Não	Sim	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 3 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 1
<b>14 - A violência no local de trabalho no serviço de Urgência: dar aos funcionários as ferramentas e o suporte para relatar</b> (Stene, Larson, Levy, & Dohlman, 2015)	Não	Não se aplica	Sim	Sim	Não Claro	Sim – 2 Não – 1 Não Claro – 1 Não se aplica – 1
<b>15 - A violência no local de trabalho contra funcionários do serviço de Urgência de hospitais jordanos: Um estudo transversal</b> (ALBashtawy et al., 2015)	Não	Sim	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 2 Não – 1 Não Claro – 1 Não se aplica – 1

<b>Checklist de Avaliação Crítica de Estudos Observacionais JBI</b> <b>Estudos</b>	<b>1 - <u>É um estudo baseado numa amostra aleatória ou pseudoaleatória?</u></b>	<b>2 - <u>Estão os critérios para inclusão na amostra claramente definidos?</u></b>	<b>3 - <u>Os resultados foram avaliados através de critérios objetivos?</u></b>	<b>4 - <u>Se foram feitas comparações, continha descrição suficiente dos grupos?</u></b>	<b>5 - <u>Foi utilizada uma análise estatística apropriada?</u></b>	<b>Avaliação Global</b>
<b>16 - <i>Violência no serviço de Urgência: um estudo multicêntrico sobre a percepção das enfermeiras na Nigéria</i></b> (Ogundipe et al., 2013)	Não	Sim	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 3 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 1
<b>17 - <i>Perspectiva dos Enfermeiros do serviço de Urgência sobre a violência no local de trabalho em hospitais jordanos: uma pesquisa nacional</i></b> (ALBashtawy, 2016)	Não	Não Claro	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 2 Não – 1 Não Claro – 1 Não se aplica – 1
<b>18 - <i>Violência contra os Enfermeiros que trabalham nos serviços de Urgência dos EUA</i></b> (Gacki-Smith et al., 2009)	Não	Sim	Sim	Não se aplica	Sim	Sim – 3 Não – 1 Não Claro – 0 Não se aplica – 1

A avaliação crítica dos estudos selecionados revelou que as questões com mais “Não Claro” são a 5ª e a 2ª, o que demonstra que a maioria dos estudos não têm os critérios para inclusão na amostra claramente definidos, nem referem claramente se foi utilizada uma análise estatística apropriada.

A questão com mais “Não se aplica” é a 4ª, o que demonstra que na maioria dos estudos não foram feitas comparações entre grupos, apenas para 6 estudos essa descrição foi feita, tendo obtido “Sim”.

As questões com quase todas as respostas “Sim” correspondem à 3ª e 5ª, o que nos diz que na maioria dos estudos os resultados foram avaliados através de critérios objetivos e que foi utilizada uma análise estatística apropriada. Quanto à 1ª questão, a quase totalidade dos estudos não se baseou numa amostra aleatória ou pseudoaleatória, somente 2 estudos preencheram esse critério.

**Tabela 3 - Síntese da Avaliação Qualitativa dos Estudos Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura**

Checklist JBI Estudos	1	2	3	4	5
1	S	S	S	S	S
2	NC	S	S	NA	NC
3	N	S	S	S	S
4	N	N	NC	NA	NC
5	N	S	S	NA	S
6	S	N	S	S	S
7	N	NC	S	NA	S
8	N	N	S	NA	S
9	N	N	S	NA	S
10	N	NA	S	NA	S
11	N	NA	S	S	S
12	N	NA	S	S	S
13	N	S	S	NA	S
14	N	NA	S	S	NC
15	N	S	S	NA	S
16	N	S	S	NA	S
17	N	NC	S	NA	S
18	N	S	S	NA	S



### 3. Resultados

De seguida realizámos a colheita de dados que teve por base dois momentos específicos, a extração e a síntese dos dados. Os dados extraídos incluem detalhes específicos sobre os objetivos, o desenho de Investigação, a população e a amostra, o tempo de *follow up*/de estudo, as características do programa/intervenções, as características do questionário, os resultados relevantes/principais conclusões e as críticas/limitações de cada um dos 18 artigos incluídos nesta revisão sistemática.

Seguidamente passamos a descrever os dados para cada estudo, por ordem cronológica, contendo uma avaliação resumida. A tabela 4 (anexo II) contém um resumo de todos os artigos incluídos nesta revisão sistemática da literatura, por ordem cronológica.

Uma pesquisa de violência no trabalho em 65 Serviços de Urgência dos EUA, Kansagra et al. (2008)

(faz-se a ressalva que apesar de no título estar expresso 65 Serviços de Urgência, na metodologia e resultados são apresentados dados de 69 serviços)

Este estudo examinou a violência no local de trabalho e as percepções de segurança pessoal em diversos serviços de Urgência. Foi ainda determinado o número de ataques físicos contra funcionários por doentes ou visitantes; a frequência de posse de armas no serviço de Urgência; o número de vezes a equipa se sentiu segura; quais as características do serviço e dos funcionários associadas a percepções de segurança física.

O estudo realizou-se em 69 serviços de Urgência dos Estados Unidos. Dos 102 locais que inicialmente aceitaram participar, 69 locais completaram os inquéritos e 33 desistiram.

Todos os funcionários dos 69 serviços (médicos, internos, Enfermeiros, auxiliares de enfermagem e assistentes médicos) foram incluídos. Foram distribuídos 5695 questionários, a análise final incluiu 3518.

O questionário estava dividido em duas partes. A primeira (" inquérito ao pessoal ") avaliou a percepção da equipa sobre as condições de trabalho, os processos clínicos e

fatores sistêmicos que possam contribuir para erros. Incluiu perguntas sobre o equipamento, pessoal, trabalho em equipa, gestão da informação, fatores organizacionais e coordenação dos cuidados, e também uma pergunta sobre a segurança física no serviço de Urgência. O segundo inquérito foi distribuído a um " informante-chave " em cada local para recolher dados sobre os atributos do serviço que podem afetar as perceções da equipa sobre a segurança pessoal e que seria relatado de forma mais confiável por líderes ou gestores.

A taxa de resposta global dos 69 serviços participantes foi de 66%.

Concluiu-se que os Enfermeiros representaram 55% dos entrevistados; médicos e assistentes foi o segundo grupo mais representado, seguido por internos. Um terço dos entrevistados trabalhava no serviço há menos de 3 anos, e 26% dos trabalhavam há mais de 10 anos.

Dos participantes, 73% relataram que se sentiam seguros a maior parte do tempo ou sempre, sendo que 19% responderam que às vezes se sentiam fisicamente seguros, e os restantes 8% relataram que nunca ou raramente sentiram segurança física, enquanto trabalhavam.

Dos resultados observados, 94% dos informantes-chave relataram que o seu serviço tinha pessoal de segurança intra-hospitalar disponível 24 horas por dia. Apenas 14% relataram o uso de detetores de metal para triagem dos doentes que não estavam em maca, e visitas. Relataram mais de 3461 agressões físicas em 5 anos, com uma média de 11 agressões físicas em cada serviço durante os 5 anos. Vinte por cento dos informantes-chave informou que foram trazidas, diária ou semanalmente, armas ou facas para o serviço.

Os Enfermeiros sentiram-se cinco vezes menos seguros " na maioria das vezes " ou " sempre " em comparação com qualquer outra classe profissional envolvida. Dada a sua relação mais próxima com os doentes, o que pode expô-los com maior frequência à violência e, portanto, levá-los a sentirem-se menos seguros, deve ser esta uma classe profissional prioritária no que diz respeito a programas de prevenção de violência.

Os funcionários que trabalhavam há mais de 5 anos sentiram-se menos seguros do que o pessoal que trabalhava há menos tempo. Indivíduos brancos sentiram-se mais seguros do que as outras raças.

Serviços com detetores de metal relataram maior número de agressões físicas e maior entrada de armas (n=184), tanto numa base diária como semanal (OR = 26.3; 95% CI = 2.0 to 339; p = 0.01).

Os serviços apenas para adultos foram associados a um maior número de agressões (n=116) do que os serviços com combinação adultos/pediátrico.

O estudo apresenta algumas limitações: a maioria dos serviços pertencia a grandes hospitais; a interpretação do " informante-chave " sobre o que consiste um ataque pode ser diferente da dos funcionários; fatores como rácios inadequados, tempo dos turnos, resposta organizacional após eventos violentos, podem ter interferido na percep o de falta de segurança dos funcionários.

A interven o incidiu somente em profissionais, esquecendo o agressor.

Os autores concluem que programas de preven o de violência são necessários e devem ser colocados em prática e avaliados e revistos regularmente.

Violência contra funcionários de serviços de Urgência Hospitalar e de salas de Observa es de serviços de Urgência em Samsun: um estudo epidemiológico, Canbaz et al. (2008)

O objetivo principal foi determinar a frequência da exposi o a alguma forma de violência durante os 12 meses anteriores e os níveis de Ansiedade dos funcionários de serviço de Urgência e de salas de Observa o de Samsun.

Tratou-se de um estudo transversal que decorreu em 5 salas de Observa es de serviços de Urgência e 4 serviços de Urgência de Samsun, na Turquia. O estudo decorreu num mês: entre 1 e 30 de Abril de 2004, e englobou todos os funcionários (n = 320), dos quais 280 (87,5%) completaram o estudo.

Foi aplicado um questionário que incidiu sobre os últimos 12 meses que o funcionário trabalhou, e um instrumento designado com Inventário de Traços de Estado de Ansiedade (STAI).

O questionário foi concebido para avaliar variáveis demográficas. Também tinha questões sobre a harmonia na equipa e apoio administrativo, a ansiedade em rela o   exposi o repetida   violência, o tipo de violência (abuso verbal, ameaça verbal e agressão física), e no que respeita à agressão física, qual o utensílio utilizado. Gritos e insultos foram definidos como abuso verbal. A eleva o dos punhos, estaladas, pontapés, atirar qualquer item ou objeto, morder, bater, puxar, empurrar, beliscar, agarrar, arranhões e socos foram consideradas como agressão física. O STAI é um mecanismo de avalia o de auto-relato, que inclui medidas separadas de estado e traço de ansiedade. É composto de 40 questões de escolha múltipla e uma escala de Likert de 4 pontos. A sua validade foi confirmada na Turquia.

A média de idade foi de  $31,0 \pm 5,9$  anos e a média dos anos de trabalho de  $83,3 \pm 65,9$  meses. 126 (45,0%) eram mulheres. Verificou-se que os funcionários de serviço de Urgência foram expostos mais frequentemente à violência do que os funcionários de salas de Observações. 202 trabalhadores de ambos os serviços (72.1%), foram expostos a uma forma de violência, a maioria mulheres (88.9%). Cada trabalhador experimentou pessoalmente cerca de 1,1 eventos. As mulheres (88.9%) foram expostas a mais violência do que os homens (58.4%).

Participaram 151 médicos, 95 Enfermeiros, 23 Técnicos de Ambulância e 11 Auxiliares. Médicos e Enfermeiros referiram ter sofrido mais eventos violentos do que os outros grupos, enquanto o pessoal auxiliar sofreu o valor mínimo. De todos os participantes, 201 testemunharam abuso verbal, 167 ameaça verbal, e 55 agressão física.

Durante a agressão física, 15 dos atacantes (27,3%) usaram um utensílio: cacete (40,0%), garrafa de soro (26,7%), lâmina de barbear/faca (20,0%), e arma (13,3%). A violência variou significativamente entre os diferentes grupos profissionais de saúde, embora o abuso verbal parecesse ser um risco endêmico. Verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os participantes expostos a violência (90,4%) e não expostos à violência (9,4%) com respeito à ansiedade em relação à repetição da exposição à violência.

A frequência de exposição à violência foi maior nos participantes com falta de harmonia na equipa (94.7%) e falta de apoio administrativo (89.2%). Verificou-se que o risco de exposição à violência aumentou aproximadamente dez vezes em participantes que relataram mau ambiente na equipa. Da mesma forma, o risco de exposição à violência foi cerca de cinco vezes maior em participantes que relataram um mau apoio administrativo.

A idade, género e ansiedade em relação a repetição da exposição à violência, foram relacionados com maior ponto de estado de ansiedade (SAP), enquanto a ansiedade em relação à repetição da exposição à violência estava relacionada com maior ponto traço de ansiedade (TAP). O sexo feminino está relacionado com maior SAP.

Verificou-se que a ansiedade sobre a repetição da exposição à violência aumentou aproximadamente dez vezes nos participantes que relataram ter sido expostos à violência. O estudo descobriu que a violência tem uma influência negativa sobre as condições dos participantes. A violência também pode ter resultados negativos organizacionais sob a forma de baixa moral do trabalhador, aumento do stress de trabalho, o aumento da rotatividade dos trabalhadores, redução da confiança na administração e nos colegas de trabalho, e um ambiente de trabalho hostil. Este estudo indica claramente que a violência nestes serviços é uma preocupação comum, e que aumenta a ansiedade.

O estudo incidiu somente em profissionais, esquecendo de colher dados do agressor.

Violência contra os Enfermeiros que trabalham nos serviços de Urgência dos EUA, Gacki-Smith et al. (2009)

O objetivo principal consistiu em investigar as experiências dos Enfermeiros e percepções de violência de doentes e visitantes nos serviços de Urgência dos EUA. Os objetivos secundários foram Investigar os tipos e frequências de incidentes violentos no serviço de Urgência; investigar os fatores que contribuem para a violência no serviço de Urgência.

Tratou-se de um estudo transversal que decorreu nos serviços de Urgência dos EUA (50 estados e distrito de Columbia). O estudo decorreu 1 mês, na Primavera de 2007, e englobou todos os Enfermeiros registados e membros da Associação de Enfermeiros de Urgência (n= 31.905). Os que trabalhavam em serviços de Urgência dos EUA no momento do inquérito e que tinham acesso à Internet eram elegíveis para participar no estudo. Usou-se uma amostra por conveniência. Concluíram o inquérito 3.465 Enfermeiros (10,9%) de serviço de Urgência. Esta amostra era representativa de todos os 50 estados e do Distrito de Columbia.

Foi utilizado um questionário on-line desenvolvido utilizando o *Survey Select Expert* (versão 5.6), constituído por 69 itens, que se interessou pela experiência pessoal do entrevistado com a violência física e o abuso verbal no serviço de Urgência, as políticas e procedimentos do Hospital do entrevistado para lidar com a violência no local de trabalho, as crenças do entrevistado sobre os fatores precipitantes da violência, e as barreiras para denunciar a violência no serviço de Urgência.

A maioria (87,4%) trabalhava em serviços de Urgência geral, 63,6% num centro de trauma, 59,7% trabalhavam como Enfermeiros grau 1, e 52,1% principalmente no turno diurno. A experiência média de enfermagem foi de  $16,5 \pm 10,7$  anos, experiência de Urgência foi de  $12,1 \pm 8,8$  anos, e experiência no serviço de Urgência atual era de  $7,6 \pm 7,2$  anos. A maioria (84,4%) eram mulheres.

Aproximadamente 25% dos entrevistados relataram ter sofrido violência física mais de 20 vezes nos últimos 3 anos, e quase 20% relataram ter experimentado abuso verbal mais de 200 vezes durante o mesmo período.

Os tipos mais comuns de violência física foram: " cuspir, " " esmurrar, " " empurrar" " arranhar " e " pontapear". Em termos de abuso verbal, 70% ou mais experimentou: " gritos / amaldiçoado, " " intimidação " e " assédio sexual com palavras / insinuações". Cerca de 77% dos participantes classificaram a sua percepção de segurança no 5 ou abaixo numa escala de 10 pontos (1 não seguro para 10, extremamente seguro). Um terço tinha considerado deixar o serviço de Urgência por causa da violência.

Dos entrevistados, 23% (n = 811) eram vítimas frequentes de experiências de violência física. Os Enfermeiros nas Urgências pediátricas eram menos propensos a sofrer violência física frequente, enquanto os que trabalhavam principalmente no turno da noite, nos fins de semana, e os do sexo masculino eram mais propensos.

Os Enfermeiros que sentiram que a violência de doentes / visitantes é uma parte inevitável da prática eram mais propensos a experimentar violência física frequente no serviço. As seguintes barreiras para relatar incidentes violentos foram associadas com um risco aumentado de ser vítima de violência física frequente: a percepção de que relatar incidentes violentos pode ter um efeito negativo sobre pontuações atribuídas pelo cliente; políticas ambíguas de notificação da violência; medo de retaliação da gestão do serviço, administração do hospital, pessoal de enfermagem, ou médicos; insuficientes incidentes relatados pelo pessoal; a percepção de que relatar incidentes violentos era um sinal de incompetência ou fraqueza; ausência de danos físicos na equipa; a atitude de que a violência vem com o trabalho; e falta de apoio da administração /gestão.

Enfermeiros que sentiram que não havia barreiras ao relato de violentos incidentes tinham muito menos probabilidade de experimentar violência física frequente. Os fatores identificados como precipitantes de violência no serviço foram: atendimento de doentes psiquiátricos, aglomerado / alto volume de doentes, tempos de espera prolongados, equívoco por doentes ou visitantes do comportamento do pessoal (tais como enfermeiras rindo), a percepção dos doentes ou visitantes que o pessoal é indiferente a eles, escassez de Enfermeiros, política de visitas inexistente ou mal aplicada, e cuidados de doentes com demência ou doença de Alzheimer.

Quase 20% (n = 604) dos entrevistados eram vítimas frequentes de experiências de agressão verbal. Os Enfermeiros eram mais propensos a experimentar o abuso verbal frequente se trabalhassem na Urgência geral ou apenas com adultos, no turno da noite, ao fim de semana, do sexo masculino.

A redução do risco de experimentar frequentemente violência física e agressão verbal no serviço de Urgência, foi associada à existência de políticas de comunicação e de

respostas a incidentes violentos no local de trabalho, e ao compromisso da administração do serviço, para a eliminação da violência no local de trabalho contra Enfermeiros.

O efeito do controlo da raiva na equipa de Enfermagem sobre a taxa de violência sofrida por ela no Serviço de Urgência, Eslamian, Fard, Tavakol, & Yazdani (2010)

O estudo pretendeu determinar o efeito de um programa de formação na gestão de raiva pela equipa de enfermagem, sobre a taxa de violência contra ela praticada no serviço de Urgência do Hospital de Al-Zahra em Isfahan.

Tratou-se de um estudo semi-experimental, que decorreu no serviço de Urgência do Hospital de Al-Zahra em Isfahan. Englobou todos os Enfermeiros empregados no serviço de Urgência do Hospital de Al-Zahra em Isfahan (total de 66).

Foi usado um questionário modificado da Organização Mundial da Saúde de 2003, o qual foi traduzido para persa, sendo que as partes que não eram conciliáveis com a cultura do Irão foram removidas e foi adicionado um questionário sobre controlo da raiva. O questionário era constituído por 46 questões que foram divididas em quatro partes.

O Programa foi aplicado em dois grupos (distribuídos aleatoriamente, em grupo de teste e de controlo) em duas fases, tendo sido realizado um pré teste com 10 Enfermeiros do serviço de Urgência. O programa de treino era constituído por 4 sessões semanais acerca de prevenção de violência no trabalho de 60 minutos cada. Durante as sessões educacionais foi promovida a discussão, perguntas e praticadas técnicas de gestão da raiva. O questionário foi aplicado antes das sessões educacionais e imediatamente após.

Em ambos os grupos, antes da intervenção, não havia diferença significativa nas taxas de violência física ( $p = 0,37$ ) e violência psicológica/verbal ( $p = 0,35$ ). Após a intervenção, a distribuição da frequência da violência física entre os dois grupos não apresentou diferença significativa ( $p = 0,5$ ), contudo a distribuição da frequência de violência psicológica/verbal mostrou uma diferença significativa ( $p \leq 0,04$ ).

As taxas iniciais de violência psicológica/verbal e de violência física no local de trabalho no grupo teste foram de 69.74% e 18.2% respetivamente, tendo após a intervenção diminuído para 48.5% e 9.1%. No grupo de controlo inicialmente foram 66.7% e 15.2%, tendo a primeira aumentado para 69.7% e a segundo diminuído para 12.1%.

Previamente ao programa a média de gestão de raiva era 59.52 para o grupo teste e aumentou para 79.07 após o programa, tendo-se mantido aproximadamente nos 58 para o grupo de controlo antes e após a intervenção.

Os Enfermeiros tinham entre 5 a 10 anos de experiência, com idades compreendidas entre 20 e os 50 anos; a idade média do grupo teste foi de 33,7 ( $\pm$  6,9) anos e do grupo de controlo de 33 ( $\pm$  5,65) anos. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em termos de idade e experiência de trabalho.

Os resultados do estudo demonstraram que o treino de gestão da raiva nos Enfermeiros do serviço de Urgência afeta a incidência de violência contra eles, tendo o número médio de exposição a situações agressivas diminuído após a intervenção.

O programa poderá ter um efeito positivo na atitude dos indivíduos para lidar com comportamentos violentos, bem como aumentar a confiança para lidar com situações de violência.

Este estudo tem como limitação não ter avaliado a violência do ponto de vista do doente. Contudo os autores salientam que os direitos do doente e os direitos dos funcionários devem ser ambos considerados, para que possam interagir uns com os outros, sem qualquer tipo de violência no local de trabalho.

Um programa para minimizar a violência em Serviço de Urgência e manter os funcionários seguros, Rees, Evans, Bower, Norwick, & Morin (2010)

Neste estudo pretendeu-se desenvolver um programa de segurança abrangente para Serviço de Urgência elaborado por uma Comissão Interdisciplinar. Os membros da Comissão incluíram: gestores do Serviço de Urgência, pessoal de enfermagem, um coordenador de enfermagem, assistentes sociais, pessoal de segurança e representantes locais da polícia. Antecipando as necessidades de formação que pudessem surgir, um instrutor do departamento de formação também participou.

O Programa de Segurança desenvolvido pela Comissão Interdisciplinar, tinha como componentes: uma grelha com fases de gradação, pistas visuais em forma de cores para os funcionários (em todo o serviço, para representar visualmente o estado de segurança atual), definição do estado de segurança do serviço de acordo com cores pré-definidas (após breve reunião/discussão entre todas as partes, para se tomar a decisão de mudar a cor do status,

e sempre que se proponha diminuição ou aumento do status atual), um plano para controlar o acesso com a presença de seguranças, e o treino dos funcionários (obrigatório para todos os funcionários, ajudando a reconhecer mudanças ambientais que podem escalar para situações de violência se não forem tratadas com rapidez e eficácia, e que incluem, por exemplo, um grande número de visitantes, múltiplas vítimas do mesmo acidente ou evento).

Quando existiam conflitos eminentes, as partes eram separadas conforme a necessidade de acalmar e prevenir situações potencialmente difíceis ou perigosas. Podiam ser removidas de um lado da sala de espera para o outro lado, ou podiam ser completamente postas fora da sala de espera. Como estas situações foram tratadas dependeu das circunstâncias específicas e o tamanho das partes envolvidas. Como último recurso, algumas pessoas podiam ser convidadas a deixar o hospital. Estas situações raras podiam exigir a presença da polícia local.

Dependendo da situação, o pessoal de segurança e a polícia podiam decidir bloquear a área de entrada ao público a partir do estacionamento. Se isso acontecesse, todas as pessoas que se dirigissem ao serviço eram direcionados para uma única porta, para controlar o acesso.

Desde a implementação do programa em 2007, até 2009, o status de segurança foi alterado 39 vezes. Quase metade das mudanças ocorreu nos primeiros 3 meses. Este número diminuiu para 1 a 2 vezes por mês à medida que mais funcionários participaram do treino e todos se familiarizaram com o processo.

Embora a frequência tenha diminuído ao longo do tempo, a duração das mudanças não diminuiu.

Os funcionários relataram sentir-se mais seguros no âmbito do novo programa de segurança, quando o risco de violência é elevado (exemplo: quando uma pessoa com um tiro ou com uma facada entra no serviço).

Desde a implementação do programa, houve um relato de lesão, quando um membro da equipa levou um pontapé por um doente. Não ocorreram ausências ao serviço por lesão desde a implementação do programa. Nos 2 anos anteriores à implementação deste programa, o pessoal sofreu uma série de lesões, murros, pontapés, mordeduras, marcas após ter sido agarrado ou empurrado, e uma luxação.

Os coordenadores de enfermagem relataram que o programa permite que seja a equipa a gerir o ambiente, em vez de permitir que seja o ambiente a geri-la, preparando a equipa para a ameaça potencial, em vez de reagir a ela.

O programa delineou estratégias realistas para atender às necessidades do doente e de sua rede de apoio, uma vez que o pessoal de segurança se concentra na segurança do serviço (na regulação das visitas, plano para controlar a multidão e separação da mesma, quando necessário), permitindo que a equipa de enfermagem se concentre nos cuidados de enfermagem aos seus doentes.

Apesar de todas as vantagens identificadas os autores referem que este programa não está preparado para um ataque repentino e inesperado de violência de um doente, visita, etc.

### Uma Pesquisa da Violência Contra a Equipa do serviço de Urgência em Ancara, Turquia, Talas, Kocaoz, & Akguc (2011)

O objetivo principal deste trabalho foi identificar a proporção de funcionários que tinham experimentado violência física, verbal e assédio sexual no local de trabalho no ano anterior, quais as fontes dessa violências, se os fatores sociodemográficos e profissionais influenciaram a tendência à violência verbal, física e assédio sexual, se o incidente foi relatado e o processo legal iniciado, e qual o estado emocional das vítimas após a violência.

Tratou-se de um estudo descritivo exploratório que decorreu 6 serviços de Urgência (3 hospitais universitários e 3 hospitais estatais) em Ancara, capital da Turquia. O estudo decorreu em 6 meses: entre Março a Agosto de 2009, e englobou todos os funcionários [a amostra foi por conveniência, 568 funcionários concordaram em participar, cerca de metade (270, 47,5%) completaram o questionário e devolveram-no].

O questionário tinha 36 itens (28 perguntas fechadas e 8 perguntas abertas) sobre os tipos de violência, suas fontes, sentimentos e maneiras de lidar com comportamentos violentos.

O questionário tinha 5 seções: a 1ª dizia respeito às características sociodemográficas dos participantes, tais como idade, nível de escolaridade, sexo, profissão, total de anos de profissão e total de anos de trabalho no serviço, tipo de hospital onde trabalha, turnos que pratica e o local de trabalho no serviço, e se tinha algum tipo de treino ou possuía instruções sobre como lidar com a violência de que tinha sido alvo. As restantes seções incluíam perguntas fechadas sobre tipos de violência verbal, física, e tipos de assédio sexual, fontes, sentimentos, resultados, relatórios. Tinham ainda perguntas

abertas sobre relatos dos danos físicos e métodos de coping (lidar) após a violência que tinha ocorrido.

A violência física foi definida como um pontapé, murro, empurrar ou ser repellido; um beliscão, um arranhão ou ser batido; corte e perfuração com uma arma afiada ou comum tiro de arma; levar com objetos atirados ou cuspirem-lhe.

O abuso verbal foi definido como sendo gritos ou ofensas verbais; comportamento inapropriado, ofensivo, rude, ou hostil; ser menosprezado ou humilhado; ser verbalmente ameaçado com pancada, chutos, de morte, com corte e perfuração, ser destacado para uma área remota, ser demitido ou suspenso.

O assédio sexual foi definido como ser submetido a piadas sexuais indesejados, histórias, perguntas ou palavras; pedidos a contragosto para sair; receber chamadas, mails ou telefonemas indesejados; mostrarem-lhe o corpo de forma sexual; ter o seu corpo tocado; ou experimentando uma tentativa de assalto.

Os participantes foram convidados a verificar a lista dos tipos de abuso verbal, bem como ameaças, agressão física e comportamentos de assédio sexual, e se eles tinham experimentado qualquer um dos comportamentos listados a partir de 10 diferentes fontes: doentes, familiares dos doentes, administrador do médico, administrador de enfermagem, médico, Enfermeiro, oficiais médicos e técnicos de medicina de emergência, administradores, seguranças e empregados de limpeza. Além disso, os participantes foram questionados sobre a frequência com que experimentaram algum tipo de violência ou abuso.

Como resultados verificaram que 45,2% dos participantes tinham idades entre os 28 e os 34 anos. Mais da metade eram do sexo masculino e oriundos de universidade. Os médicos representaram 27,0%, os Enfermeiros 22,6%; a maioria tinha menos de 5 anos de experiência em serviço de Urgência, e 45,2% trabalhavam na sala de observação, na admissão do doente ou na sala de reanimação dos serviços de Urgência estudados. Mais de metade (56,7%) trabalhava num hospital universitário.

Dos participantes, 85,2% relataram ter sofrido pelo menos um tipo de violência. Em relação ao tipo de violência 79,6% foi abuso verbal, 55,5% ameaças verbais, 41,1% agressão física e 15,9% assédio sexual. Alguns dos tipos mais comuns de violência física foram: "levar uma estalada", "baterem-lhe", "levar um pontapé" ou "ser empurrado", experimentados por 73,9% dos entrevistados. Um total de 82,3% dos participantes que sofreram abuso verbal afirmou que "lhe gritaram" e que "foi menosprezado ou humilhado". "Ameaças de despedimento" (87,3%) foi a ameaça verbal mais relevante. Piadas sexuais indesejadas, histórias, perguntas ou palavras eram os tipos mais frequentes de assédio

sexual (51,2%). A maioria dos membros da equipa (78,5%) afirmou que não recebeu qualquer tipo de treino sobre como lidar com a violência.

Os participantes do sexo masculino relataram uma maior exposição a mais violência física (47.3%) do que os do sexo feminino (33.6%); os agentes de segurança relataram taxas mais elevadas do que outras profissões (75.0%). As taxas de violência física foram menores entre os membros da equipa que se formou na universidade ( $\chi^2=22.662, p <.0001$ ). Os participantes que trabalham em sala de observação / sala de admissão / reanimação do doente relataram taxas maiores do que aqueles que trabalham em outras secções ( $\chi^2=12.196, p <.01$ ). A exposição a qualquer forma de abuso verbal foi maior entre empregados de limpeza (90.9%) e agentes de segurança (90.6%). Os resultados indicaram que os membros da equipa que trabalharam em "todas as unidades" e "sala de observação / admissão do doente / sala de reanimação" eram mais propensos a enfrentar abuso verbal ( $\chi^2=22.994, p <.0001$ ).

Quanto aos hospitais, uma percentagem mais elevada de abuso verbal ocorreu em hospitais públicos (88.9%) do que os hospitais universitários (72.5%). Descobriu-se que o pessoal na faixa etária dos 28 aos 34 anos e a trabalhar em hospitais estatais experimentaram ameaças verbais mais comumente (65.8%). O assédio sexual foi o tipo menos comum de abuso experimentado pelos participantes (15.9%).

A maioria (88,4%) dos episódios de assédio sexual ocorreu durante os turnos da noite ou da tarde. A faixa etária dos 28 aos 34 anos e os que trabalhavam em hospitais estatais, experimentou a maior percentagem de qualquer tipo de assédio sexual. Quando questionados sobre a identidade dos autores de violência física (90,8%), abuso verbal (98,8%), ameaças verbais (98%) e assédio sexual (100,0%), os participantes identificaram companheiros dos doentes como os autores mais comuns.

"Não fazer nada" e "ficar em silêncio" foram os métodos de *coping* mais comuns entre os participantes (37.2% e 59.5%). O método de *coping* mais comum para as agressões físicas foi "relatar ao diretor do serviço" (56,8%), mas este método foi o menos usado pelos participantes que experimentam abuso verbal (35,8%), ameaça verbal (34,7%) e assédio sexual (34,9%), respetivamente. Quando questionados sobre as reações aos quatro tipos de violência, a reação mais comumente relatada neste estudo foi de tristeza (86,0% por assédio sexual, 82,9% por agressão física e 82,0% para as ameaças verbais). As outras reações foram raiva na agressão física (83,8%), decepção na ameaça verbal (79,3%) aversão/repulsa nas agressões sexuais (69,3%).

Os autores sugeriram que em cada Hospital se instituíssem procedimentos fiáveis para reportar incidentes violentos, de modo que os funcionários se sintam confortáveis e se

incentive ao seu uso; e também fornecer um programa abrangente de serviços de apoio para o pessoal que seja agredido.

O estudo incidiu somente em profissionais, esquecendo de colher dados do agressor.

### Violência no trabalho contra Enfermeiros iranianos que trabalham em serviços de Urgência, Esmailpour, Salsali, & Ahmadi (2011)

O objetivo principal deste trabalho foi encontrar a frequência e a natureza da violência no trabalho (física e verbal) contra Enfermeiros iranianos que trabalham em serviços de Urgência.

Tratou-se de um estudo transversal que decorreu em 11 serviços de Urgência de hospitais associados à Universidade de Ciências Médicas do Teerão (Irão), todos Hospitais Governamentais.

O estudo englobou todos os Enfermeiros (em várias condições de emprego) a trabalhar nos serviços, com pelo menos 1 ano de experiência de trabalho no serviço de Urgência. Num total de 196 Enfermeiros com Bacharelato, a taxa de resposta foi de 94,8% (186), sendo que 178 questionários foram considerados para a análise de dados, e os restantes foram rejeitados por estarem incompletos.

Foi utilizado como método de colheita de dados um questionário adaptado, que tinha sido desenvolvido em 2003 pela Organização Internacional do Trabalho, pelo Conselho Internacional de Enfermagem, pela Organização Mundial de Saúde, pelos Serviços Públicos Internacionais, sobre violência no local de trabalho no sector da saúde. A versão original em inglês foi traduzida para persa.

O questionário tinha 4 seções. A 1ª parte colhia dados das características pessoais e de trabalho. A 2ª e 3ª referiam-se a violência no trabalho: abuso físico, psicológico e verbal. Além disso, se um Enfermeiro experimentou violência no local de trabalho no ano passado, recolhia informações como: natureza, frequência, respostas, consequências e satisfação do tratamento de incidentes, e quais as estratégias e políticas procuradas, para lidar com o incidente. Na 4ª seção, 3 questões abertas recolhiam as opiniões dos Enfermeiros sobre fatores que contribuem para a violência no trabalho e medidas para a reduzir no futuro. Os turnos de trabalho iranianos consistem em manhã (07: 00-14: 00), tarde (14: 00-20: 00) e

noite (20: 00- 07:00). As questões de assédio sexual e raciais foram omitidas devido à escassez de sua ocorrência nos serviços de Urgência/Emergência do Irão.

No período compreendido do estudo (12 meses), 91,6% dos Enfermeiros relataram ter experimentado abuso verbal, e 19,7% violência física. Todos os incidentes de violência física do estudo foram sem-arma.

A maioria eram Enfermeiros de cuidados gerais (93,8%) e o restante Enfermeiros chefe. A maioria dos participantes (63,2%) tinha entre 1 e 5 anos de experiência de trabalho em enfermagem, e eram do sexo feminino (89,1%). Cerca de metade (44,9%) tinham contrato de trabalho. Todos trabalhavam a tempo inteiro em turnos rotativos, e todos tinham contato físico direto com seus doentes. O rácio habitual relatado Enfermeiro/doente era de pelo menos 1: 8. A maioria dos participantes referiu que a sua preocupação com a violência estava num nível 4 ou 5 numa escala Likert de 1 a 5.

Dos participantes, 85,4% indicaram que não existia um procedimento para relatar incidentes violentos no local de trabalho, os restantes escreveram que utilizaram o procedimento de notificação; no entanto, apenas 16 dos restantes 26 sabia como usar o procedimento de notificação. Apenas 24,7% de todos os participantes, foram incentivados a denunciar a violência, sendo os seus colegas a principal fonte de encorajamento.

No decorrer dos 12 meses, 35 Enfermeiros (19,7%) relataram violência física sem-arma. No mesmo período de tempo, a violência verbal foi muito mais frequente (91,6%) do que a violência física. Todos os Enfermeiros sofreram abuso verbal antes de qualquer incidente de violência física. As principais fontes de violência no trabalho eram familiares dos doentes (84,9%).

Incidentes de violência física ocorreram na maior parte das vezes perto da cama do doente, e o abuso verbal pareceu acontecer mais nos postos de enfermagem. A maioria dos incidentes de violência física ocorreu ao sábado, 2ª e 4ª-feiras, e durante os turnos da tarde. O abuso verbal ocorreu mais durante os turnos da manhã, no sábado, 2ª e 4ª-feiras.

A maioria dos Enfermeiros (37,1%) não reagiu em absoluto à violência física. No entanto, no caso de abuso verbal, a maioria pediu aos agressores para parar. A maioria dos Enfermeiros (85,7%) achava que a violência física e o abuso verbal poderiam ter sido evitados. Os incidentes de violência física não foram graves e não requereram nenhuma observação médica.

Os Enfermeiros relataram a violência como uma experiência de vida extremamente stressante, sendo que 40% dos que sofreram de violência física e 25,8% dos que sofreram abuso verbal relataram que tinham ficado extremamente preocupados por memórias repetidas, pensamentos ou imagens do ataque. Evitar pensar ou falar sobre o ataque, ou

evitar ter sentimentos relacionados a ele, foi declarado por um quarto de todos os participantes que sofreram violência física e abuso verbal, dentro do grupo dos que ficaram extremamente preocupados. Cerca de 57% dos Enfermeiros que sofreram violência física ficaram extremamente incomodados, e 31,9% dos Enfermeiros que sofreram abuso verbal tinham ficado um pouco incomodados por estar "sempre alerta" ou "vigilante e em defesa". 62,8% dos que sofreram violência física e 42,3% dos que sofreram abuso verbal tinha ficado extremamente incomodados e com a sensação de que tudo o que fizeram "é um esforço".

Apenas 4 Enfermeiros relataram que se iniciaram ações destinadas a investigar as causas da violência física. Quanto ao abuso verbal, 42 mencionaram que a investigação foi iniciada. O papel mais importante para investigar as causas do abuso verbal coube aos Enfermeiros chefes. Em 50% dos incidentes de violência física, foi entregue relatório à polícia, e a maioria dos que sofreram abuso verbal (57,1%) respondeu que nada aconteceu aos seus agressores.

Após os incidentes violentos, nenhum dos Enfermeiros recebeu qualquer consulta ou outro tipo de apoio dos seus empregadores ou supervisores. A maioria declarou muito baixa satisfação com a maneira como os incidentes foram tratados. "Inútil" foi a resposta mais escolhida como a razão para não relatar os incidentes, quer no que respeita a violência física, quer para o abuso verbal.

Um terço dos que sofreram violência física referiu ter testemunhado violência física nos serviços de Urgência/Emergência entre 2 a 4 vezes. A maioria dos que sofreram violência e 19,6% dos que sofreram violência verbal testemunhou ou experimentou os incidentes e reportaram-nos. Os Enfermeiros do sexo masculino foram vítimas mais frequentes de violência física do que os do sexo feminino. A maioria dos que sofreram abuso verbal testemunhou esse tipo de abuso diariamente.

O estudo incidiu somente em 2 tipos de violência: física e verbal, e somente em profissionais, esquecendo o agressor.

Um programa educacional para prevenir, gerir e recuperar da Violência no Trabalho, Gillespie, Gates, & Mentzel (2012)

Este estudo avaliou os resultados da aprendizagem de funcionários de serviços de Urgência que completaram um programa de educação para a violência no trabalho, feito especificamente para o seu ambiente de trabalho. Os objetivos secundários foram reduzir a

incidência de ameaças físicas e agressões contra funcionários de serviço de Urgência, e reduzir as consequências negativas.

Tratou-se de um estudo quasi-experimental que decorreu em 3 serviços de Urgência do Centro-Oeste dos EUA de diferentes hospitais: um Centro de Trauma urbano Nível I, um hospital urbano, e um hospital suburbano. Englobou todos os funcionários dos 3 serviços, sendo que somente os funcionários em licença de maternidade ou de baixa médica foram excluídos. No total, 315 funcionários completaram o programa educacional.

O programa educacional compreendeu 4 etapas. As etapas 1-3 foram transmitidas através de *e-learning* (foi disponibilizado link), e incluíram um pré e um pós-teste (para avaliar os conhecimentos), demorando sensivelmente 3 horas para serem concluídas. A 4ª etapa consistiu num programa de educação em sala de aula com 2 horas de duração.

Cada etapa foi apresentada de forma cronológica, de modo que o conteúdo para a etapa seguinte assentasse sobre o conteúdo aprendido durante as etapas anteriores. A etapa 1 iniciou-se a 01 de Junho de 2010. A divulgação do conteúdo do programa foi ao longo de 4 meses.

Os funcionários eram maioritariamente pessoal assistente não licenciado (47.9%) e Enfermeiros (41.3%). O grupo maior trabalhava num serviço urbano, seguido pelo centro de trauma Nível I e o suburbano.

Ouve uma alteração estatisticamente significativa [ $t(314) = 10.811, p < 0.001$ ] com base nas alterações de pontuação pré-teste/pós-teste para o grupo de aprendizagem baseado na *web* e para o grupo de aprendizagem híbrida baseada na *web* / em sala de aula. Contudo concluiu-se que não houve diferença significativa na aquisição de conhecimento entre os dois grupos [ $t(313) = 1.493, p = 0.136$ ].

Foi observada uma aquisição significativa de conhecimento nos funcionários que completaram este programa educacional, talvez por este ser um problema profundo para os mesmos. A divulgação escalonada do conteúdo do programa ao longo de um período de 4 meses também se demonstrou.

O estudo revelou que os resultados da aprendizagem baseada na *web* não eram diferentes dos resultados com a aprendizagem baseada na *web* juntamente com um componente de sala de aula.

Este estudo tem algumas limitações: não foi verificada na prática uma redução da violência (antes e após a intervenção), somente testaram conhecimentos, e a intervenção incidiu somente em profissionais, esquecendo o agressor.

## Avaliação de um Programa Abrangente de Prevenção da Violência em Serviço de Urgência, Gillespie, Gates, Mentzel, Al-Natour, & Kowalenko (2013)

O objetivo principal deste estudo consistiu em planejar, implementar e avaliar um programa, multifacetado e abrangente, de prevenção de violência no trabalho em Serviço de Urgência.

O programa decorreu em 3 Serviços de Urgência de diferentes hospitais: um Centro de Trauma urbano Nível I, um hospital urbano, e um hospital suburbano. Englobou todos os funcionários dos 3 serviços que prestam assistência direta ao doente: Enfermeiros, médicos e pessoal assistente não licenciado; e decorreu em 21 meses.

Nos 9 meses antes da intervenção, procedeu-se á recolha da incidência de violência no trabalho para determinar a extensão local do problema. Os dados suportaram a necessidade de uma intervenção multi-componente: políticas e procedimentos, educação, e mudanças ambientais. Elaboraram-se melhores políticas e procedimentos práticos (adaptados a cada serviço em colaboração com os líderes) difundidos usando a intranet, folhetos, cartazes, reuniões de pessoal, cartões crachá identificativos, e numa sessão em sala de aula;

Durante os 3 meses de implementação, todos os locais adotaram um sistema para alertar o pessoal não-clínico que uma pessoa violenta estava na sala. O Serviço suburbano instalou botões de pânico, um sistema de trancagem de portas, e câmaras de circuito fechado, subcomponentes já em vigor nos outros. Os subcomponentes do programa eram: rondas no lobby de entrada; rastreio de todos os doentes para identificar os primeiros sinais de escalada de violência; implementação de pergunta sobre arma escondida durante a triagem sinalização de doentes com história de violência ou que exibissem sinais potenciais de violência; níveis de reconhecimento que alertassem os trabalhadores para o nível de risco de violência no Serviço de Urgência/Emergência; tabela de respostas a eventos violentos; cuidados após eventos violentos; relatos de episódios de violência e averiguações; análises pós-incidente; e relatórios de vigilância trimestrais.

Decorreu uma avaliação formativa da execução do programa e a uma avaliação sumativa do programa e componentes, 9 meses após a implementação, que começou com uma amostra de 80 funcionários, mas destes apenas 53 completaram a avaliação on-line do programa.

O menor Serviço, o suburbano, teve os melhores resultados na institucionalização e sustentação da intervenção durante os 9 meses do período pós-implementação, enquanto o maior, o Centro de Trauma urbano Nível I, teve o menor sucesso.

Os 53 trabalhadores avaliaram o programa como moderadamente benéfico: os Enfermeiros (n=35) avaliaram com a média mais alta, enquanto os médicos (n=9) avaliaram o benefício com a média mais baixa. Não foi surpreendente esta classificação dos médicos, dado que somente alguns participaram nas reuniões de planeamento, e só 12 participaram na componente educacional do programa.

Os funcionários do serviço suburbano avaliaram o programa com um benefício mais elevado que os dos serviços urbano e do Centro de Trauma urbano Nível I.

Todos os funcionários avaliaram a facilidade de implementação do programa como moderada. Os Enfermeiros (35) avaliaram com uma facilidade mais elevada, os médicos a seguir, e por último o pessoal assistente não licenciado. Em relação ao mesmo tópico, os funcionários do serviço suburbano avaliaram a facilidade mais elevada, seguidos pelo Centro de Trauma urbano Nível I e pelo urbano.

A importância dos subcomponentes do programa variou de muito importante para vigilância e monitorização, a importante para políticas e procedimentos. Além destes, foram considerados como importantes, as mudanças ambientais, a educação e os cuidados pós incidente. A participação de Seguranças e da Polícia foi positiva.

Os autores sugeriram como estratégia para envolver todas as partes, mesmo o difícil grupo dos médicos, a criação de um programa a nível regional, para que todas as entidades da região se tornem participantes ativos.

Embora os doentes tenham participado durante o desenvolvimento do programa, os seus dados não foram recolhidos para a avaliação do programa.

## Violência no trabalho contra Enfermeiros nos serviços de Urgência na Jordânia, Albashtawy (2013)

Os autores analisaram a incidência, características e fatores que contribuem para a violência no trabalho cometido contra Enfermeiros em serviços de Urgência hospitalares na Jordânia.

Tratou-se de um estudo transversal, que durou 3 meses (de 1 de Maio a 31 de Julho de 2011). Das 12 províncias, escolheu-se aleatoriamente um hospital (governamental ou privado) de cada uma. Após a seleção aleatória, oito hospitais governamentais e quatro privados foram incluídos.

De entre todos os Enfermeiros dos serviços escolhidos, num total de 417 (339 governamentais; 78 privados), foi escolhida uma amostra por conveniência de 313 para participar. Destes, apenas 227 (36.1% homens, 63.9% mulheres) preencheram os critérios de inclusão (a taxa de resposta foi de 72,5%).

Foi divulgado um questionário como método de colheita de dados, e recolhidos os preenchidos ao fim de cada semana, com a ajuda e coordenação dos supervisores dos serviços de Urgência.

O questionário tinha 5 partes, com um total de 19 questões: a 1ª (6 questões) cobria características demográficas e profissionais dos participantes; a 2ª (5 questões) era composta por perguntas sobre experiências de violência física ou verbal e outras questões sobre o contexto de incidentes violentos (frequência, hora e local) e a natureza dos seus responsáveis; a 3ª (3 questões) questionou sobre as políticas dos hospitais em relação à violência, treino de segurança e treino sobre como lidar com o comportamento violento; a 4ª (2 questões) abrangeu o apoio que os Enfermeiros receberam durante e após os incidentes de violência; a 5ª incluiu 3 perguntas abertas: uma sobre as razões para os incidentes de violência não serem reportados, uma sobre fatores que contribuíram para a violência no local de trabalho a partir da perspectiva dos participantes durante o último ano, e outra sobre os locais dentro do serviço, onde o incidente violento ocorreu.

As idades variaram dos 20 aos 58 anos, aproximadamente 53% tinham 30 anos, a média situou-se nos 29.3 anos ( $\pm 8.4$ ). Mais de 50% eram casados, e menos de 2% eram divorciados ou viúvos. A experiência média no serviço foi de 2,95 anos, com a categoria de 1-5 anos, a mais prevalente. 80% eram empregados do Governo e 60% possuíam bacharelato em enfermagem.

Dos participantes 75,8% reportaram terem sido expostos a pelo menos um tipo de violência. O número de incidentes de violência verbal foi aproximadamente 5 vezes maior do que o número de incidentes de violência física no último ano (63,9% e 11,9%, respetivamente). Entre os autores de violência verbal e física, os doentes foram os principais (n=64, correspondente a 44.1% para a violência verbal e n= 13, correspondente a 48.1% para a violência física).

A maioria dos incidentes violentos ocorreu durante o turno da tarde (15:00-23:00), tanto para a violência verbal como a física [respetivamente n=63 (43.4%) e n=12 (44.4%)],

por 2 razões: a falta de pessoal administrativo, que sai cerca das 16 horas, e o grande número de doentes que recorrem ao serviço à tarde, após os ambulatórios, clínicas e centros de saúde fecharem as portas e deixando-os sem alternativa.

O único preditor negativo significativo da violência foi o número de anos de experiência no serviço de Urgência: 5 anos ou menos.

Este estudo mostra que o aumento do tempo de espera, a superlotação, e as altas expectativas dos clientes e suas famílias podem ser entendidos como os principais causadores para o reforço e estímulo de atos violentos; 85% dos Enfermeiros afirma que não existem políticas anti violência no seu local de trabalho, e mais de três quartos dos Enfermeiros precisam de treino sobre como lidar com a violência; os Enfermeiros são mais suscetíveis de serem expostos à violência do que as Enfermeiras, o que se explica por a violência contra as mulheres na Jordânia ser cultural e religiosamente inaceitável; os Enfermeiros com mais de 30 anos de idade, com experiência no serviço há mais de 5 anos, mais qualificados, são os que estão menos expostos a situações de violência, uma vez que a sua maturidade lhes permite implementar uma comunicação terapêutica e de prever, avaliar, gerir, julgar e avaliar situações de tensão.

Os autores recomendam a criação de grupos de discussão e de estudos de larga escala, que investiguem as consequências da violência sobre a satisfação dos Enfermeiros, e sobre a qualidade e quantidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade no sector da saúde.

O estudo incidiu somente em 2 tipos de violência: física e verbal, e somente em profissionais, esquecendo o agressor.

### Profissionais de Saúde e a violência no trabalho nos serviços de Urgência de uma Metrópolis volátil: resultados de Karachi, Paquistão, Zafar et al. (2013)

O objetivo principal deste trabalho consistiu em determinar a prevalência e a natureza da violência no trabalho relatada por médicos e Enfermeiros que trabalham nos serviços de Urgência de 4 grandes hospitais terciários em Karachi. O objetivo secundário foi compreender o impacto na saúde mental após se experienciar violência no trabalho.

Tratou-se de um estudo transversal realizado entre Setembro e Novembro de 2008, que utilizou um questionário amplamente utilizado e que foi desenvolvido pelo Programa Conjunto sobre a Violência no Trabalho no Sector da Saúde da Organização Internacional

do Trabalho, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, e pela Organização Mundial de Saúde.

Foi aplicado em 4 serviços de Urgência dos maiores hospitais terciários de Karachi, Paquistão (2 privados sem fins lucrativos e 2 do setor público) e englobou todos os médicos e Enfermeiros (total de 310) que trabalhavam nesses 4 serviços no início de Setembro de 2008. 266 questionários foram incluídos neste estudo (a taxa de resposta foi de 86%).

O questionário foi dividido em secções: a 1ª seção com 19 questões relativas á vida pessoal e às características do local de trabalho. A 2ª incidiu sobre violência física no local de trabalho, se nos últimos 12 meses o entrevistado tinha sido fisicamente atacado no local de trabalho, se houve uma arma envolvida, a identidade do atacante, o local e a hora do ataque, e as consequências para o atacante. Continha ainda outro conjunto de perguntas para avaliar o grau de preocupação desde o último ataque. A 3ª seção tinha questões relacionadas com violência psicológica ou abuso verbal (se nos últimos 12 meses, o entrevistado tinha sido verbalmente abusado no local de trabalho e em caso afirmativo, quantas vezes).

Foi usada a versão em inglês e em urdu, a língua comum em Karachi. Usou-se uma medida padronizada que permite que os resultados deste estudo possam ser comparados com os de outros países que tenham utilizado o mesmo instrumento ou um similar.

A maioria era do sexo masculino (54.9%), com idade inferior a 30 anos (62.8%), solteiros (53%); só 10% tinham idade superior a 39 anos de idade, existiu uma proporção igual de médicos e Enfermeiros. Cerca de 16% tinha menos de 1 ano de experiência no sector da saúde em comparação com 48% que tinham entre 1 e 5 anos. Dois terços da amostra tinham emprego a tempo inteiro e 87% tinham trabalhado durante o turno da noite (18:00-07:00) no último ano.

Os resultados demonstraram que nos últimos 12 meses 16,5% dos médicos e Enfermeiros relatou ter sido atacado fisicamente. A maioria eram Enfermeiros, do sexo masculino, com menos de 30 anos, com 5 anos ou menos de experiência no sector da saúde, 23% com idade superior a 39 anos, e metade estavam empregados no setor público e metade dos hospitais do setor privado. Em 29.6% das agressões físicas foi usada uma arma.

Na maioria dos casos de agressão física, o agressor era um familiar/acompanhante de um doente (63.6%), e nos restantes casos o agressor era o doente (20.4%), um membro do pessoal (6.8%), um supervisor/gerente (4.6%), ou alguém do público em geral (4.6%). Pouco mais de um terço dos ataques ocorreu durante a noite (00:00 e 07:00) e 27,2% ocorreu no período da tarde (13:00 e 18:00). A grande maioria das pessoas que relataram

ter sido atacadas fisicamente pensou que o último ataque poderia ter sido evitado, e 48% relataram que nenhuma ação foi tomada para investigar as causas do incidente.

Dos participantes, 64% referiram que nenhuma ação foi tomada contra o atacante, enquanto que 16% relataram que o atacante foi verbalmente avisado. Apenas 2 inquiridos disseram que o incidente foi comunicado à polícia e ninguém afirmou que o atacante foi processado.

Em relação ao abuso verbal, 72,5% dos participantes relataram ter sofrido do mesmo nos últimos 12 meses. A maioria também eram Enfermeiros, sendo que 46% era do sexo feminino, tinha menos de 30 anos, com 5 anos ou menos de experiência no sector da saúde. Cerca de 46% trabalhavam em hospitais públicos. Em 70% dos casos, o incidente envolveu abuso de um parente de um doente, 16% foi um doente, 7,3% um membro da equipa, e 3% um supervisor ou um membro do público em geral.

Os participantes referiram que em 67,4% dos incidentes foram "às vezes" abusados verbalmente, 19% disseram que foram abusadas apenas "uma vez", 13,5% disseram que foram abusados.

Em comparação com aqueles que relataram agressão física, uma proporção menor disse que o último incidente de abuso verbal poderia ter sido evitado (72,5% versus 86,4%) ou que qualquer ação foi tomada para investigar as causas do incidente (22% em comparação com 31,8%). Por fim, 62% disseram que não houve consequências para o agressor.

Os médicos tinham menos probabilidade de denunciar ataques físicos do que os Enfermeiros (OR 0,46; IC 95% 0,2–1,0). O pessoal com mais experiência de trabalho (OR 4,8, IC 95% 2,0–11,7) e aqueles que declararam que haviam procedimentos para relatar violência no seu local de trabalho (OR 3,2, IC 95% 1,6–6,5), eram mais propensos a relatar abuso verbal.

Ter mais idade ( $p = 0.0001$ ) e ser Enfermeiro ( $p = 0.04$ ) foram associadas a uma maior probabilidade de relatar incidentes violentos nos últimos 12 meses.

Numa escala de 1 a 5 (sendo 5 "muito preocupado") a média para toda a amostra foi de 3,57, o que sugere um alto nível de preocupação com a violência no trabalho. Os entrevistados também relataram ser incomodados por memórias recorrentes de incidentes, sentimentos de evasão, constante estado de alerta, e a sensação de que tudo constituía um esforço.

Os níveis relatados de violência no trabalho em Karachi são mais elevados que noutros países onde estimativas semelhantes foram realizadas, e estão também associados a um impacto substancial na saúde mental do pessoal da saúde.

O estudo incidiu somente em profissionais, esquecendo de colher dados do agressor. O estudo enfatizou somente em 3 tipos de violência: física, psicológica e verbal.

Violência no serviço de Urgência: um estudo multicêntrico sobre a percepção das enfermeiras na Nigéria, Ogundipe et al. (2013)

O objetivo principal foi determinar a epidemiologia da violência contra os Enfermeiros que trabalham no serviço de Urgência, a percepção dos Enfermeiros sobre o que constitui a violência, os efeitos da mesma sobre a produtividade, e potenciais estratégias preventivas.

Tratou-se de um estudo transversal que decorreu em 6 serviços de Urgência de 6 hospitais terciários em 5 estados na Nigéria. O estudo decorreu em 2 meses: Outubro e Novembro de 2009, e englobou todos os Enfermeiros certificados a trabalhar nos serviços de Urgência seleccionados no momento do estudo. Os Enfermeiros que trabalhavam nos serviços de Urgência de pediatria e de ginecologia e obstetrícia foram excluídos do estudo. Um total de 81 Enfermeiros das 6 instituições envolvidas respondeu ao questionário, correspondendo a uma taxa de resposta de cerca de 90%.

Utilizou-se um questionário semiestruturado sobre a percepção da violência entre os Enfermeiros, que sondava definições de violência dos entrevistados, a sua percepção sobre a epidemiologia, o número de incidentes violentos no último ano, causas da violência e medidas estratégicas disponíveis para a prevenção, o efeito da violência sobre o desempenho no trabalho, satisfação no trabalho e escolha de carreira, e os atributos possuídos pelo Enfermeiros para reduzir, evitar ou prevenir a violência.

O rácio entre homens e mulheres foi de 1: 4. A idade dos Enfermeiros variou de 25-57 anos, com uma idade média de 39.33 anos. O número médio de anos de pós-qualificação foi 13,2 anos e número de anos de experiência de trabalho no serviço de Urgência foi de 5,3 anos.

A maioria dos entrevistados (81.2%) tinha uma definição correta sobre a violência no trabalho. 88,6% já tinha testemunhado violência no serviço de Urgência contudo, apenas 65,0% tinham sido vítimas diretas. A violência foi na sua maioria praticada por visitantes (familiares ou amigos dos doentes). Homens foram responsáveis pela maioria da violência

(76,6%), depois mulheres (10,4%) e ambos os sexos para 13,0% dos casos. A maioria dos atos de violência teve lugar durante a noite (38,0%).

Apenas 15,8% dos Enfermeiros já foram ameaçados com uma arma. As razões percebidas para a violência nas diferentes instituições consistem nas seguintes (classificadas numa escala de 0 a 5): intoxicação alcoólica (média de 3.75), abuso de substâncias (média de 2.67), a superlotação (média de 3.91), subcontratação de pessoal (média de 3.57), tempos de espera (média de 3.88), pouca ou nenhuma medida de segurança no local (média de 3.69), longa permanência no serviço de Urgência antes da transferência para enfermarias ou outro serviço apropriado (média de 2.92), e disseminação de gangues ou conflito de cultos diferentes (média de 2.79).

Insatisfação no trabalho, perda de autoestima e diminuição da produtividade foram os principais efeitos da violência serviço de Urgência sobre os inquiridos.

Todas as instituições tinham falta de estratégias básicas de prevenção. Dos entrevistados, 74,3% não tiveram qualquer tipo de formação no reconhecimento e/ou gestão de violência. Para aqueles que tiveram algum tipo de formação, 89,5% foi de maneira formal ou seminário, lecionada por organizações não-governamentais, ministérios de saúde, hospitais e instituições de formação.

A maioria dos Enfermeiros não estava satisfeito com o serviço de Urgência que considera não seguro (79.4%), contudo poucos desejavam a transferência para outros serviços. A maioria dos Enfermeiros era da opinião que as seguintes competências dos Enfermeiros poderiam atenuar a violência: disponibilidade (85%), respeito (85%), apoio (53%) e capacidade de resposta (68%).

O estudo incidiu em profissionais de saúde esquecendo o agressor.

Implementação de uma intervenção abrangente para reduzir agressões físicas e ameaças no serviço de Urgência, Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler, & Succop (2014)

O objetivo principal deste estudo foi testar a eficácia de um programa para reduzir a incidência de violência no trabalho contra os profissionais de saúde de um serviço de Urgência, efetuada por doentes e visitantes. Os objetivos secundários foram descrever as taxas de violência no trabalho e o número de eventos violentos.

Tratou-se de um estudo quasi-experimental que decorreu em 6 serviços de Urgência: 2 classificados como centros de trauma nível I; 2 classificados como terciários urbanos; e 2 classificados como suburbanos de base comunitária. O estudo decorreu durante 18 meses: 9 meses antes da intervenção e 9 meses depois, e englobou todos os funcionários (ofereceram-se como voluntários 220 funcionários, 209 foram utilizados para a análise estatística). Foi necessária uma amostra estratificada com um mínimo de 160 participantes para se poder ter poder estatístico para testar a eficácia da intervenção.

Foram desenvolvidos 3 inquéritos como método de colheita de dados: um inquérito demográfico usado para colher informações sobre a ocupação dos participantes, idade, sexo, e experiência anterior com violência no trabalho; uma pesquisa mensal para determinar o número de agressões e ameaças físicas experimentadas durante o mês anterior; e uma pesquisa de eventos violentos que era preenchida para cada agressão ou ameaça física identificada nos inquéritos mensais, e que incluía a data do evento, se o agressor era um doente ou visitante, a queixa principal do doente, o sexo do agressor e idade, se o participante relatou o incidente no seu serviço, e se ele(a) recebeu um esclarecimento formal ou informal após o evento.

O programa de intervenção teve 3 componentes: mudanças ambientais; políticas e procedimentos; e educação e formação, que foram implementadas num hospital, que serviria posteriormente para comparação. Os 6 serviços de Urgência concordaram em não implementar novas políticas, procedimentos, formação ou mudanças ambientais relacionadas com violência no local de trabalho durante o período de estudo.

Os participantes eram principalmente do sexo feminino, Enfermeiros, e trabalhavam em centros de trauma nível I. A idade média dos participantes foi de 37,3 anos. A maioria dos participantes tinha sido ameaçado ou agredido pelo menos uma vez durante os 18 meses da colheita de dados. Foram relatados 1333 eventos nos inquéritos mensais e 832 nas pesquisas de eventos violentos.

A maioria das agressões (96%) e das ameaças físicas (86.3%) foram cometidas por doentes. Ambas ocorreram mais comumente quando o doente estava a ser tratado por uma condição psiquiátrica (34% para agressões e 28% para ameaças físicas) ou por abuso de substâncias (18% para agressões e 23% para ameaças físicas).

Doentes com diagnóstico de dor tiveram uma menor percentagem de agressões do que o esperado, enquanto a alteração do estado mental teve a maior percentagem de agressões ( $P < .0001$ ). Os agressores com mais de 70 anos foram responsáveis pela maior percentagem de agressões mas por menos ameaças ( $P < .0001$ ). As mulheres foram responsáveis por mais agressões e os homens por mais ameaças do que o esperado

( $P < .0001$ ). A hora do dia em que ocorreu o evento violento não foi significativa; destaca-se que a maioria das agressões e das ameaças ocorreu entre meio-dia e meia-noite (70% e 63% respetivamente).

A maioria dos participantes não completou um relatório formal das agressões e das ameaças físicas (60% e 62% respetivamente); e a maioria também não recebeu qualquer esclarecimento formal ou informal (88% para as agressões e 89% para as ameaças físicas). Das agressões relatadas 20% resultaram em ferimentos.

A hipótese de que os locais de intervenção teriam uma redução significativamente maior de eventos violentos em comparação com os locais de comparação, não foi comprovada. Contudo é importante notar que 2 dos locais de intervenção tiveram uma diminuição significativa de eventos violentos [especificamente, o serviço de Urgência classificados como suburbanos de base comunitária demonstrou uma redução significativa na taxa de assaltos (de 0.20 a 0.11,  $P < .05$ ) e o serviço de Urgência classificados como centros de trauma nível I teve uma diminuição significativa nas ameaças físicas (de 0.60 a 0.47,  $P = .002$ )].

Os resultados sublinham que a eficácia de programas de prevenção se baseia, não só em estratégias que examinem os fatores de risco relacionados com os doentes, funcionários, e programas de empregador, mas com a participação dos trabalhadores, compromisso de gestão e apoio.

Violência no trabalho contra profissionais de saúde em serviços de Urgência Cipriotas: uma pesquisa nacional por questionário, Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou (2015)

O objetivo principal do estudo consistiu em descrever o fenómeno da violência no local de trabalho vivida pelos profissionais de saúde de serviços de Urgência públicos da República do Chipre. Pretendeu-se ainda descrever a prevalência, as características, os fatores precipitantes e fornecer sugestões para melhorar a violência no local de trabalho em todos os 9 serviços de Urgência públicos da República do Chipre.

Tratou-se de um estudo transversal retrospectivo que decorreu em todos os 9 serviços de Urgência públicos da República do Chipre. O estudo decorreu em 4 meses: Novembro de 2012 a Fevereiro 2013, e englobou todos os Enfermeiros e médicos ( $n = 365$ ) que trabalhavam nos 9 serviços de Urgência públicos da República do Chipre.

Os dados foram colhidos através de uma versão do Formulário de Incidente Violento, em língua grega. O questionário era composto por 14 itens principais, incluindo: a hora e local do incidente violento (sala de espera, sala de exame, corredor, etc.); características dos agressores (sexo, idade); se era um doente, parente ou membro da equipa; as condições que precipitaram o incidente (álcool, narcóticos, medicamentos, doença mental); o tipo de incidente violento (verbal ou física); outras ações tomadas durante o incidente (ação individual, a ajuda de colegas); lesões e emoções para a vítima (por exemplo, ansiedade, raiva, medo, humilhação).

Adicionaram-se perguntas ao questionário original para recolher: idade, sexo e experiência de trabalho; informações sobre a frequência percebida destes incidentes (por meio de uma escala de Likert de 5 pontos); existência de procedimentos de comunicação de incidentes na organização de saúde e se os profissionais de saúde são encorajados a relatar tais incidentes; se existiu baixa médica após o incidente, e o grau de satisfação da vítima com as ações tomadas pela administração (escala de Likert de 5 pontos); sugestões de como tratar eficazmente o fenómeno.

Dos questionários distribuídos 220 foram devolvidos, sendo que a taxa de resposta global foi de 60,27%, e a amostra composta por 180 Enfermeiros, 30 médicos e 10 indivíduos que não divulgaram sua ocupação.

Dos que responderam, 76.2% indicaram que haviam sofrido violência no local de trabalho durante os últimos 12 meses, com 15.9% a relatar violência verbal diária, 19.1% referiram pelo menos um incidente de violência física e 14.5% relataram pelo menos um incidente de assédio sexual. Um grande número não relatou nem agressão física (71.7%) nem assédio sexual (81.3%).

A maioria dos incidentes violentos ocorreu à sexta-feira ou ao sábado, entre 21: 00-06: 00 (50%) e dentro das áreas de avaliação e de tratamento mais amplas, como a sala de emergência, a sala de triagem, e os cubículos. Tendo, 72% referido que não havia outras pessoas ao redor no momento do incidente, apesar da maioria trabalhar com outros colegas presentes pelo menos 50% do tempo, sendo que 88.8% dos incidentes envolveu abuso verbal e foram geridos exclusivamente pela vítima.

As consequências deste ataque incluíram (por ordem de resposta) raiva (59.7%), desapontamento (34.7%), *stress* (27.6%), medo (15.3%), humilhação (13.8%), irritação (8.7%), lesão física (2%), sensação de incompetência (1%) e culpa (1%). Para 82.9% das vítimas o incidente não resultou em ausência do trabalho, e consideram o incidente violento como sendo típico do serviço de Urgência, embora 51.9% acreditem que o incidente poderia ter sido evitado.

Os agressores eram sobretudo homens (80.6%), com mais de 30 anos (62.6%), familiares ou amigos do doente (59.1%). Nenhum dos agressores foi identificado como estando sob a influência de medicação, embora em 17.9% se julgasse estarem sob a influência de álcool.

A maioria dos participantes (72.2%) não reportou o incidente, 13% denunciaram à polícia e 5.6% à entidade patronal. As razões para não relatar o incidente foram: não o considerar importante, não saber como o relatar, ter medo de consequências negativas, sentir vergonha ou incompetência, e ninguém lhes ter pedido para o fazer. Contudo, 35,2% indicaram a presença de encorajamento para relatar incidentes, sobretudo a partir de colegas, administração, família, sindicatos ou amigos.

Em relação à satisfação com o modo como o seu empregador lidou com o incidente, 37.5% ficaram " muito insatisfeitos ", 14.3% " insatisfeitos ", 20.8% " nem satisfeitos nem insatisfeitos ", 17.3% "satisfeitos" e 10.1% "muito satisfeitos".

O estudo demonstrou que se um participante tem experiência de trabalho entre 1 e 5 anos, enfrenta um risco de violência no trabalho 5 vezes maior do que um com 20 anos de experiência; os inexperientes estão em maior risco de sofrer violência no trabalho. No geral, as equipas de serviço de Urgência estão cada vez mais preocupadas com agressões físicas.

A violência no trabalho está altamente correlacionada com a falta de incentivo para reportar incidentes violentos, e com um sentimento prévio a um incidente violento que está prestes a ocorrer e ter que lidar com isso pessoalmente. As sugestões de melhoria incluem mais medidas de segurança (26,7%), e educação pública sobre o uso apropriado do serviço de Urgência (15,2%).

Os autores concluem que é necessária formação, políticas de segurança, incentivo ao reporte de incidentes violentos e apoio à equipa depois de um incidente violento. Pesquisas futuras devem tentar incluir ponto de vista do agressor.

O estudo incidiu somente em profissionais de saúde, esquecendo o agressor.

A violência no local de trabalho contra Enfermeiros de serviço de Urgência Versus Enfermeiros de serviço de Internamento no Hospital Universitário de Mansoura, Egito, Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty, & El-Sayed (2015)

O objetivo principal foi estimar a prevalência e os fatores de risco associados aos diferentes tipos de violência contra os Enfermeiros que trabalham no serviço de Urgência em comparação com aqueles que trabalham noutros serviços, as circunstâncias da violência, o os autores da violência, e a resposta das vítimas.

Tratou-se de um estudo comparativo transversal que decorreu no serviço de Urgência e no serviço de internamento de Medicina Interna, no Hospital Universitário de Mansoura (um hospital terciário que oferece atendimento gratuito de emergência para a população em geral). O estudo decorreu num mês: Janeiro 2013.

Foi utilizado um questionário adaptado desenvolvido pela Organização Internacional do Trabalho, pelo Conselho Internacional de Enfermagem, pela Organização Mundial de Saúde, pelos Serviços Públicos Internacionais, sobre violência no local de trabalho no sector da saúde.

O estudo englobou todos os Enfermeiros que trabalhavam no serviço de Urgência há pelo menos 1 ano. Foram distribuídos 134 questionários, 128 foram devolvidos (taxa de resposta = 95,5%).

O questionário foi também distribuído para 152 Enfermeiros que trabalham no serviço de internamento de Medicina Interna: 147 questionários foram devolvidos (taxa de resposta = 96,7%).

O questionário tinha 5 seções. Os dados referentes às características pessoais e de trabalho estavam na 1ª parte. A 2ª e 3ª partes eram relacionadas à violência física, violência verbal, o bullying / mobbing, e assédio sexual. A 4ª parte questionava se o Enfermeiro tinha sofrido violência no último ano, procurando informações como natureza, frequência, respostas, consequências e satisfação de tratamento de incidentes, estratégias e políticas para lidar com o incidente. A 5ª parte foi suprimida porque não existia uma política formal para gerir a violência no hospital estudado.

A maioria dos participantes dos dois grupos era do sexo feminino (89.8% em serviço de Urgência e 96.6% em serviço de Internamento), e a média de idades era  $33.1 \pm 6.9$  anos para o serviço de Urgência e de  $30.7 \pm 8.2$  anos para o serviço de Internamento.

A duração média do emprego para os Enfermeiros de Urgência ( $12.3 \pm 5.96$  anos) foi maior do que os Enfermeiros do Internamento ( $7.8 \pm 3.8$  anos). Em relação ao tempo de

trabalho, a maioria dos Enfermeiros de Urgência (78,9%) e 53,7% dos Enfermeiros de internamento trabalham a tempo inteiro. Cerca de três quartos de ambos os grupos trabalham no turno da noite. No que respeita ao número de colegas, 56,2% dos Enfermeiros de Urgência trabalham em grupos de mais de cinco colegas, enquanto que 80,7% dos Enfermeiros de internamento trabalham em grupos de até cinco colegas.

Os Enfermeiros de Urgência (54,7%) expressaram que estão muito preocupados com a violência em comparação com apenas 6,8% dos Enfermeiros de internamento.

Quanto ao tipo de violência sofrida durante um ano, 28,1% dos Enfermeiros de Urgência relataram exposição a dois tipos de violência, enquanto que 46,9% dos Enfermeiros de internamento relataram exposição apenas a um tipo de violência.

Em relação à prevalência de violência no ano anterior, a violência verbal apresentou a maior prevalência (60.2% para Enfermeiros em serviço de Urgência e 42.9% para Enfermeiros em serviço de Internamento) e o assédio sexual a menor prevalência quer nos Enfermeiros de Urgência quer nos de internamento (30.5% para Enfermeiros em serviço de Urgência e 11% para Enfermeiros em serviço de Internamento).

Ter a especialidade de Urgência, trabalhar por turnos e ser mais jovem estão associados à violência física, enquanto que ter a especialidade de Urgência e trabalhar por turnos estão associados à violência verbal. Ter a especialidade de Urgência é o único preditor para o bullying / mobbing, e por último, ter a especialidade de Urgência, trabalhar por turnos, a idade mais jovem, e número de colegas estão associados ao assédio sexual.

O lugar mais comum para violência física, verbal e assédio moral, foi dentro do hospital (43.6%, 65% e 71.2% respetivamente), enquanto que para o assédio sexual, 52,7% das pessoas relataram que ocorreu fora do hospital. Familiar / visitante foi o tipo mais comum de agressor na violência física, verbal e assédio moral, enquanto 36,4% dos entrevistados relataram que o autor do assédio sexual foi um dos colegas.

No que respeita à resposta da vítima de incidente violento (físico, verbal ou bullying), a maioria das pessoas relatou que não tomou nenhuma ação contra esses atos (71.8%, 77.1% e 73.7% respetivamente), enquanto que cerca de metade dos expostos a assédio sexual (50.9%) relataram fingir que isso nunca aconteceu.

No que concerne à violência física e assédio sexual, a angústia extrema é a resposta mais frequente como resultado de ataques violentos (45.5% e 69.1% respetivamente). Para a violência verbal e assédio / mobbing, o sofrimento extremo é também a resposta mais frequente (39.3% e 47.5% respetivamente), com exceção de "sentir-se como se tudo que fiz foi um esforço". A maioria dos Enfermeiros (96%) sugeriu que deveria existir pessoal de

segurança para prevenir e controlar a violência; a sugestão menos frequente foi mudar de local de trabalho.

O estudo incidiu somente em profissionais de saúde, esquecendo de colher dados do agressor.

A violência no local de trabalho no serviço de Urgência: dar aos funcionários as ferramentas e o suporte para relatar, Stene, Larson, Levy, & Dohlman (2015)

Os objetivos principais deste trabalho foram recolher dados sobre a exposição dos Enfermeiros à violência no trabalho e sua percepção sobre ela, aumentar a sensibilização do pessoal em relação violência no trabalho, desenvolver um processo simplificado para relatar e avaliar esses eventos dentro de uma cultura de apoio e imparcialidade de segurança com tolerância zero para a violência, e melhorar a segurança pessoal e satisfação no trabalho.

Tratou-se de um estudo quasi-experimental que decorreu num serviço de Urgência classificado como centro de trauma nível I na parte superior da Região Centro-Oeste dos Estados Unidos. O estudo decorreu na Primavera de 2012 e 1 ano depois.

Englobou todos os 154 Enfermeiros e Assistentes Operacionais a trabalhar no serviço de Urgência antes da introdução das intervenções relacionadas com violência no trabalho. A participação foi voluntária e foi solicitada por *e-mail* antes e durante o tempo de pesquisa, tendo 108 Enfermeiros e 6 Assistentes Operacionais respondido, resultando numa taxa de resposta de 74%.

Um questionário de *follow up* foi enviado para 203 participantes, aproximadamente, um 1 mais tarde. A equipa aumentou 49 membros entre o levantamento inicial e o de *follow up*. A pesquisa de *follow up* foi concluída por 112 Enfermeiros e 8 Assistentes Operacionais, resultando numa taxa de resposta de 59%.

Um questionário *on-line* foi desenvolvido com base no Estudo nº 9 do Departamento de Emergência Violência Vigilância da Associação de Enfermeiros de Urgência (ENA). Tinha 19 perguntas e procurou avaliar as percepções dos Enfermeiros e Assistentes Operacionais em relação à segurança e à violência no local de trabalho, exposição à violência, percepções em caso de violência, e conhecimento de quando e como denunciar o evento violento. O questionário foi enviado eletronicamente na Primavera de 2012, usando o programa

SurveyMonkey a todos os incluídos antes da intervenção, e cerca de um ano mais tarde para avaliar as mudanças pós-intervenção.

Quando os resultados da pesquisa inicial foram compilados, a equipa do projeto criou um programa educacional, que foi administrado cerca de dois meses depois. Este programa incluiu uma revisão dos dados iniciais da pesquisa, representação factual do que constituem atos de violência no trabalho, uma revisão da ferramenta de relatório criado, e informações sobre como denunciar incidentes violentos. Foi apresentado por meio de palestra e apresentação *PowerPoint*, interações pessoais e via *e-mail*.

A ferramenta de comunicação informal identificava o nome do doente, número do prontuário, data em que o incidente ocorreu, e uma breve descrição do incidente, tendo cerca de 1 a 2 minutos para ser concluído, criando o mínimo de interrupção no fluxo de trabalho e assistência ao doente.

No mês anterior à pesquisa 75% dos participantes foram verbalmente agredidos, e 25% admitiu alguma forma de abuso físico durante o mesmo tempo. Na pesquisa inicial, mais de metade do pessoal (55.8%) entendia que a violência no trabalho era parte do mesmo; na pesquisa de seguimento, este número foi reduzido em mais da metade (24.2%).

Na pesquisa inicial 55% dos participantes respondeu que a quantidade de violência durante o ano anterior tinha aumentado. Embora na pesquisa de *follow up* menos pessoal sentiu que a violência tinha aumentado (43%), mais pessoal sentiu que se tinha mantido (de 45% na pesquisa inicial passou para 51% na pesquisa *follow up*). Uma pequena parte da equipa sentiu que a violência tinha diminuído na pesquisa de acompanhamento (6%).

Na pesquisa inicial e na de acompanhamento, para os 16 exemplos de violência física dados, aproximadamente 91% dos entrevistados indicaram que consideravam os exemplos como violência no trabalho, este número reduziu para 75% em relação aos exemplos dados para a violência verbal.

À pergunta se tinham formalmente relatado a violência no trabalho quando a experienciaram, constatou-se um aumento do processo de comunicação formal após a intervenção (de 31% na pesquisa inicial passou para 43% na pesquisa *follow up*).

Na pesquisa inicial, quando questionados se tinham sido instruídos a relatar o abuso físico ou verbal, independentemente da gravidade, 40% relataram "sim", 47% "não", e 13% "às vezes". Na pesquisa de seguimento 76% relataram "sim", 15% "não", e 9% "às vezes". As respostas para o porquê de não relatar a violência no trabalho incluíram: "medo", "muito trabalho", "nada acontece", "eles devem estar acostumados a ele". "é um serviço de Urgência pode acontecer". Quando questionados se sabiam que há atos de violência no

trabalho que podem dar lugar a processos judiciais, na pesquisa inicial, 65% relataram "sim" e 35% "não". Na pesquisa de seguimento, 78 % relataram "sim" e 22% "não".

Na pesquisa inicial 40% não sabia quais os atos que constituíam violência no trabalho, e mais de 67% admitiram que não tinham relatado atos anteriores de violência que ocorreram dentro do serviço de Urgência. Nos resultados da pesquisa de acompanhamento, mais de 77% da equipa sabia quais os atos considerados violência no trabalho, e mais importante, o número dos que consideravam que esses atos faziam parte de seu trabalho foi reduzido para metade. Esta mudança na percepção foi considerada o maior sucesso deste projeto.

Através da avaliação do estado atual, de uma educação completa, e de uma ferramenta de relatórios concisos, a equipa do projeto concedeu aos seus pares meios para identificar os problemas e padrões dentro da população de pacientes e de se comprometer com um ambiente estruturado em torno de tolerância zero para a violência no trabalho e tornando os pacientes responsáveis pelo seu comportamento. Com essas ferramentas, a notificação de incidentes violentos aumentou, com alguns incidentes a serem conduzidos a um processo criminal.

O estudo incidiu somente em 2 tipos de violência: física e verbal, e somente em profissionais de saúde, esquecendo o agressor.

A violência no local de trabalho contra funcionários do serviço de Urgência de hospitais jordanos: Um estudo transversal, ALBashtawy et al. (2015)

O objetivo principal foi determinar a incidência de violência no local de trabalho e os preditores de comportamento violento contra funcionários de serviço de Urgência que trabalham em hospitais da Jordânia.

Tratou-se de um estudo transversal que decorreu em 12 serviços de Urgência: 8 governamentais e 4 de gestão privada (usou-se uma amostra de conveniência escolhida entre 355 serviços de Urgência). Foi selecionado um hospital a partir das 12 províncias da Jordânia, escolhido aleatoriamente a partir de cada uma.

O estudo decorreu em 3 meses: 1 de Maio a 31 Julho 2011, e englobou todo o pessoal que trabalhava nos serviços de Urgência selecionados (Enfermeiros, médicos, pessoal de segurança e pessoal administrativo) e que entendiam a língua árabe. A amostra

de conveniência incluiu 582 participantes, tendo 355 funcionários completado o questionário (taxa de resposta de 60,8%).

Um questionário foi desenvolvido para este estudo, tinha 5 seções contendo 21 questões escritas em árabe. Levava entre 12 e 20 minutos para os participantes o completarem. A 1ª seção (8 questões) reunia características demográficas e profissionais. A 2ª seção (6 questões) focava-se em incidentes violentos vividos pelo participante, incluindo o tipo de violência (verbal ou física), o contexto em que os incidentes ocorreram (frequência, tempo e lugar), e a identidade do agressor. A 3ª seção (3 questões) questionava sobre as políticas relativas à violência, treino de segurança e treino de resposta a comportamento violento do hospital de cada participante. A 4ª parte (2 questões) concentrou-se no apoio que o participante recebeu durante e após os incidentes de violência. A última parte incluiu 2 questões em aberto: uma inquiria sobre as razões do participante para escolher não relatar incidentes, e a outra pediu a perspectiva do participante sobre os fatores que contribuíram para a violência no local de trabalho durante os 12 meses anteriores.

Foi escolhido um supervisor em cada serviço de Urgência dos hospitais selecionados para organizar e coordenar a distribuição dos questionários do estudo e para os recolher no final de cada semana do estudo.

A idade média dos participantes foi de 31,9 anos, com uma média de 3 anos de experiência no serviço de Urgência. As maiorias eram mulheres (54.7%), casados (58.9%) e Enfermeiros (63.9%).

Os participantes relataram que os doentes e suas famílias são os autores mais prováveis de violência. Perto de dois terços relataram que eram abusados verbalmente durante o seu horário de trabalho, tendo identificado em 40,7% como autor dos incidentes o doente, ficando a família do doente em 35%, amigos em 7.5%, outros funcionários em 5%, e os restantes 12.5% não foram especificados.

Em relação ao abuso físico 40 participantes relataram ter experimentado abuso físico durante o horário de trabalho, tendo 45,0% identificado o doente como o agressor, e 30% identificado a família do doente. Quase metade relatou o abuso durante o turno da tarde (40%), enquanto o turno da noite teve a menor percentagem de abuso (25%); o turno da manhã teve 27.5% dos abusos físicos.

A maioria dos 256 participantes que foram verbal ou fisicamente atacados, não relatou o incidente (67.5%), e maioria também não pediu ajuda (52.5%) enquanto o incidente violento estava a ocorrer. A maioria (76.1%) indicou que os seus hospitais não têm políticas de prevenção da violência. 265 participantes (74,6%) relataram a ausência de formação sobre como lidar com a violência no local de trabalho, e 190 (53,5%) indicou

desejar esta formação. Os funcionários que eram relativamente mais propensos a sofrer violência eram trabalhadores do sexo masculino, com menos de 30 anos e do setor governamental.

Os fatores que contribuem para a violência no local de trabalho identificadas pelos participantes incluíram a superlotação, falta de recursos, falta de pessoal, e a ausência de políticas anti violência eficazes.

O estudo incidiu somente em 2 tipos de violência: física e verbal, e somente em profissionais de saúde, esquecendo o agressor.

### Perspectiva dos Enfermeiros do serviço de Urgência sobre a violência no local de trabalho em hospitais jordanos: uma pesquisa nacional, ALBashtawy (2016)

O objetivo principal foi explorar os fatores de risco que motivam a violência no local de trabalho, e especificar as razões para o baixo nível de notificação de violência entre os Enfermeiros de serviços de Urgência na Jordânia.

Tratou-se de um estudo transversal que decorreu em 12 serviços de Urgência: de cada uma das 12 províncias da Jordânia foi escolhido um hospital aleatoriamente, sendo 8 governamentais e 4 privados.

O estudo decorreu em 3 meses: de Setembro a Novembro de 2014, e englobou todos os Enfermeiros dos 12 serviços de Urgência, num total de 417. Os Enfermeiros incluídos no estudo tiveram que concordar em participar, estarem empregados a tempo inteiro no hospital selecionado, e ter trabalhado no serviço de Urgência, pelo menos nos últimos 6 meses. Destes 417, 227 Enfermeiros concordaram em participar e completaram os procedimentos do estudo, sendo a taxa de resposta de 54,4%.

Os dados foram colhidos através de uma folha de colheita de dados que foi concebida após revisão da literatura, e tinha 3 partes, contendo 11 questões. A 1ª (6 questões) cobria as características demográficas e profissionais dos participantes. A 2ª (2 questões) era composta por perguntas sobre o contexto de incidentes violentos (tipo e frequência). A 3ª consistia em 3 questões abertas: em primeiro lugar, as razões para não reportar incidentes de violência; em segundo, os fatores que contribuíram para a violência no local de trabalho a partir da perspectiva dos Enfermeiros; e em terceiro, os locais dentro do serviço de Urgência, onde o evento violento ocorreu. A folha levou cerca de 10 minutos a

completar. A equipa de colheita de dados consistiu em 12 Enfermeiros chefes dos serviços de Urgência dos hospitais selecionados. A folha foi distribuída ao longo de uma semana e recolhida no final da mesma.

As mulheres estavam em maior número (63,9%), cerca de metade tinham mais de 30 anos (53,3%). A maioria (69,2%) relataram que haviam sofrido violência mais do que uma vez por ano sendo a frequência média para todos os participantes de 2,95 por ano. A maioria (79,7%) trabalhava nos hospitais do governo e mais da metade (59,5%) tinham um grau de bacharelato em enfermagem. 172 Enfermeiros (75%) relataram ter sofrido pelo menos 1 episódio de violência nos 6 meses anteriores ao estudo. 66 dos 82 Enfermeiros do sexo masculino (80,5%) relataram que tinham sido vítima de alguma forma de violência.

Os do sexo feminino tinham uma menor exposição à violência: 106 de 145 (73,1%). Aproximadamente dois terços (63,9%) relataram que tinham sofrido abuso verbal, tornando esta forma de violência na mais comum. Cerca de 48% relataram que tinham sido vítima de violência física, sendo a forma mais referida ser agarrado, empurrado e pontapeado (42%).

Em relação ao local exato onde a violência ocorreu, dois terços (66,1%) relataram que tinha sido na sala de tratamento; seguido pelo corredor (36,6%), a área da Triagem (35,2%), o posto de enfermagem (29,5%), e noutros locais não especificados (15,4%).

Os motivos mais citados para a violência foram o tempo de espera (com uma frequência de 54,3%), superlotação (com uma frequência de 53,3%) e as expectativas do doente e dos familiares (com uma frequência de 46%). Outras razões menos relatadas incluíram falta de recursos, a atitude da equipa, má comunicação, equipa incompleta, falta de uma política anti-violência, má administração e falta de penalizações para os infratores.

Embora a proporção de Enfermeiros que afirmaram que tinham experienciado violência ter sido muito elevada (75%), apenas 16,6% denunciaram a violência à administração do hospital ou às autoridades. As razões mais apontadas para não denunciar foram: a equipa estar habituada à violência (distribuição de 33,3%), nenhum dano foi causado (distribuição de 31,7%), a pressão dos colegas para não denunciar (distribuição de 30,6%), o incidente manteve-se sob controlo (distribuição de 25,4%), o medo de ser culpabilizado (distribuição de 15,9%), e outros motivos (distribuição de 11,1%).

O estudo incidiu somente em 2 tipos de violência: física e verbal, e somente em profissionais de saúde, esquecendo o agressor.

## 4. Discussão

Expostos os resultados obtidos através da análise dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, iremos proceder a uma reflexão sobre os aspetos metodológicos relativos à própria qualidade da revisão, bem como da sua validade, conclusões e inferências. Segue-se a análise dos principais resultados encontrados, a exploração das diferenças encontradas e a aplicabilidade dos resultados na prática clínica e na investigação.

### 4.1 Considerações metodológicas

Devemos referir, primeiro, que por termos adotado rigorosos critérios de seleção, e seguido rigidamente todas as etapas da realização de uma revisão sistemática consideramos os resultados válidos, fiáveis e transferíveis para a realidade portuguesa, dado que os estudos incluídos nesta revisão sistemática da literatura são de diversos pontos do globo e todos apresentam resultados similares.

No que concerne à qualidade dos trabalhos incluídos nesta revisão da literatura, os 18 estudos selecionados derivaram de uma pesquisa em diversas bases de dados, através dos quais se procurou identificar o maior número de estudos relacionados com a temática em interesse, segundo a metodologia anteriormente apresentada.

Apesar de uma pesquisa abrangente e sistemática, verificou-se que existiam poucos estudos relacionados com a *eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência*.

Pelo conjunto dos estudos incluídos entende-se que esta revisão da literatura se baseou em estudos de boa qualidade, contudo, e devido aos objetivos e resultados dos estudos serem tão díspares, não foi possível realizar metanálise.

É de salientar que é difícil operacionalizar um estudo sobre programas de violência devido à natureza da intervenção, que envolve múltiplas variáveis: doentes, profissionais, diferentes contextos, etc.

Existem ainda alguns aspetos particulares da investigação relativa à avaliação da violência antes e após a intervenção, que nalguns estudos não foi avaliada/mensurada.

Constatámos ainda que, a definição de violência e dos seus tipos é diferente ou não é definida nalguns dos estudos incluídos o que poderá traduzir porventura algum nível de heterogeneidade de respostas.

## **4.2 Comprovar a eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência**

Para uma melhor discussão dos resultados, foram elaboradas 2 tabelas (Cf. anexos III e IV) após uma seleção de 6 dos 18 estudos incluídos, que se referiam à aplicação de programas para a prevenção de violência, de acordo com:

### **1º Formação e aquisição de habilidades individuais e coletivas (Cf. tabela 5 - anexo III)**

Dois estudos (Eslamian, Fard, Tavakol & Yazdani, 2010; Gillespie, Gates & Mentzel, 2012) continham programas com intervenções para a formação, aquisição e melhoria de habilidades individuais na gestão de agressão e da raiva, e, ao mesmo tempo, ocasionalmente envolveram o trabalho em equipa /competências coletivas dos funcionários do serviço de Urgência com a intenção de alterar o comportamento das vítimas de violência no trabalho.

Gillespie, Gates, & Mentzel (2012) criaram um programa misto através de *e-learning* e formação em sala de aula, pois referiam que a instrução em sala de aula podia gerar um efeito adicional à aprendizagem através de *e-learning* para obtenção do conhecimento, mas o seu estudo revelou que os resultados da aprendizagem baseada na *web* não eram diferentes dos resultados da aprendizagem baseada na *web* juntamente com um componente de sala de aula.

Além de que o programa criado apenas testava conhecimentos adquiridos, e não ocorreu a verificação efetiva, na prática, de uma redução ou não da violência (controlo antes e após a intervenção).

Gillespie, Gates & Mentzel (2012) são da opinião que se devem considerar as preferências tanto dos alunos como dos educadores, ao desenvolver programas educacionais futuros no que respeita a ser uma aprendizagem híbrida ou não (*web* e/ou sala de aula).

Os resultados do programa elaborado por Eslamian, Fard, Tavakol & Yazdani (2010) demonstraram que o treino de gestão da raiva nos Enfermeiros do serviço de Urgência afeta a incidência de violência contra eles, tendo o número médio de exposição a situações agressivas diminuído após a intervenção (as taxas iniciais de violência psicológica/verbal e de violência física no local de trabalho no grupo teste diminuíram após a intervenção).

Este programa parece que pode ter um efeito positivo na atitude dos indivíduos para lidar com comportamentos violentos, bem como aumentar a confiança para lidar com situações de violência, contudo o seu handicap reside no facto de não ter abordado a violência do ponto de vista do doente; e mesmo os autores (Eslamian, Fard, Tavakol, Yazdani, 2010) salientaram nas conclusões do estudo que os direitos do doente e os direitos dos funcionários devem ser ambos considerados, para que possam interagir uns com os outros, sem qualquer tipo de violência no local de trabalho, pelo que o programa devia ter medidas também sobre o agressor.

Ambos os estudos envolveram o uso de programas com intervenções em sessões de formação, adotando esta estratégia como a solução mais simples para a maioria dos problemas de violência nos serviços. Com base nesta coleção de investigação, mesmo que se admita que o problema poderia ser resolvido através da formação, e que a formação prestada foi adequada, os efeitos do treino precisam de ser mais convincentes, tendo de ser convenientemente estudados e comprovados, e avaliadas previamente as necessidades de formação dos profissionais na área da violência.

Além disso há que motivar os adultos para a sua formação, já que aprendem melhor quando estão envolvidos no planeamento e avaliação, e interessam-se por aprendizagens que tenham impacto imediato na sua vida pessoal ou no seu trabalho (Knowles cit in Gillespie, Gates & Mentzel, 2012).

A eficácia da educação para a prevenção da violência com a redução do número real de eventos é uma área que merece claramente um estudo mais aprofundado.

## **2º Mudanças no ambiente de trabalho do SU; políticas e procedimentos; e sessões de educação e formação (Cf. tabela 6 - anexo IV)**

Quatro estudos (Rees, Evans, Bower, Norwick & Morin, 2010; Gillespie, Gates, Mentzel, Al-Natour & Kowalenko, 2013; Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler & Succop, 2014; Stene, Larson, Levy, & Dohlman, 2015) abordaram intervenções destinadas a modificar o ambiente, a facilitar práticas e procedimentos, que auxiliem à mudança de comportamento de doentes, família, amigos, Enfermeiros e outros funcionários do serviço de Urgência, através de modificações/mudanças que englobem ao mesmo tempo **fatores ambientais, políticas e procedimentos, e formação.**

O programa desenvolvido por Rees, Evans, Bower, Norwick & Morin (2010) continha estratégias para atender às necessidades do doente e de sua rede de apoio, uma vez que o pessoal de segurança se concentrava na segurança do serviço (regulação das visitas, plano para controlar a multidão e separação da mesma, quando necessário), permitindo que a equipa de enfermagem se concentrasse nos cuidados de enfermagem aos seus doentes. Os autores referem que este programa não está preparado para um ataque repentino e inesperado de violência de um doente, visita, etc.

Gillespie, Gates, Mentzel, Al-Natour & Kowalenko (2013) pretenderam planejar, implementar e avaliar um programa, multifacetado e abrangente, de prevenção de violência no trabalho em Serviço de Urgência. Todos os funcionários avaliaram a facilidade de implementação do programa de como moderada, e a importância dos subcomponentes do programa variou de muito importante para vigilância e monitorização, a importante para políticas e procedimentos. Além destes, foram considerados como importantes, as mudanças ambientais, a educação e os cuidados pós incidente. A participação de Seguranças e da Polícia foi considerada positiva. Os autores sugeriram como estratégia para envolver todas as partes, mesmo o difícil grupo dos médicos, a criação de um programa a nível regional, para que todas as entidades da região se tornem participantes ativos.

Uma comissão interprofissional responsável pela segurança pode ser a chave para se assegurar a adoção e implementação uniformes dos programas, com ênfase na comunicação e monitorização, sempre em ligação à educação e ao feedback, sendo fundamental que todos os funcionários saibam o que fazer em situações específicas e como comunicar os riscos entre si para que todos permaneçam seguros.

Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler & Succop (2014) pretendiam testar a eficácia de um programa para reduzir a incidência de violência no trabalho contra os profissionais de

saúde de um serviço de Urgência. Contudo, a hipótese de que os locais de intervenção teriam uma redução significativamente maior de eventos violentos em comparação com os locais de comparação, não foi comprovada, mas é importante notar que 2 dos locais de intervenção tiveram uma diminuição significativa de eventos violentos. Os resultados sublinham que a eficácia de programas de prevenção se baseia, não só em estratégias que examinem os fatores de risco relacionados com os doentes, funcionários, e programas de empregador, mas com a participação dos trabalhadores, compromisso de gestão e apoio.

No programa de Stene, Larson, Levy & Dohlman (2015), na pesquisa inicial 40% não sabia quais os atos que constituíam violência no trabalho, e mais de 67% admitiram que não tinham relatado atos anteriores de violência que ocorreram dentro do serviço de Urgência. Nos resultados da pesquisa de acompanhamento, mais de 77% da equipa sabia quais os atos considerados violência no trabalho, e mais importante, o número dos que consideravam que esses atos faziam parte de seu trabalho foi reduzido para metade. Esta mudança na percepção foi considerada o maior sucesso deste projeto, além de que através da avaliação do estado atual, de uma educação completa, e de uma ferramenta de relatórios concisos, a equipa do projeto concedeu aos seus pares meios para identificar os problemas e padrões dentro da população de pacientes, e par se comprometer com um ambiente estruturado em torno de tolerância zero para a violência no trabalho, tornando os pacientes responsáveis pelo seu comportamento. Com essas ferramentas, a notificação de incidentes violentos aumentou, com alguns incidentes a serem conduzidos a um processo criminal.

Em nenhum dos programas ocorreu, mais uma vez, a verificação efetiva de uma redução ou não da violência (controlo antes e após a intervenção), nem nenhum envolveu intervenções diretas sobre os autores da violência, nem apontava para o doente com o objetivo de aumentar a sua compreensão de como o serviço de Urgência funciona, tornando-os consumidores mais bem informados e menos inclinados a tornarem-se frustrados ou a agir violentamente por causa de limitações funcionais, inerentes aos serviços de Urgência (por exemplo, distribuir panfletos sobre o serviço de Urgência, afixação de cartazes informativos, etc.).

### **4.3 Prevalência e descrição dos episódios de violência a profissionais de saúde em serviço de Urgência**

Pela análise dos estudos incluídos nesta revisão sistemática da literatura verificámos que a maioria eram transversais, e que examinaram a prevalência da violência ao longo dum ano ou menos, sendo que somente um estudo analisou um período de 18 meses (Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler & Succop, 2014). A maioria também só examinou a prevalência da violência sem apontar formas de a prevenir.

Os funcionários de serviço de Urgência foram expostos mais frequentemente à violência do que os funcionários de salas de Observações (Canbaz et al., 2008) e de serviços de Internamento (Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty, & El-Sayed, 2015).

A maioria dos participantes relatou ter sofrido pelo menos um episódio de violência no tempo solicitado para cada estudo.

Na Turquia, em Samsun, 202 trabalhadores dos 4 serviços de Urgência e das 5 Salas de Observações estudadas (72.1%) foram expostos a uma forma de violência nos 12 meses prévios (Canbaz et al., 2008); em Ancara, 85,2% dos participantes de serviços de Urgência relataram ter sofrido pelo menos um tipo de violência em 6 meses (Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011).

Na Jordânia, 75,8% dos Enfermeiros de 12 serviços de Urgência reportaram terem sido expostos a pelo menos um tipo de violência (Albashtawy, 2013). Em 2016, a maioria (69,2%) dos Enfermeiros de 12 serviços de Urgência na Jordânia relatou ter sofrido violência mais do que uma vez por ano sendo a frequência média para todos os participantes de 2,95 por ano (ALBashtawy, 2016).

Na Nigéria 65,0% dos Enfermeiros tinham sido vítimas diretas de violência em 6 serviços de Urgência (Ogundipe et al., 2013).

Nos EUA, Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler, & Succop (2014) concluíram que a maioria dos participantes tinha sido ameaçada ou agredida pelo menos uma vez durante os 18 meses da colheita de dados, sendo que 1333 eventos foram relatados nos inquéritos mensais, e 832 nas pesquisas de eventos violentos.

Dos profissionais de saúde em serviços de Urgência Cipriotas 76.2% indicaram que haviam sofrido violência no local de trabalho durante os últimos 12 meses (Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015).

No Egito durante um ano 28,1% dos Enfermeiros de Urgência relataram exposição a dois tipos de violência (Abou-EIWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Elmouty, & El-Sayed, 2015).

As taxas de violência física e verbal apresentam-se elevadas, sendo a verbal/psicológica mais frequente que a física (o estudo de Albashtawy (2013) reportou mesmo que o número de incidentes de violência verbal foi aproximadamente 5 vezes maior do que o número de incidentes de violência física no último ano). O assédio sexual parece ter a menor prevalência e foi o menos estudado.

Estes resultados confluem com o estudo de Ferrinho et al. (2003) e com a revisão efetuada por Pompeii et al. (2013).

Em relação ao tipo de violência sofrida, especificamente no que concerne ao abuso verbal, as percentagens variaram de 15,9% (Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015) até 91,6% (Eslamian, Fard, Tavakol, & Yazdani, 2010), com 4 estudos a rondar os 60-80% (79,6% Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011; 60,2% Abou-EIWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty, & El-Sayed, 2015; 72,5% Zafar et al. 2013; 75% Stene, Larson, Levy, & Dohlman, 2015).

As ameaças verbais corresponderam às percentagens de 55,5% (Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011) e 63,9% (Albashtawy, 2013). O estudo de Eslamian, Fard, Tavakol, & Yazdani (2010) verificou que a taxa inicial de violência psicológica/verbal era de 69.74%.

As percentagens de agressão física variaram desde os 11,9% (Albashtawy, 2013) até um máximo de 41,1% (Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011). Mais 7 estudos estudaram esta taxa: Eslamian, Fard, Tavakol, & Yazdani (2010) - 18.2%; Gacki-Smith et al. (2009) – 25%; Esmaeilpour, Salsali, & Ahmadi (2011) - 19,7%; Zafar et al. (2013) - 16,5%; ALBashtawy et al. (2015) - 40 participantes; Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou (2015) - 19.1%; e Stene, Larson, Levy, & Dohlman, 2015 - 25%.

O assédio sexual foi referido em 3 estudos com taxas de 14.5% (Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015), 15,9% (Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011), e 30.5% (Abou-EIWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty, & El-Sayed, 2015).

Em relação às *características dos participantes* dos estudos, concluímos que 7 envolveram só Enfermeiros do serviço de Urgência (Gacki-Smith et al., 2009; Eslamian, Fard, Tavakol, Yazdani, 2010; Esmaeilpour, Salsali & Ahmadi, 2011; Albashtawy, 2013; Ogundipe et al., 2013; Abou-EIWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty & El-Sayed, 2015; ALBashtawy, 2016), os restantes 11 estudos envolveram Enfermeiros e outros profissionais de saúde do serviço de Urgência (Kansagra et al., 2008; Canbaz et al., 2008; Rees, Evans, Bower, Norwick & Morin, 2010; Talas, Kocaoz & Akguc, 2011; Gillespie, Gates

& Mentzel, 2012; Gillespie, Gates, Mentzel Al-Natour, & Kowalenko, 2013; Zafar et al., 2013; Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler & Succop, 2014; ALBashtawy et al., 2015; Vezyridis, Samoutis & Mavrikiou, 2015; Stene, Larson, Levy & Dohlman, 2015).

A maioria dos participantes nos estudos eram do sexo feminino, somente no estudo de Zafar et al. (2013) a maioria era do sexo masculino (54.9%). A Direção-Geral da Saúde (2015) relatou em consonância que foram observadas 336 notificações efetuadas por profissionais de saúde do sexo feminino, contra 195 do sexo masculino. A média de idades rondou os 33 anos (Canbaz et al, 2008; Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011; Albashtawy, 2013; Ogundipe et al., 2013; Gillespie, Gates, Kowalenk, Bresler, & Succop, 2014; Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Elmouty, & El-Sayed, 2015; ALBashtawy et al., 2015; ALBashtawy, 2016).

O tempo de experiência médio em serviço de Urgência variou desde menos de 3 anos (Kasangra et al., 2008) a mais de 10 anos (Gacki-Smith et al., 2009). A grande maioria trabalhava por turnos/ turno da noite (Esmailpour, Salsali, & Ahmadi, 2011; Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Elmouty, & El-Sayed, 2015).

No que respeita a lesões sofridas Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler & Succop (2014) concluíram do seu estudo que 20% das agressões relatadas resultaram em ferimentos. No estudo de Esmailpour, Salsali & Ahmadi (2011) os incidentes de violência física não foram graves e não requereram nenhuma observação médica.

Na maioria dos estudos os participantes não completaram nenhum *relatório formal*, nem *relataram* o incidente, somente no estudo de Esmailpour, Salsali & Ahmadi (2011) a maioria dos que sofreram violência física reportaram-na, e poucos sabiam como proceder à sua notificação.

Nesta mesma linha de pensamento, Anderson et al. (2010) no seu estudo, concluíram que é importante incentivar o relato de incidentes violentos, pelo que o formulário deve ser de preenchimento fácil pelo utilizador (dadas as limitações de tempo do serviço de Urgência); Pompeii et al. (2013, p.63) sugerem que se crie um sistema de relato de incidentes violentos *online* na intranet da instituição.

ALBashtawy (2016) menciona no seu estudo que o relato de todos os incidentes de violência deve ser obrigatório e que o ponto-chave para lidar com o problema é tratar suas causas específicas, a fim de diminuir o stress relacionado com o trabalho e melhorar o atendimento ao doente.

Zafar et al (2013) concluiu que o pessoal com mais experiência de trabalho e aqueles que disseram que haviam procedimentos para relatar violência no seu local de trabalho, eram mais propensos a relatar abuso verbal. Ter mais idade e ser Enfermeiro foram

associadas a uma maior probabilidade de relatar incidentes violentos nos últimos 12 meses. Na sua revisão Pompeii et al. (2013) concluem também que a maioria de eventos violentos foi relatada por Enfermeiras.

As *razões mais apontadas para não denunciar/relatar o incidente* (no estudo de Gacki-Smith et al. (2009), as barreiras até foram relacionadas com um risco aumentado de ser vítima de violência física frequente) foram:

- a) não o considerar importante, não saber como o relatar, ter medo de consequências negativas, sentir vergonha ou incompetência, e ninguém lhes ter pedido para o fazer (Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015);
- b) "medo", "muito trabalho", "nada acontece", "eles devem estar acostumados a ele". "é um serviço de Urgência pode acontecer" (Stene, Larson, Levy, & Dohlman, 2015);
- c) a equipa estar habituada à violência, a pressão dos colegas para não denunciar, o incidente manteve-se sob controlo, o medo de ser culpabilizado (ALBashtawy, 2016);
- d) a perceção de que relatar incidentes violentos pode ter um efeito negativo sobre pontuações atribuídas pelo cliente; políticas ambíguas de notificação da violência; medo de retaliação da gestão do serviço, administração do hospital, pessoal de enfermagem, ou médicos; insuficientes incidentes relatados pelo pessoal; a perceção de que relatar incidentes violentos era um sinal de incompetência ou fraqueza; ausência de danos físicos na equipa; a atitude de que a violência vem com o trabalho; e falta de apoio da administração /gestão (Gacki-Smith et al., 2009).

A maioria dos Enfermeiros afirmou que não existiam *políticas de prevenção de violência* no seu local de trabalho (valores entre os 74.3% e os 85.4%) (Esmaeilpour, Salsali & Ahmadi, 2011; Albashtawy, 2013; ALBashtawy et al., 2015), nem mesmo formação/treino sobre gestão da violência (Talas, Kocaoz & Akguc, 2011; Ogundipe et al., 2013; M et al., 2015).

Mais de metade dos Enfermeiros indicou precisar de treino sobre como lidar com a violência, e desejar formação (Albashtawy, 2013; ALBashtawy et al., 2015). Em consonância, Anderson et al. (2010) concluiu e reforça que, o treino deve ser baseado em pesquisa existente, que tenha investigado as necessidades de formação de cada contexto, tendo em atenção que medir sua a eficácia é sempre problemática, e que encontrar modos de a mensurar seria um grande passo em frente.

As *reações após o incidente violento* incluíram: raiva, desapontamento, stress, medo, humilhação, irritação, sensação de incompetência, culpa, memórias recorrentes de incidentes, sentimentos de evasão, constante estado de alerta, a sensação de que tudo

constitui um esforço, tristeza, aversão/repulsa, decepção, angústia extrema, pensamentos ou imagens do ataque, insatisfação no trabalho, perda de autoestima e diminuição da produtividade. Poucos incidentes resultaram em lesão física ou em ausência do trabalho. Vasconcellos et al. (2012) apontam estas mesmas consequências.

Cerca de metade dos participantes do estudo de Vezyridis, Samoutis & Mavrikiou (2015) acreditavam que o incidente poderia ter sido evitado, sendo que estes autores concluíram que a violência no trabalho está altamente correlacionada com a falta de incentivo para reportar incidentes violentos.

Canbaz et al. (2008) verificaram que a violência tem uma influência negativa sobre as condições dos participantes e sobre a organização, sob a forma de baixa moral do trabalhador, aumento do stress e da rotatividade dos trabalhadores, redução da confiança na administração e nos colegas de trabalho, e um ambiente de trabalho hostil. Santos et al. (2010) acrescentam ainda como consequência, a intolerância e falta de atenção no cuidar, que podem influenciar a tomada de decisões e a qualidade da assistência ao doente em situações de urgência/emergência.

*Como reações após o incidente* temos: "não fazer nada" e "ficar em silêncio" (Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011), e fingir que este nunca aconteceu (Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Elmouty, & El-Sayed, 2015); no caso de abuso verbal, a maioria pediu aos agressores para parar (Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015).

Do estudo de Esmaeilpour, Salsali & Ahmadi (2011), 37.1% dos participantes não reagiu em absoluto à violência física, e um quarto de todos os participantes que sofreram violência física e abuso verbal, dentro do grupo dos que ficaram extremamente preocupados, evitaram pensar ou falar sobre o ataque, ou evitaram ter sentimentos relacionados com o ataque.

Oliveira e D'Oliveira (2008) sugerem que para os profissionais de enfermagem, a oportunidade de darem voz às experiências vividas pode representar uma importante estratégia para lidar com a experiência vivida.

Pela análise dos estudos pode-se concluir que a *autoria de incidentes violentos* se divide principalmente pelos familiares e depois pelos próprios doentes, no que respeita a violência física e verbal (Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011; Gillespie, Gates, Kowalenk, Bresler, & Succop, 2014; Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Elmouty, & El-Sayed, 2015; ALBashtawy et al., 2015). Estes achados encontram-se em concordância com o estudo de Ferreirinho (2003), com a revisão da literatura efetuada por Pompeii et al. (2013), e com os relatórios da Direção Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013; Direção-Geral da Saúde, 2015). No estudo de Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty, & El-

Sayed (2015) 36,4% dos entrevistados relataram que o autor do assédio sexual foi um dos colegas.

Os *autores da violência* eram na maioria Homens, com mais de 30 anos, familiares ou amigos do doente, o que é confirmado no estudo de Pompeii et al. (2013). De salientar que do estudo de Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler & Succop (2014) se concluiu que as mulheres foram responsáveis por mais agressões e os homens por mais ameaças do que o esperado.

A *maioria dos incidentes violentos ocorreu* em áreas de avaliação e de tratamento mais amplas, como a sala de emergência, a sala de triagem, e os cubículos, e a maior parte dos participantes referiu que não estavam pessoas em seu redor no momento, e que foram os próprios a gerir o incidente (Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015). A violência física ocorreu na maior parte das vezes perto da cama do doente e o abuso verbal, nos postos de enfermagem (Esmailpour, Salsali, & Ahmadi, 2011). Pinar e Ucmak (2010) e Santos et al. (2010) têm estudos concordantes, nos quais os Enfermeiros tendem a não pedir ajuda quando são vítimas de algum tipo de violência.

As agressões ocorreram quando o doente estava a ser tratado por uma condição psiquiátrica, com abuso de substâncias, com alteração do estado mental (Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler, & Succop, 2014), e sob influência do álcool (Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015). Outro *motivo desencadeador* da violência identificado previamente por Crilly et al. (2004) é o facto de os Enfermeiros executarem a triagem de doentes, contudo em nenhum dos estudos foi abordado este fator.

Durante as agressões físicas, entre 15,8% a 29,6% dos agressores usaram uma *arma* ou um utensílio (cacete, garrafa de soro, lâmina de barbear/faca) (Canbaz et al, 2008). No estudo de Esmailpour, Salsali & Ahmadi (2011) todos os incidentes de violência física foram sem-arma.

A maioria dos estudos concluiu, segundo os participantes, que *nenhuma ação foi tomada para investigar as causas do incidente* (Zafar et al., 2013), não receberam qualquer esclarecimento formal ou informal (Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler & Succop, 2014), e nenhum dos Enfermeiros recebeu qualquer consulta ou outro tipo de apoio dos seus empregadores ou supervisores (Esmailpour, Salsali & Ahmadi, 2011). Pinar e Ucmak (2010) são da opinião que se deve providenciar apoio individualizado às vítimas de violência, o que não se verificou na maioria dos estudos analisados. A maioria apresentou muito baixa satisfação com a maneira como os incidentes foram tratados (Vezyridis, Samoutis & Mavrikiou, 2015; Esmailpour, Salsali & Ahmadi, 2011).

A maioria dos incidentes de violência física e verbal ocorreram durante os turnos da tarde e noite, e Talas, Kocaoz & Akguc (2011) também concluíram que a maioria dos episódios de assédio sexual ocorreu no mesmo período.

Os funcionários mais suscetíveis de serem expostos a violência são Enfermeiros, do sexo masculino, mais inexperientes com 5 anos menos anos de experiência no serviço ou na profissão, com idades inferiores a 30 anos, os que trabalham em sala de Observações, sala de admissão e reanimação, que trabalham por turnos, com falta de harmonia/mau ambiente na equipa, e com falta de apoio administrativo (Canbaz et al, 2008; Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011; Albashtawy; 2013; Zafar et al., 2013; Vezyrdis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015; Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Elmouty, & El-Sayed, 2015; ALBashtawy, 2016). Denota-se uma diferença da incidência ao nível dos grupos profissionais afetados: os dados atuais indicam que a maioria das vítimas são Enfermeiros, Ferrinho et al. (2003) apuraram que a violência relatada era igualmente distribuída entre Enfermeiros, médicos e outro pessoal.

O estudo de Kansagra et al. (2008) indicou que 94% dos 69 serviços estudados tinham pessoal de *segurança intra-hospitalar* disponível 24 horas por dia. Na sua revisão integrativa da literatura, Anderson et al. (2010) recomendou a investigação do custo-eficácia de medidas de segurança no hospital (onde os custos são indicadores de viabilidade), com a identificação do retorno do investimento e a análise do custo-benefício de mudanças na política organizacional, mantendo os funcionários seguros e motivados, e melhorando o atendimento ao doente.

Os fatores que contribuem para a violência no local de trabalho identificadas pelos participantes incluíram: a superlotação (aglomerado/elevado volume de doentes), a falta de recursos/de pessoal, a subcontratação de pessoal, tempos de espera elevados, a ausência de políticas anti violência eficazes, pouca ou nenhuma medida de segurança no local, longa permanência no serviço de Urgência, a atitude da equipa, má comunicação, falta de penalizações para os infratores, intoxicação alcoólica, abuso de substâncias, disseminação de gangues ou conflito de cultos diferentes, as expectativas dos doentes e dos familiares, e doentes com demência ou doença de Alzheimer (Ogundipe et al., 2013; ALBashtawy, 2016). O estudo de Pompeii et al. (2013) vai de encontro a estas conclusões.

Do estudo de Vezyrdis, Samoutis & Mavrikiou (2015) parece que a violência é cinco vezes mais provável de acontecer durante a primeira hora de tempo de espera, contudo no estudo realizado por Ayranci et al. (2006) examinou-se a extensão de tempo como um preditor de violência, e não foram observadas diferenças significativas ( $p = 0,38$ ) quando se compararam diferentes tempos de espera.

No Irão Esmailpour, Salsali & Ahmadi (2011) concluíram que o rácio habitual relatado Enfermeiro/doente era de pelo menos 1: 8, o que não foi estudado por mais nenhum dos outros autores e que pode ser apontado como uma causa de violência. Santos et al. (2010) vão de encontro a esta ideia, referindo que devem ser melhoradas as condições de trabalho, nomeadamente através da eliminação dos vínculos contratuais precários dos Enfermeiros, e de dotações seguras.

*As sugestões de melhoria* mais frequentes incluem mais medidas de segurança, e educação pública sobre o uso apropriado do serviço de Urgência (Vezyrdis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015), a menos frequente foi mudar de local de trabalho (Abou-EIWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty, & El-Sayed, 2015; Ogundipe et al. 2013). Pinar e Ucmak (2010) são da opinião que se devem criar zonas de segurança, instalar câmaras de videovigilância, instituir uma política de porta fechada, de modo a tornar os edifícios seguros. Santos et al. (2010) opinam que os cuidados prestados devem ser humanizados e personalizados, devem-se colocar caixas de sugestões e criar gabinetes de atendimento, de modo a proporcionar uma comunicação entre o utilizador do serviço de Urgência e/ou familiar e o hospital.

No estudo de Gacki-Smith et al. (2009) a redução do risco de experimentar frequentemente violência física e agressão verbal no serviço de Urgência, foi associada à existência de políticas de comunicação e de respostas a incidentes violentos no local de trabalho, e ao compromisso da administração do serviço, para a eliminação da violência no local de trabalho contra Enfermeiros. Albashtawy (2013) também propõe que devem ser desenvolvidas e instituídas políticas, formação e legislação dirigidas á violência, uma vez que uma grande percentagem de Enfermeiros de serviços de Urgência carece de treino em gestão de violência. Abou-EIWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Abd-Elmouty & El-Sayed (2015) sugerem que as medidas de controlo da violência no trabalho no serviço de Urgência recaem passam também pelo controlo do ambiente, e que por um sistema de resposta para tratar o sofrimento das vítimas, incluindo suporte e aconselhamento. Canbaz et al (2008) acrescentam que se devem adotar intervenções preventivas, sistemáticas e participativas.

#### 4.4 Implicações para a prática

A qualidade da pesquisa existente é variável, a investigação da eficácia ainda não tem completamente em conta a viabilidade, a adequação e o significado das intervenções. A escassez de intervenções parece demonstrar que o esforço ainda é dirigido no sentido de definir o fenómeno, em vez de abordar soluções.

O caminho a seguir encontra-se nitidamente na investigação de intervenções (para se tentar descobrir as eficazes e as não eficazes), em vez de se tentar redefinir e analisar o problema, de um modo repetido (tentativas de saber as causas, etc.), o que constituirá um passo importante no desenvolvimento da prática baseada na evidência no que à violência no local de trabalho serviço de Urgência diz respeito.

Intervenções políticas e práticas podem reduzir o risco de violência e agressão, englobando pesquisa qualitativa/quantitativa para identificar a "adequação" das mesmas, no intuito de quantificar os efeitos produzidos, o que poderia dar um peso real às recomendações. As investigações precisam ser replicadas em vários serviços de Urgência para se considerar uma aplicabilidade mais ampla.

O treino é comumente visto como a solução para todos os problemas organizacionais; no entanto, as dificuldades ambientais ou culturais não são suscetíveis de serem resolvidas única e exclusivamente através de soluções que envolvam o treino.

Com base nas limitações de evidência revelada, são feitas as seguintes recomendações para a prática e pesquisa:

- Os Enfermeiros de Urgência devem ser encorajados e envolvidos na avaliação crítica das evidências sobre intervenções para reduzir a violência no serviço de Urgência;
- Deve ser realizada uma iniciativa nacional / internacional para avaliar e coordenar a investigação sobre a redução e atenuação da violência em serviço de Urgência;
- As medidas adotadas que são aceitáveis para a profissão deve ser desenvolvidas e aplicadas para avaliar todas as intervenções destinadas a reduzir a violência no serviço de Urgência;
- Estudos de pequena escala devem ser encorajados a usar métodos participativos e a testar a viabilidade, adequação e significado para aquele local. A conformidade em relação ao resultado das medidas aplicadas permitiria aumentar a transferibilidade dos resultados;
- Estudos em larga escala destinados a provar a eficácia devem ser adequadamente financiados, com intervenção em múltiplos locais.

Este estudo pretendeu dar o seu contributo para a implementação de programas de prevenção contra a violência eficazes nos serviços de Urgência, uma vez que dá a conhecer os estudos existentes sobre a temática.

Assim, tem o intuito de facilitar, desta forma, a discussão dos profissionais de saúde que aí trabalham no sentido de poderem eleger o programa que considerem mais eficiente dentro da realidade do seu serviço e tendo em conta os recursos disponíveis.

A implementação destes programas tem em vista a obtenção de ganhos em saúde.

#### **4.5 Implicações para a investigação**

É necessária a realização de estudos adequadamente elaborados que permitam comparar os benefícios e a relação custo-eficácia das diferentes soluções/intervenções propostas, de acordo com o tempo previsto, que validem a aplicação de protocolos de atuação/programas para a prevenção da violência, que comprovem a importância da gestão/prevenção da violência, que avaliem o efeito de programas de prevenção de violência, e que comparem aquando da sua omissão.

Os estudos futuros devem ter bem definidos os objetivos, os critérios de inclusão e exclusão, tamanho de amostra adequado, métodos para garantir a comparabilidade dos grupos, a utilização de critérios de medida de resultados objetivos para os *outcomes* (por exemplo, a mesma definição dos diversos tipos de violência, consulta das bases de dados dos incidentes relatados para aumentar a fidedignidade), apresentarem um seguimento temporal adequado de acordo com o período definido, e por fim, a utilização de análises estatísticas adequadas.

Dadas as diferenças dos custos da aplicação das soluções/intervenções em estudo, devem ser realizadas em estudos futuros, avaliações económicas (quer do valor do programa, quer do que se vai poupar no futuro com a diminuição de ausências dos funcionários, etc.).

Por fim, devem ser atualizados os estudos já existentes de forma a contribuir para a prática baseada na evidência através da sedimentação do “estado da arte” nas decisões clínicas.



## Conclusões

Finalizando este estudo, fica a convicção de que a metodologia escolhida para a elaboração desta dissertação contribuiu para aprofundar conhecimentos e dar início a um percurso na aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da investigação acerca da violência no serviço de Urgência, sobretudo no que concerne aos diversos programas de prevenção de violência, o que contribuirá para futuros projetos/desenvolvimentos nesta área em Portugal, que são poucos (encontrámos apenas um estudo português de 2003, e uma revisão sistemática da literatura de 2014 com objetivos diferentes dos estabelecidos para este trabalho).

Tendo por base as questões elaboradas, consideramos que a concretização dos objetivos propostos inicialmente foi alcançada.

Dos resultados obtidos concluímos em relação à prevalência da violência a profissionais de saúde no serviço de Urgência, que entre 28.1% a 85.2% dos participantes dos estudos incluídos, reportaram terem sido expostos a pelo menos um ou mais tipos de violência.

A violência verbal apresentou a maior prevalência (variou desde os 20 aos 91.6%), a violência física apresentou valores percentuais entre os 11.9% e os 25%, sendo que o assédio sexual foi o menos abordado nos estudos incluídos tendo apresentado uma prevalência que variou de 14.5% a 30.5%.

Podemos concluir que os estudos sugerem uma elevada taxa de prevalência de violência nos profissionais de saúde, e que o serviço de Urgência é um dos locais com maior incidência de casos deste tipo de violência. Assim, consideramos de extrema importância a implementação de programas interventivos de prevenção da violência eficazes dirigidos aos profissionais de saúde, com especial destaque para o serviço de Urgência no nosso País.

Atualmente e de acordo com a evidência disponível, os resultados deste estudo foram similares a outros estudos em todo o mundo, contudo, a especificidade cultural e dos sistemas de saúde locais dos diversos estudos analisados, as limitações no desenho de investigação, e a dimensão reduzida dos 18 estudos incluídos, podem apenas apoiar parcialmente as conclusões que poderiam ser firmes e confiantemente usadas para direcionar a prática clínica.

Sendo os programas de intervenção bastante heterogêneos e havendo apenas dois estudos em Portugal, não podemos evidenciar qual o melhor programa de intervenção a ser aplicado neste país. Por este motivo, os resultados deste estudo sugerem a necessidade de novas investigações na área.

No entanto, em nossa opinião, dos 6 Programas de prevenção de violência analisados nesta revisão sistemática da literatura, o que se debruçou sobre o controlo da raiva na equipa de Enfermagem do serviço de Urgência, (Eslamian, Fard, Tavakol, & Yazdani, 2010) evidencia ter viabilidade para ser aplicado na prática clínica no nosso País, uma vez que era constituído por 4 sessões semanais de 60 minutos cada acerca de prevenção de violência no trabalho, com discussão, perguntas e práticas de técnicas de gestão da raiva, e os seus resultados demonstraram que o treino de gestão da raiva nos Enfermeiros do serviço de Urgência afeta a incidência de violência, tendo o número médio de exposição a situações agressivas diminuído após a intervenção.

Os 2 Programas que implementaram intervenções abrangentes de Prevenção da Violência em Serviço de Urgência (Gillespie, Gates, Mentzel, Al-Natour, & Kowalenko, 2013; Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler, & Succop, 2014), e que propuseram mudanças ambientais, de políticas e procedimentos, e educação e formação, contribuíram para uma diminuição de eventos violentos nos locais de intervenção.

É pois perceptível que a eficácia destes programas se baseou em estratégias que examinaram os fatores de risco relacionados com os doentes, funcionários, e programas do empregador, mas também dependeu da participação dos trabalhadores, e do apoio e compromisso dos Órgãos de Gestão, pelo que também serão uma opção viável a ser aplicada em Portugal.

O Programa que enfatizou as ferramentas de relato e suporte após episódios de violência no serviço de Urgência (Stene, Larson, Levy, & Dohlman, 2015) complementa as ideias dos programas anteriores e vai de encontro ao preconizado pela nossa Direção-Geral da Saúde. Neste programa criou-se um relatório de denúncia de episódios violentos, forneceram-se informações sobre quais os atos considerados violência no trabalho e como os denunciar, tendo-se constatado com sucesso um aumento do processo de comunicação formal após a intervenção.

Em suma, os resultados obtidos na nossa investigação salientam a importância de delinear estratégias de intervenção precoce. Neste sentido, sugerimos a realização de um estudo experimental nos serviços de Urgência do País, com um programa de controlo da raiva na equipa de Enfermagem.

Devemos referir que apesar da diversidade na elaboração dos programas que analisámos, as evidências encontradas e os resultados da revisão sistemática da literatura permitem retirar a conclusão de que um programa de prevenção da violência no serviço de Urgência deve envolver múltiplas variáveis, pelo que a intervenção deverá ser multi-componente e abranger toda a equipa multidisciplinar, com intervenções padronizadas adequadas a cada contexto sobretudo ao nível da:

- a) *Educação* com treino sobre como lidar com a violência e gestão da raiva;
- b) *Segurança*: identificação dos sinais de escalada de violência (sobrelotação do serviço, aumento dos tempos de espera...), para se efetuar uma classificação do nível de alerta de violência no serviço e estabelecer protocolos de atuação em conformidade;
- c) *Relatos precisos e simplificados*;
- d) *Consultas às vítimas após eventos violentos*;
- e) *Averiguações pós-incidente com intervenções diretas sobre os autores da violência*;
- f) *Elaboração de relatórios de vigilância periódicos*.

Expus os resultados desta revisão sistemática da literatura executando um *poster* que apresentei no 3rd World Congress of Research, que se realizou na Escola Superior de Saúde de Viseu nos dias 29 e 30 de Setembro de 2016 (Anexo V).

Mais projetos de pesquisa, quer quantitativa quer qualitativa devem ser realizados para medir a eficácia das intervenções, com a realização de vários estudos, de pequena escala com desenhos melhorados e homogéneos, para se poderem sintetizar os resultados numa metanálise.

Estendendo as investigações a cada vez mais contextos, distintos, com maiores tamanhos amostrais, poderíamos discernir da generalização dos estudos a outros contextos/meios. As recomendações estabelecidas devem ser ponderadas pelos benefícios e riscos, bem como extremamente fundamentadas.

Futuramente é imperativa a realização de mais estudos meta-analíticos a partir de uma maior amostra de estudos selecionados.



## Referências Bibliográficas

- Abou-ElWafa, H. S., El-Gilany, A. H., Abd-El-Raouf, S. E., Abd-Elmouty, S. M., & El-Sayed, R. E. S. H. (2015). Workplace violence against emergency versus non-emergency nurses in Mansoura university hospitals, Egypt. *J Interpers Violence*, *30*(5), 857-872.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002). Facts nº24: Violência no Trabalho. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/24>
- ALBashtawy, M. (2016). Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *International emergency nursing*, *24*, 61-65.
- Albashtawy, M. (2013). Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *International nursing review*, *60*(4), 550-555.
- ALBashtawy, M., Al-Azzam, M., Rawashda, A., Batiha, A. M., 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.
- Ayranci, U., Yenilmez, C., Balci, Y., & Kaptanoglu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence*, *21*(2), 276–296.
- Bauman, A. (2007). Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho= cuidados de qualidade: International Council of Nurses. *Suíça: Conselho Internacional dos Enfermeiros*.
- Beech, B., & Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and violent behavior*, *11*(1), 27-43.
- Campbell, J. C., Messing, J. T., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Fowler, B., ... & Bolyard, R. (2011). Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *53*(1), 82-89.
- Campos, A. (2015). Agressões a profissionais de saúde quase triplicaram em 2014. *Jornal O Público*. Acedido em

<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/agressoes-a-profissionais-de-saude-aumentaram-160-de-2013-para-2014-1689170>

- Canbaz, S., Dundar, C., Dabak, S., Sunter, A. T., Peksen, Y., & Cetinoglu, E. C. (2008). Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 14(3), 239-244.
- Coelho, D. A. L., Rebelo, M. A. D., & Martins, J. C. A. (2012). Violência sobre os enfermeiros no serviço de urgência. *Revista Sinais Vitais*, Coimbra, 105, 39-45.
- Cooper, C., & Swanson, N. (2008). *Workplace violence in the health sector: state of the art*. 2001.
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(2), 67-73.
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Circular Informativa nº 15/DSPCS de 07/04/2006: Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais*. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-15dspcs-de-07042006.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Observatório nacional da violência contra os profissionais de saúde: relatório. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/observatorio-nacional-da-violencia-contra-os-profissionais-de-saude-relatorio-2011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2012). Relatório Técnico: Notificação *on-line* de violência contra profissionais de saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2012-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Relatório Técnico: Notificação *on-line* de violência contra profissionais de saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016a). Violência contra Profissionais de Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016b). Violência contra Profissionais de Saúde: Sistema Nacional de Notificação Online. Acedido em

<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/registo-on-line.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2016c). Violência contra Profissionais de Saúde: Formulário NOTIFICA. Acedido em

<https://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2016d). Violência contra Profissionais de Saúde. Acedido em

<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/apresentacao.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). Violência contra profissionais de saúde: notificação *on-line* 2014. Acedido em

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2014-pdf.aspx>

Emergency Nurses Association. (2001). Position statement: violence in the emergency care setting.

Eslamian, J., Fard, S. H. H., Tavakol, K., & Yazdani, M. (2010). The effect of anger management by nursing staff on violence rate against them in the emergency unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*, 337–342.

Esmailpour, M., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2011). Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev*, 58(1), 130-137.

Eurofound (2015). 6º Inquérito Europeu às Condições de Trabalho na Europa: primeiros resultados. Acedido em

[http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/Itens/Noticias/Documents/eurofound.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/Itens/Noticias/Documents/eurofound.pdf)

Ferrinho, P., Antunez, A., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., & Craveiro, I. (2003). Workplace Violence in the Health Sector Portuguese Case Studies. *ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*.

Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. 5.ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-10-7.

Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm*, 39(7-8), 340-349. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181ae97db

Gillespie, G. L., Gates, D. M., Kowalenko, T., Bresler, S., & Succop, P. (2014). Implementation of a Comprehensive Intervention to Reduce Physical Assaults and Threats in the Emergency Department. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 40(6), 586-591 586p. doi: 10.1016/j.jen.2014.01.003

- Gillespie, G. L., Gates, D. M., Mentzel, T., Al-Natour, A., & Kowalenko, T. (2013). Evaluation of a comprehensive ED violence prevention program. *J Emerg Nurs*, 39(4), 376-383. doi: 10.1016/j.jen.2012.12.010
- Gillespie, G. L., Gates, D. M., & Mentzel, T. (2012). An educational program to prevent, manage, and recover from workplace violence. *Adv Emerg Nurs J*, 34(4), 325-332.
- Higgins, J.P.T., Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: version 5.1.0*. London: The Cochrane Collaboration.
- Higgins, J.; Thompson, S.G.; Deeks, J.J. & Altman, D.G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analysis. *BMJ*, 327, 557–60.
- Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. L. (2001). The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. *Geneva: International Labour Organization*, 81.
- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute/ The University of Adelaide.
- Joanna Briggs Institute. (2013). *The JBI Approach – Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute. (2012). *User Manual: Version 5.0 System for the Unified Management, Assessment and Review of Information*. The Joanna Briggs Institute.
- Kansagra, S. M., Rao, S. R., Sullivan, A. F., Gordon, J. A., Magid, D. J., Kaushal, R., . . . Blumenthal, D. (2008). A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med*, 15(12), 1268-1274. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00282.x
- Luck, L., Jackson, D., & Usher, K. (2009). Conveying caring: nurse attributes to avert violence in the ED. *International journal of nursing practice*, 15(3), 205-212.
- Livingston, J. D., Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P., & Nicholls, T. (2010). A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs*, 6(1), 15-28.
- Martino, V. D. (2002). Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. In *Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil*,

*Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study.*

- Milczarek, M. (2010). *Workplace violence and harassment: a European picture*. Publications Office of the European Union.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.
- Nachreiner, N. M., Gerberich, S. G., Ryan, A. D., & McGovern, P. M. (2007). Minnesota nurses' study: perceptions of violence and the work environment. *Industrial health*, 45(5), 672-678.
- Ogundipe, K. O., Etonyeaku, A. C., Adigun, I., Ojo, E. O., Aladesanmi, T., Taiwo, J. O., & Obimakinde, O. S. (2013). Violence in the emergency department: a multicentre survey of nurses' perceptions in Nigeria. *Emerg Med J*, 30(9), 758-762. doi: 10.1136/emmermed-2012-201541
- Oliveira, A. R., & D'Oliveira, A. F. P. (2008). Gender-violence against the female nursing staff of a Brazilian hospital in São Paulo City. *Revista de saude publica*, 42(5), 868-876.
- Pearson, A., Field, J., & Jordan, Z. (2009). *Evidence-based clinical practice in nursing and health care: assimilating research, experience and expertise*. John Wiley & Sons.
- Pereira, A.L. & Bachion, M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), 27 (4), 491-498.
- Pinar, R.; Ucmak, F. (2010). Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 510-517.
- Pocinho, M. (2008). *Lições de revisão sistemática e metanálise*.
- Rees, S., Evans, D., Bower, D., Norwick, H., & Morin, T. (2010). A Program to Minimize ED Violence and Keep Employees Safe. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 460-465.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: FORMASAU.
- Rodrigues, C. & Ziegelmann, P. (2010). Metanálise: um guia prático. *Rev HCPA*, 30(4), 435-446.

- Ryan, D., & Maguire, J. (2006). Aggression and violence—a problem in Irish Accident and Emergency departments?. *Journal of nursing management*, 14(2), 106-115.
- Santos, E. & Cunha, M. (2013). Interpretação Crítica dos Resultados Estatísticos de uma Metanálise: Estratégias Metodológicas. *Millenium*. Viseu, 44, 85-98. Acedido em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium44/7.pdf>.
- Santos, A. M. R. D., Soares, J. D. C. N., Nogueira, L. F., Araújo, N. A., Mesquita, G. V., & Leal, C. F. D. S. (2011). Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev. bras. enferm*, 64(1), 84-90.
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2000). Risco, Penosidade e Insalubridade - uma realidade na profissão de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 74.
- Sousa, M. R. & Ribeiro, A. L. P. (2009). Systematic review and meta-analysis of diagnostic and prognostic studies: a tutorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 92 (3), 241-251.
- Stene, J., Larson, E., Levy, M., & Dohman, M. (2015). Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. *Perm J*, 19(2), e113-117. doi: 10.7812/tp/14-187
- Talas, M. S., Kocaoz, S., & Akguc, S. (2011). A survey of violence against staff working in the emergency department in ankara, Turkey. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 5(4), 197-203. doi: 10.1016/j.anr.2011.11.001
- Vezyridis, P., Samoutis, A., & Mavrikiou, P. M. (2015). Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs*, 24(9/10), 1210-1222. doi: 10.1111/jocn.12660
- Wiskow, C. (2003). Guidelines on workplace violence in the health sector. *ILO WHO ICN PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva.
- World Health Organization (2016b). Background. Acedido em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/work9/en/index1.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/index1.html)
- World Health Organization (2016c)What is workplace violence. Acedido em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/work9/en/index2.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/index2.html)
- World Health Organization (2016a). Violence. Acedido em <http://www.who.int/topics/violence/en/>
- World Medical Association (2016). Workplace Violence in the Health Sector. Acedido em

<http://www.wma.net/en/20activities/40healthsystems/60violence/>

- Zafar, W., Siddiqui, E., Ejaz, K., Shehzad, M. U., Khan, U. R., Jamali, S., & Razzak, J. A. (2013). Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: results from Karachi, Pakistan. *J Emerg Med*, *45*(5), 761-772. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.04.049
- Zarola, A., & Leather, P. (2006). Violence and aggression management training for trainers and managers: A national evaluation of the training provision in healthcare settings. *University of Nottingham, Suffolk*, 27-28.



## **Anexos**



**Anexo I - JBI data extraction form for systematic review of experimental/observational studies**

180 Appendix 2

### JBI Critical Appraisal Checklist for Observational Studies

---



---

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record number \_\_\_\_\_

---



---

- |   | Yes | No | Unclear | N/A |
|---|-----|----|---------|-----|
| 1. Is the study based on a random or pseudo-random sample?                        |     |    |         |     |
| 2. Are the criteria for inclusion in the sample clearly defined?                  |     |    |         |     |
| 3. Were outcomes assessed using objective criteria?                               |     |    |         |     |
| 4. If comparisons are being made, was there sufficient description of the groups? |     |    |         |     |
| 5. Was an appropriate statistical analysis used?                                  |     |    |         |     |

---



---

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

---



---



---



**Anexo II - Tabela 4** - Resumo dos 18 estudos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura (n=18)



**Uma pesquisa de violência no trabalho em 65 Serviços de Urgência dos EUA**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Kasangra et al., 2008, EUA	<p><u>Principal:</u> Examinar a violência no local de trabalho e as percepções de segurança pessoal em diversos serviços de Urgência</p> <p><u>Secundários:</u> Determinar o número de ataques físicos contra funcionários por doentes ou visitantes; a frequência de posse de armas no serviço de Urgência; o número de vezes a equipa se sentiu segura; quais as características do serviço e dos funcionários associadas a percepções de segurança física</p>		Urgência: 69 Serviços dos Estados Unidos. Dos 102 locais que inicialmente aceitaram participar, 69 locais completaram os inquéritos e 33 desistiram.	Todos os funcionários dos 69 serviços (médicos, internos, Enfermeiros, auxiliares de enfermagem e assistentes médicos) foram incluídos. Foram distribuídos 5695 questionários, a análise final incluiu 3518.		O questionário estava dividido em duas partes. A primeira (" inquérito ao pessoal ") avaliou a percepção da equipa sobre as condições de trabalho, os processos clínicos e fatores sistémicos que possam contribuir para erros. Incluiu perguntas sobre o equipamento, pessoal, trabalho em equipa, gestão da informação, fatores organizacionais e coordenação dos cuidados, e também uma pergunta sobre a segurança física no serviço de Urgência. O segundo inquérito foi distribuído a um " informante-chave " em cada local para recolher dados sobre os atributos do serviço que podem afetar as percepções da equipa sobre a segurança pessoal e que seria relatado de forma mais confiável por líderes ou gestores.	<p>A taxa de resposta global dos 69 serviços participantes foi de 66%. Concluiu-se que os Enfermeiros representaram 55% dos entrevistados; médicos e assistentes foi o segundo grupo mais representado, seguido por internos. Um terço dos entrevistados trabalhava no serviço há menos de 3 anos, e 26% dos trabalhavam há mais de 10 anos.</p> <p>Dos participantes, 73% relataram que se sentiam seguros a maior parte do tempo ou sempre, sendo que 19% responderam que às vezes se sentiam fisicamente seguros, e os restantes 8% relataram que nunca ou raramente sentiram segurança física, enquanto trabalhavam.</p> <p>94% dos informantes-chave relataram que o seu serviço tinha pessoal de segurança intra-hospitalar disponível 24 horas por dia. Apenas 14% relataram o uso de detetores de metal para triagem dos doentes que não estavam em maca, e visitas. Relataram mais de 3461 agressões físicas em 5 anos, com uma média de 11 agressões físicas em cada serviço durante os 5 anos. Vinte por cento dos informantes-chave informou que foram trazidas, diária ou semanalmente, armas ou facas para o serviço.</p> <p>Os Enfermeiros sentiram-se cinco vezes menos seguros " na maioria das vezes " ou " sempre " em comparação com qualquer outra classe profissional envolvida. Dada a sua relação mais próxima com os doentes, o que pode expô-los com maior frequência à violência e, portanto, levá-los a sentirem-se menos seguros, deve ser esta uma classe profissional prioritária no que diz respeito a programas de prevenção de violência.</p> <p>Os funcionários que trabalhavam há mais de 5 anos sentiram-se menos seguros do que o pessoal que trabalhava há menos tempo. Indivíduos brancos sentiram-se mais seguros do que as outras raças.</p> <p>Serviços com detetores de metal relataram maior número de agressões físicas e maior entrada de armas (n=184), tanto numa base diária como semanal (OR = 26.3; 95% CI = 2.0 to 339; p = 0.01).</p> <p>Os serviços apenas para adultos foram associados a um maior número de agressões (n=116) do que os serviços com combinação adultos/pediátrico. O estudo apresenta algumas limitações. A maioria dos serviços pertencia a grandes hospitais.</p> <p>A interpretação do " informante-chave " sobre o que consiste um ataque pode ser diferente da dos funcionários.</p>	<p>O estudo mostrou que menos de metade dos serviços tiveram algum tipo de programa de treino de violência para os funcionários, e também que os funcionários que frequentaram esses programas se sentiram mais seguros do que os que não frequentaram. Assim os autores deveriam ter sugerido que esses programas devem ser colocados em prática e avaliados e revistos regularmente.</p> <p>Neste estudo os autores não tiveram em conta a percepção de segurança antes e depois da intervenção.</p> <p>Apesar de terem participado tantos serviços, eles podem não ser representativos do país, já que a maioria dos serviços pertencia a grandes hospitais.</p> <p>A interpretação do " informante-chave " sobre o que consiste um ataque pode ser diferente da dos funcionários.</p> <p>Fatores como raios inadequados, tempo dos turnos, resposta organizacional após eventos violentos, podem ter interferido na percepção de falta de segurança dos funcionários.</p> <p>Não colheram dados nem entrevistaram sobre os agressores. Só se focaram sobre violência física e psicológica/verbal.</p> <p>Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2008</p>

**Violência contra funcionários de serviços de Urgência Hospitalar e de salas de Observações de serviços de Urgência em Samsun: um estudo epidemiológico**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Canbaz et al, 2008, Turquia	<b>Principal:</b> Determinar a frequência da exposição a alguma forma de violência durante os 12 meses anteriores e os níveis de Ansiedade dos funcionários de serviço de Urgência e de salas de Observação de Samsun.	Estudo transversal	Em 5 de salas de Observações de serviços de Urgência e 4 serviços de Urgência de Samsun	Todos os trabalhadores (n = 320). 280 (87,5%) completaram o estudo.	1 mês: entre 1 e 30 de Abril de 2004.	O questionário incidiu sobre os últimos 12 meses que o funcionário trabalhou, e foi concebido para avaliar variáveis demográficas. Também tinha questões sobre a harmonia na equipa e apoio administrativo, a ansiedade em relação à exposição repetida à violência, o tipo de violência (abuso verbal, ameaça verbal e agressão física), e no que respeita à agressão física, qual o utensílio utilizado. Gritos e insultos foram definidos como abuso verbal. A elevação dos punhos, estaladas, pontapés, atirar qualquer item ou objeto, morder, bater, puxar, empurrar, beliscar, agarrar, arranhões e socos foram consideradas como agressão física. O STAI é um mecanismo de avaliação de auto-relato, que inclui medidas separadas de estado e traço de ansiedade. É composto de 40 questões de escolha múltipla e uma escala de Likert de 4 pontos. A sua validade foi confirmada na Turquia.	A média de idade foi de 31,0 ± 5,9 anos e a média dos anos de trabalho de 83,3 ± 65,9 meses. 126 (45,0%) eram mulheres. Verificou-se que os funcionários de serviço de Urgência foram expostos mais frequentemente à violência do que os funcionários de salas de Observações. 202 trabalhadores de ambos os serviços (72.1%), foram expostos a uma forma de violência, a maioria mulheres (88.9%). Cada trabalhador experimentou pessoalmente cerca de 1,1 eventos. As mulheres (88.9%) foram expostas a mais violência do que os homens (58.4%). Participaram 151 médicos, 95 Enfermeiros, 23 Técnicos de Ambulância e 11 Auxiliares. Médicos e Enfermeiros referiram ter sofrido mais eventos violentos do que os outros grupos, enquanto o pessoal auxiliar sofreu o valor mínimo. De todos os participantes, 201 testemunharam abuso verbal, 167 ameaça verbal, e 55 agressão física. Durante a agressão física, 15 dos atacantes (27,3%) usaram um utensílio: cacete (40,0%), garrafa de soro (26,7%), lâmina de barbear/faca (20,0%), e arma (13,3%). A violência variou significativamente entre os diferentes grupos profissionais de saúde, embora o abuso verbal parecesse ser um risco endêmico. Verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os participantes expostos a violência (90,4%) e não expostos à violência (9,4%) com respeito à ansiedade em relação à repetição da exposição à violência. A frequência de exposição à violência foi maior nos participantes com falta de harmonia na equipa (94.7%) e falta de apoio administrativo (89.2%). Verificou-se que o risco de exposição à violência aumentou aproximadamente dez vezes em participantes que relataram mau ambiente na equipa. Da mesma forma, o risco de exposição à violência foi cerca de cinco vezes maior em participantes que relataram um mau apoio administrativo. A idade, género e ansiedade em relação a repetição da exposição à violência, foram relacionados com maior ponto de estado de ansiedade (SAP), enquanto a ansiedade em relação à repetição da exposição à violência estava relacionada com maior ponto traço de ansiedade (TAP). O sexo feminino está relacionado com maior SAP. Verificou-se que a ansiedade sobre a repetição da exposição à violência aumentou aproximadamente dez vezes nos participantes que relataram ter sido expostos à violência. O estudo descobriu que a violência tem uma influência negativa sobre as condições dos participantes. A violência também pode ter resultados negativos organizacionais sob a forma de baixa moral do trabalhador, aumento do stress de trabalho, o aumento da rotatividade dos trabalhadores, redução da confiança na administração e nos colegas de trabalho, e um ambiente de trabalho hostil. Este estudo indica claramente que a violência nestes serviços é uma preocupação comum, e que aumenta a ansiedade.	Limitando as respostas aos últimos 12 meses para garantir recordação precisa, contudo, devido ao viés de memória, o número de incidentes de violência pode ter sido relatado em demasia. Pode ter havido um viés de não resposta, uma vez que 40 pessoas não responderam, e podem ter sofrido mais ou menos violência. O estudo incidiu somente em profissionais, esquecendo de colher dados do agressor. Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2008

**Violência contra os Enfermeiros que trabalham nos serviços de Urgência dos EUA**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Gacki-Smith et al., 2009, EUA	<p><u>Principal:</u> Investigar as experiências dos Enfermeiros e percepções de violência de doentes e visitantes nos serviços de Urgência dos EUA</p> <p><u>Secundários:</u> Investigar os tipos e frequências de incidentes violentos no serviço de Urgência; Investigar os fatores que contribuem para a violência no serviço de Urgência.</p>	Estudo transversal	Urgência dos EUA (50 estados e distrito de Columbia)	Todos os Enfermeiros registados e membros da Associação de Enfermeiros de Urgência (n= 31.905). Os que trabalhavam em serviços de Urgência dos EUA no momento do inquérito e que tinham acesso à Internet eram elegíveis para participar no estudo. Usou-se uma amostra por conveniência. Concluíram o inquérito 3.465 Enfermeiros (10,9%) de serviço de Urgência. Esta amostra era representativa de todos os 50 estados e do Distrito de Columbia.	1 mês: na Primavera de 2007	Um questionário com 69 itens, que se interessou pela experiência pessoal do entrevistado com a violência física e o abuso verbal no serviço de Urgência, as políticas e procedimentos do Hospital do entrevistado para lidar com a violência no local de trabalho, as crenças do entrevistado sobre os fatores precipitantes da violência, e as barreiras para denunciar a violência no serviço de Urgência.	<p>A maioria (87,4%) trabalhava em serviços de Urgência geral, 63,6% num centro de trauma, 59,7% trabalhavam como Enfermeiros grau 1, e 52,1% principalmente no turno diurno. A experiência média de enfermagem foi de 16,5 ± 10,7 anos, a experiência de Urgência foi de 12,1 ± 8,8 anos, e experiência no serviço de Urgência atual era de 7,6 ± 7,2 anos. A maioria (84,4%) eram mulheres. Os tipos mais comuns de violência física foram: " cuspidor, " " esmurrado, " " empurrado" " arranhado " e " pontapeado". Em termos de abuso verbal, 70% ou mais experimentou: " gritos / amaldiçoado, " " intimidação " e " assédio sexual com palavras / insinuações. ". 77% classificaram a sua percepção de segurança no 5 ou abaixo numa escala de 10 pontos (1 não seguro para 10, extremamente seguro). Um terço tinha considerado deixar o serviço de Urgência por causa da violência. 23% (n = 811) dos entrevistados eram vítimas frequentes de experiências de violência física. Os Enfermeiros nas Urgências pediátricas eram menos propensos a sofrer violência física frequente, enquanto os que trabalhavam principalmente no turno da noite, nos fins de semana, e os do sexo masculino eram mais propensos. Os Enfermeiros que sentiram que a violência de doentes / visitantes é uma parte inevitável da prática eram mais propensos a experimentar violência física frequente no serviço. As seguintes barreiras ao relato foram associadas com um risco aumentado de ser vítima de violência física frequente: a percepção de que relatar incidentes violentos pode ter um efeito negativo nas avaliações atribuídas pelo doente; políticas ambíguas de notificação da violência; medo de retaliação da gestão do serviço, administração do hospital, pessoal de enfermagem, ou médicos; insuficientes incidentes relatados pelo pessoal; a percepção de que relatar incidentes violentos era um sinal de incompetência ou fraqueza; ausência de danos físicos na equipa; a atitude de que a violência vem com o trabalho; e falta de apoio da administração /gestão. Enfermeiros que sentiram que não havia barreiras ao relato de violentos incidentes tinham muito menos probabilidade de experimentar violência física frequente. Os fatores identificados como precipitantes de violência no serviço foram: atendimento de doentes psiquiátricos, aglomerado / elevado volume de doentes, tempos de espera prolongados, equívoco por doentes ou visitantes do comportamento do pessoal (tais como enfermeiras rindo), a percepção dos doentes ou visitantes que o pessoal é indiferente a eles, escassez de Enfermeiros, política de visitas inexistente ou mal aplicada, e cuidados de doentes com demência ou doença de Alzheimer. Quase 20% (n = 604) dos entrevistados eram vítimas frequentes de experiências de agressão verbal. Os Enfermeiros do sexo masculino eram mais propensos a experimentar o abuso verbal frequente se trabalhassem na Urgência geral ou apenas com adultos, no turno da noite e ao fim de semana. A redução do risco de experimentar frequentemente violência física e agressão verbal no serviço de Urgência, foi associada à existência de políticas de comunicação e de respostas a incidentes violentos no local de trabalho, e ao compromisso da administração do serviço, para a eliminação da violência no local de trabalho contra Enfermeiros. As barreiras ao relato eram frequentemente associadas com um risco aumentado de sofrer de abuso verbal frequente. Enfermeiros que sentiram que não havia barreiras para relatar incidentes violentos eram muito menos propensos a experimentar abuso verbal.</p>	<p>Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2009</p> <p>A ENA (Associação de Enfermeiros de Urgência) não pôde limitar submissões múltiplas pelo mesmo Enfermeiro.</p> <p>A duração do inquérito pode ter servido como um impedimento.</p> <p>A eficácia das estratégias, tais como segurança, controlo ambiental e prevenção da violência de educação / formação não pode ser determinada a partir de dados transversais deste tipo, porque essas estratégias são muitas vezes iniciadas no serviço de Urgência após a violência se tornar um problema.</p> <p>É um estudo com base no auto-relato, portanto limitado pelo potencial de imprecisão dos dados.</p> <p>Nenhum estudo de auto-relato pode conclusivamente identificar fatores relacionados com a violência no serviço de Urgência.</p> <p>O método de amostragem por conveniência pode ter comprometido/limitado a generalização do estudo.</p> <p>O estudo incidiu somente em 2 tipos de violência: física e verbal, e somente em profissionais, esquecendo o agressor.</p>

**O efeito do controlo da raiva na equipa de Enfermagem sobre a taxa de violência sofrida por ela no Serviço de Urgência**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do programa	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Eslamian, Fard, Tavakol, Yazdani, 2010, Irão	<b>Principal:</b> Determinar o efeito de um programa de formação na gestão de raiva pela equipa de enfermagem sobre a taxa de violência contra ela praticada, no serviço de Urgência do Hospital de Al-Zahra em Isfahan	Estudo semi-experimental	Urgência do Hospital de Al-Zahra em Isfahan.	Todos os Enfermeiros (total de 66)		<p>O Programa foi aplicado em dois grupos (distribuídos aleatoriamente, em grupo de teste e de controlo) em duas fases, tendo sido realizado um pré teste com 10 Enfermeiros do serviço de Urgência. O programa de treino era constituído por 4 sessões semanais acerca de prevenção de violência no trabalho de 60 minutos cada. Durante as sessões educacionais foi promovida a discussão, perguntas e praticadas técnicas de gestão da raiva. O questionário foi aplicado antes das sessões educacionais e imediatamente após.</p>	<p>Em ambos os grupos, antes da intervenção, não havia diferença significativa nas taxas de violência física (<math>p = 0,37</math>) e violência psicológica/verbal (<math>p = 0,35</math>). Após a intervenção, a distribuição da frequência da violência física entre os dois grupos não apresentou diferença significativa (<math>p = 0,5</math>), contudo a distribuição da frequência de violência psicológica/verbal mostrou uma diferença significativa (<math>p \leq 0,04</math>).</p> <p>As taxas iniciais de violência psicológica/verbal e de violência física no local de trabalho no grupo teste foram de 69.74% e 18.2% respetivamente, tendo após a intervenção diminuído para 48.5% e 9.1%. No grupo de controlo inicialmente foram 66.7% e 15.2%, tendo a primeira aumentado para 69.7% e a segundo diminuído para 12.1%.</p> <p>Previamente ao programa a média de gestão de raiva era 59.52 para o grupo teste e aumentou para 79.07 após o programa, tendo-se mantido aproximadamente nos 58 para o grupo de controlo antes e após a intervenção.</p> <p>Os Enfermeiros tinham entre 5 a 10 anos de experiência, com idades compreendidas entre 20 e os 50 anos; a idade média do grupo teste foi de 33,7 (<math>\pm 6,9</math>) anos e do grupo de controlo de 33 (<math>\pm 5,65</math>) anos. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em termos de idade e experiência de trabalho.</p> <p>Os resultados do estudo demonstraram que o treino de gestão da raiva nos Enfermeiros do serviço de Urgência afeta a incidência de violência contra eles, tendo o número médio de exposição a situações agressivas diminuído após a intervenção.</p> <p>O programa poderá ter um efeito positivo na atitude dos indivíduos para lidar com comportamentos violentos, bem como aumentar a confiança para lidar com situações de violência.</p>	<p>Este estudo tem como limitação não ter avaliado a violência do ponto de vista do doente. Contudo os autores salientam que os direitos do doente e os direitos dos funcionários devem ser ambos considerados, para que possam interagir uns com os outros, sem qualquer tipo de violência no local de trabalho.</p> <p>Não teve medidas sobre o agressor. Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2009</p>

**Um programa para minimizar a violência em Serviço de Urgência e manter os funcionários seguros**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Características do programa	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Rees, Evans, Bower, Norwic & Morin, 2010, EUA	<b>Principal:</b> Desenvolver um programa de segurança abrangente para Serviço de Urgência elaborado por uma comissão interdisciplinar		Urgência do Hospital e Clínicas da Universidade de Wisconsin: Centro de Trauma Nível I	Todos os funcionários do serviço de Urgência do Hospital e Clínicas da Universidade de Wisconsin.	26 de Outubro de 2007 a 3 de Abril de 2009	O Programa de Segurança desenvolvido pela comissão interdisciplinar, tinha como componentes: uma grelha com fases de gradação, pistas visuais em forma de cores para os funcionários (em todo o serviço, para representar visualmente o estado de segurança atual), definição do estado de segurança do serviço de acordo com cores pré-definidas (após breve reunião/discussão entre todas as partes, para se tomar a decisão de mudar a cor do status, e sempre que se proponha diminuição ou aumento do status atual), um plano para controlar o acesso com a presença de seguranças, e o treino dos funcionários (obrigatório para todos os funcionários, ajudando a reconhecer mudanças ambientais que podem escalar para situações de violência se não forem tratadas com rapidez e eficácia, e que incluem, por exemplo, um grande número de visitantes, múltiplas vítimas do mesmo acidente ou evento). Quando existiam conflitos eminentes, as partes eram separadas conforme a necessidade de acalmar e prevenir situações potencialmente difíceis ou perigosas. Podiam ser removidas de um lado da sala de espera para o outro lado, ou podiam ser completamente postas fora da sala de espera. Como estas situações foram tratadas dependeu das circunstâncias específicas e o tamanho das partes envolvidas. Como último recurso, algumas pessoas podiam ser convidadas a deixar o hospital. Estas situações raras podiam exigir a presença da polícia local. Dependendo da situação, o pessoal de segurança e a polícia podiam decidir bloquear a área de entrada ao público a partir do estacionamento. Se isso acontecesse, todas as pessoas que se dirigissem ao serviço eram direcionados para uma única porta, para controlar o acesso.	Desde a implementação do programa em 2007, até 2009, o status de segurança foi alterado 39 vezes. Quase metade das mudanças ocorreu nos primeiros 3 meses. Este número diminuiu para 1 a 2 vezes por mês à medida que mais funcionários participaram do treino e todos se familiarizaram com o processo. Embora a frequência tenha diminuído ao longo do tempo, a duração das mudanças não diminuiu. Os funcionários relataram sentir-se mais seguros no âmbito do novo programa de segurança, quando o risco de violência é elevado (exemplo: quando uma pessoa com um tiro ou com uma facada entra no serviço). Desde a implementação do programa, houve um relato de lesão, quando um membro da equipa levou um pontapé por um doente. Não ocorreram ausências ao serviço por lesão desde a implementação do programa. Nos 2 anos anteriores à implementação deste programa, o pessoal sofreu uma série de lesões, murros, pontapés, mordeduras, marcas após ter sido agarrado ou empurrado, e uma luxação. Os coordenadores de enfermagem relataram que o programa permite que seja a equipa a gerir o ambiente, em vez de permitir que seja o ambiente a geri-la, preparando a equipa para a ameaça potencial, em vez de reagir a ela. O programa delinhou estratégias realistas para atender às necessidades do doente e de sua rede de apoio, uma vez que o pessoal de segurança se concentra na segurança do serviço (na regulação das visitas, plano para controlar a multidão e separação da mesma, quando necessário), permitindo que a equipa de enfermagem se concentre nos cuidados de enfermagem aos seus doentes.	Todos os funcionários devem reconhecer o serviço como o seu espaço de trabalho e portanto assumir a responsabilidade pelo que acontece nele. Se os funcionários não forem parte da equipa do SU, isto não os motiva. Os Enfermeiros conseguem identificar as situações em que devem recuar para a sua segurança, mas sentem a necessidade de proteger doentes, visitantes e funcionários do sexo feminino e muitas vezes não recuam. A importância da sua própria segurança e a necessidade de seguir os procedimentos descritos, independentemente do sexo foi reforçada para nos Enfermeiros, mas deve-o ser ainda mais. Este programa não está preparado para um ataque repentino e inesperado de violência de um doente, visita, etc. Não voltaram a reproduzir este estudo desde 200.

**Uma Pesquisa da Violência Contra a Equipe do serviço de Urgência em Ancara, Turquia**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Talas, Kocaoz, & Akguc, 2011, Turquia	<p><u>Principal:</u> Identificar: a proporção de funcionários que tinham experimentado violência física, verbal e assédio sexual no local de trabalho no ano anterior, quais as fontes dessa violências, se os fatores sociodemográficos e profissionais influenciaram a tendência à violência verbal, física e assédio sexual, e se o incidente foi relatado e o processo legal iniciado, e qual o estado emocional das vítimas após a violência.</p>	Estudo Descritivo Exploratório	Urgência: 6 serviços (3 hospitais universitários e 3 hospitais estatais) em Ancara, capital da Turquia.	Todos os funcionários que trabalhavam nos 6 serviços de Urgência. A amostra foi por conveniência, 568 funcionários concordaram em participar, cerca de metade (n=270, 47,5%) completaram o questionário e devolveram-no.	6 meses: entre Março a Agosto de 2009	<p>O questionário tinha 5 seções: a 1ª relativa às características sociodemográficas dos participantes: idade, nível de escolaridade, sexo, profissão, total de anos de profissão e total de anos de trabalho no serviço, tipo de hospital onde trabalha, turnos que pratica e o local de trabalho no serviço, e se tinha algum tipo de treino ou possuía instruções sobre como lidar com a violência de que tinha sido alvo. As restantes seções incluíam perguntas fechadas sobre tipos de violência verbal, física, e tipos de assédio sexual, fontes, sentimentos, resultados, relatórios. Tinham ainda perguntas abertas sobre relatos dos danos físicos e métodos de coping (lidar) após a violência que tinha ocorrido. A violência física foi definida como um pontapé, murro, empurrar ou ser repellido; um beliscão, um arranhão ou ser batido; corte e perfuração com uma arma afiada ou comum tiro de arma; levar com objetos atirados ou cuspirem-lhe. O abuso verbal foi definido como sendo gritos ou ofensas verbais; comportamento inapropriado, ofensivo, rude, ou hostil; ser menosprezado ou humilhado; ser verbalmente ameaçado com pancada, chutos, de morte, com corte e perfuração, ser destacado para uma área remota, ser demitido ou suspenso. O assédio sexual foi definido como ser submetido a piadas sexuais indesejadas, histórias, perguntas ou palavras; pedidos a contragosto para sair; receber chamadas, mails ou telefonemas indesejados; mostrarem-lhe o corpo de forma sexual; ter o seu corpo tocado; ou experimentando uma tentativa de assalto. Os participantes foram convidados a verificar a lista dos tipos de abuso verbal, bem como ameaças, agressão física e comportamentos de assédio sexual, e se eles tinham experimentado qualquer um dos comportamentos listados a partir de 10 fontes diferentes: doentes, familiares dos doentes, administrador do médico, administrador de enfermagem, médico, Enfermeiro, oficiais médicos e técnicos de medicina de emergência, administradores, seguranças e empregados de limpeza. Além disso, os participantes foram questionados sobre a frequência com que experimentaram algum tipo de violência ou abuso.</p>	<p>45,2% dos participantes tinham idades entre os 28 e os 34 anos. Mais da metade eram do sexo masculino e oriundos de universidade. Os médicos representaram 27,0%, os Enfermeiros 22,6%; a maioria tinha menos de 5 anos de experiência em serviço de Urgência, e 45,2% trabalhavam na sala de observação, na admissão do doente ou na sala de reanimação dos serviços de Urgência estudados. Mais de metade (56,7%) trabalhava num hospital universitário. Dos participantes, 85,2% relataram ter sofrido pelo menos um tipo de violência. Em relação ao tipo de violência 79,6% foi abuso verbal, 55,5% ameaças verbais, 41,1% agressão física e 15,9% assédio sexual. Alguns dos tipos mais comuns de violência física foram: "levar uma estalada", "baterem-lhe", "levar um pontapé" ou "ser empurrado", experimentados por 73,9% dos entrevistados. Um total de 82,3% dos participantes que sofreram abuso verbal afirmou que "lhe gritaram" e que "foi menosprezado ou humilhado". "Ameaças de despedimento" (87,3%) foi a ameaça verbal mais relevante. Piadas sexuais indesejadas, histórias, perguntas ou palavras eram os tipos mais frequentes de assédio sexual (51,2%). A maioria dos membros da equipa (78,5%) afirmou que não recebeu qualquer tipo de treino sobre como lidar com a violência.</p> <p>Os participantes do sexo masculino relataram uma maior exposição a mais violência física (47,3%) do que os do sexo feminino (33,6%); os agentes de segurança relataram taxas mais elevadas do que outras profissões (75,0%). As taxas de violência física foram menores entre os membros da equipa que se formou na universidade (<math>\chi^2=22.662, p &lt; .0001</math>). Os participantes que trabalham em sala de observação / sala de admissão / reanimação do doente relataram taxas maiores do que aqueles que trabalham em outras seções (<math>\chi^2=12.196, p &lt; .01</math>). A exposição a qualquer forma de abuso verbal foi maior entre empregados de limpeza (90,9%) e agentes de segurança (90,6%). Os resultados indicaram que os membros da equipa que trabalharam em "todas as unidades" e "sala de observação/ admissão do doente / sala de reanimação" eram mais propensos a enfrentar abuso verbal (<math>\chi^2=22.994, p &lt; .0001</math>). Quanto aos hospitais, uma percentagem mais elevada de abuso verbal ocorreu em hospitais públicos (88,9%) do que os hospitais universitários (72,5%). Descobrimos que o pessoal na faixa etária dos 28 aos 34 anos e a trabalhar em hospitais estatais experimentaram ameaças verbais mais comumente (65,8%). O assédio sexual foi o tipo menos comum de abuso experimentado pelos participantes (15,9%). A maioria (88,4%) dos episódios de assédio sexual ocorreu durante os turnos da noite ou da tarde. A faixa etária dos 28 aos 34 anos e os que trabalhavam em hospitais estatais, experimentou a maior percentagem de qualquer tipo de assédio sexual. Quando questionados sobre a identidade dos autores de violência física (90,8%), abuso verbal (98,8%), ameaças verbais (98%) e assédio sexual (100,0%), os participantes identificaram companheiros dos doentes como os autores mais comuns.</p> <p>"Não fazer nada e ficar em silêncio" foi o método de coping/lidar mais comum. O método de coping mais comum para as agressões físicas foi relatar a um administrador (56,8%), mas este método foi o menos comumente usado. Quando questionados sobre as reações aos quatro tipos de violência, a reação mais comumente relatada neste estudo foi de tristeza (86,0% por assédio sexual, 82,9% por agressão física e 82,0% para as ameaças verbais). As outras reações foram raiva na agressão física (83,8%), decepção na ameaça verbal (79,3%) aversão/repulsa nas agressões sexuais (69,3%).</p>	<p>O número relativamente pequeno de entrevistados poderá ser uma limitação. O estudo também é limitado pelo fato de que os dados foram colhidos por meio de autorrelato retrospectivo num questionário, que se baseia na memória de eventos dos participantes, que podem nem sempre ser precisos. O estudo incidiu somente em profissionais, esquecendo de colher dados do agressor. Menos de metade dos participantes completou o questionário, pelo que a generalização dos resultados pode estar comprometida. Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2011</p>

**Violência no trabalho contra Enfermeiros iranianos que trabalham em serviços de Urgência**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Esmailpour, Salsali, & Ahmadi, 2011, Irão	<u>Principal:</u> Encontrar a frequência e a natureza da violência no trabalho (física e verbal) contra Enfermeiros iranianos que trabalham em serviços de Urgência	Estudo transversal	Urgência: 11 de hospitais associados à Universidade de Ciências Médicas do Teerão (Irão). Eram todos Hospitais Governamentais.	Todos os Enfermeiros (em várias condições de emprego) a trabalhar nos 11 serviços de Urgência, com pelo menos 1 ano de experiência de trabalho no serviço de Urgência. Total de 196 Enfermeiros com Bacharelato. A taxa de resposta foi de 94,8% (186 Enfermeiros, sendo que 178 questionários foram considerados para a análise de dados e os restantes foram rejeitados por estarem incompletos.		O questionário tinha 4 seções. A 1ª parte colhia dados das características pessoais e de trabalho. A 2ª e 3ª referiam-se a violência no trabalho: abuso físico, psicológico e verbal. Além disso, se um Enfermeiro experimentou violência no local de trabalho no ano passado, recolhia informações como: natureza, frequência, respostas, consequências e satisfação do tratamento de incidentes, e quais as estratégias e políticas procuradas, para lidar com o incidente. Na 4ª seção, 3 questões abertas recolhiam as opiniões dos Enfermeiros sobre fatores que contribuem para a violência no trabalho e medidas para a reduzir no futuro. Os turnos de trabalho iranianos consistem: manhã (07: 00-14: 00), tarde (14: 00-20: 00) e noite (20: 00-07:00). As questões de assédio sexual e raciais foram omitidas devido à escassez de sua ocorrência nos serviços de Urgência/Emergência do Irão.	No período compreendido do estudo (12 meses), 91,6% dos Enfermeiros relataram ter experimentado abuso verbal, e 19,7% violência física. Todos os incidentes de violência física do estudo foram sem-arma. A maioria eram Enfermeiros de cuidados gerais (93,8%) e o restante Enfermeiros chefe. A maioria dos participantes (63,2%) tinha entre 1 e 5 anos de experiência de trabalho em enfermagem, e eram do sexo feminino (89,1%). Cerca de metade (44,9%) tinham contrato de trabalho. Todos trabalhavam a tempo inteiro em turnos rotativos, e todos tinham contato físico direto com seus doentes. O rácio habitual relatado Enfermeiro/doente era de pelo menos 1: 8. A maioria dos participantes referiu que a sua preocupação com a violência estava num nível 4 ou 5 numa escala Likert de 1 a 5. Dos participantes, 85,4% indicaram que não existia um procedimento para relatar incidentes violentos no local de trabalho, os restantes escreveram que utilizaram o procedimento de notificação; no entanto, apenas 16 dos restantes 26 sabia como usar o procedimento de notificação. Apenas 24,7% de todos os participantes, foram incentivados a denunciar a violência, sendo os seus colegas a principal fonte de encorajamento. No decorrer dos 12 meses, 35 Enfermeiros (19,7%) relataram violência física sem-arma. No mesmo período de tempo, a violência verbal foi muito mais frequente (91,6%) do que a violência física. Todos os Enfermeiros sofreram abuso verbal antes de qualquer incidente de violência física. As principais fontes de violência no trabalho eram familiares dos doentes (84,9%). Incidentes de violência física ocorreram na maior parte das vezes perto da cama do doente, e o abuso verbal pareceu acontecer mais nos postos de enfermagem. A maioria dos incidentes de violência física ocorreu ao sábado, 2ª e 4ª-feiras, e durante os turnos da tarde. O abuso verbal ocorreu mais durante os turnos da manhã, no sábado, 2ª e 4ª-feiras. A maioria dos Enfermeiros (37,1%) não reagiu em absoluto à violência física. No entanto, no caso de abuso verbal, a maioria pediu aos agressores para parar. A maioria dos Enfermeiros (85,7%) achava que a violência física e o abuso verbal poderiam ter sido evitados. Os incidentes de violência física não foram graves e não requereram nenhuma observação médica. Os Enfermeiros relataram a violência como uma experiência de vida extremamente stressante, sendo que 40% dos que sofreram de violência física e 25,8% dos que sofreram abuso verbal relataram que tinham ficado extremamente preocupados por memórias repetidas, pensamentos ou imagens do ataque. Evitar pensar ou falar sobre o ataque, ou evitar ter sentimentos relacionados a ele, foi declarado por um quarto de todos os participantes que sofreram violência física e abuso verbal, dentro do grupo dos que ficaram extremamente preocupados. Cerca de 57% dos Enfermeiros que sofreram violência física ficaram extremamente incomodados, e 31,9% dos Enfermeiros que sofreram abuso verbal tinham ficado um pouco incomodados por estar "sempre alerta" ou "vigilante e em defesa". 62,8% dos que sofreram violência física e 42,3% dos que sofreram abuso verbal tinha ficado extremamente incomodados e com a sensação de que tudo o que fizeram "é um esforço". Apenas 4 Enfermeiros relataram que se iniciaram ações destinadas a investigar as causas da violência física. Quanto ao abuso verbal, 42 mencionaram que a investigação foi iniciada. O papel mais importante para investigar as causas do abuso verbal coube aos Enfermeiros chefes. Em 50% dos incidentes de violência física, foi entregue relatório à polícia, e a maioria dos que sofreram abuso verbal (57,1%) respondeu que nada aconteceu aos seus agressores. Após incidentes violentos, nenhum dos Enfermeiros recebeu qualquer consulta ou outro tipo de apoio dos seus empregadores ou supervisores. A maioria declarou muito baixa satisfação com a maneira como os incidentes foram tratados. "Inútil" foi a resposta mais escolhida como a razão para não relatar os incidentes, quer no que respeita a violência física, quer para o abuso verbal. Um terço dos que sofreram violência física referiu ter testemunhado violência física nos serviços de Urgência/Emergência entre 2 a 4 vezes. A maioria dos que sofreram violência e 19,6% dos que sofreram violência verbal testemunhou ou experimentou os incidentes e reportaram-nos. Os Enfermeiros do sexo masculino foram vítimas mais frequentes de violência física do que os do sexo feminino. A maioria dos que sofreram abuso verbal testemunhou esse tipo de abuso diariamente.	Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2011 Este estudo foi realizado em apenas 11 serviços de Urgência de hospitais de ensino do Teerão, devia ter-se usado uma amostra maior para tornar o estudo mais credível. Os participantes eram Enfermeiros apenas com bacharelato. Limitaram as respostas aos últimos 12 meses para garantir recordação precisa, contudo, pode ter ocorrido um viés de memória. O questionário consistiu num auto-relato e não se usou mais nenhum meio para confirmar a veracidade das respostas. O estudo incidiu somente em profissionais, esquecendo de colher dados do agressor. O estudo focou somente 2 tipos de violência: física e verbal.

**Um programa educacional para prevenir, gerir e recuperar da Violência no Trabalho**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do programa	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Gillespie, Gates, & Mentzel, 2012, EUA	<p><u>Principal:</u> Avaliar os resultados da aprendizagem de funcionários de serviços de Urgência que completaram um programa de educação para a violência no trabalho, feito especificamente para o seu ambiente de trabalho</p> <p><u>Secundários:</u> Reduzir a incidência de ameaças físicas e agressões contra funcionários de serviço de Urgência Reduzir as consequências negativas</p>	Quasi-experimental	Urgência: 3 serviços do Centro-Oeste dos EUA de diferentes hospitais: um Centro de Trauma urbano Nível I, um hospital urbano, e um hospital suburbano	Todos os funcionários dos 3 serviços de Urgência. Somente os funcionários em licença de maternidade ou de baixa médica foram excluídos. 315 funcionários completaram o programa educacional.	1 Junho 2010 a 15 Outubro de 2011	O programa educacional teve 4 etapas. As etapas 1-3 foram transmitidas através de e-learning (foi disponibilizado link), e incluíram o pré e um pós-teste, demorando sensivelmente 3 horas para serem concluídas. A 4ª etapa consistiu num programa de educação em sala de aula com 2 horas de duração. Cada etapa foi apresentada de forma cronológica, de modo que o conteúdo para a etapa seguinte assentasse sobre o conteúdo aprendido durante as etapas anteriores. A etapa 1 iniciou-se a 01 de Junho de 2010. A divulgação do conteúdo do programa foi ao longo de 4 meses.	Os funcionários eram maioritariamente pessoal assistente não licenciado (47.9%) e Enfermeiros (41.3%). O grupo maior trabalhava num serviço urbano, seguido pelo centro de trauma Nível I e o suburbano. Ouve uma alteração estatisticamente significativa [ $t(314)=10.811, p < 0.001$ ] com base nas alterações de pontuação pré-teste/pós-teste para o grupo de aprendizagem através de e-learning e para o grupo de aprendizagem híbrida baseada na web / em sala de aula. Contudo concluiu-se que não houve diferença significativa na aquisição de conhecimento entre os dois grupos [ $t(313) = 1.493, p = 0.136$ ]. O estudo revelou que os resultados da aprendizagem baseada na web não eram diferentes dos resultados da aprendizagem baseada na web juntamente com um componente de sala de aula.	Não foi exigido que todos os profissionais frequentassem o programa, sendo que os médicos foram os mais ausentes: somente alguns participaram nas reuniões de planeamento, e só 12 participaram na componente educacional do programa. Para reduzir o enviesamento, os funcionários não foram informados quanto à precisão das suas respostas ao pré-teste ou pós-teste durante o período de colheita de dados, mas é possível que os funcionários tenham discutido as respostas entre eles durante o teste. Referem que a instrução em sala de aula pode gerar um efeito adicional à aprendizagem baseado na web para obtenção do conhecimento, mas não referem quanto tempo deve ser, nem como. Não verificaram efetivamente se na prática existiu uma redução da violência (antes e após a intervenção), somente testaram conhecimentos. A intervenção incidiu somente em profissionais, esquecendo o agressor. Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2011.

**Avaliação de um Programa Abrangente de Prevenção da Violência em Serviço de Urgência**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Características do programa	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Gillespie, Gates, Mentzel, Al-Natour, & Kowalenko, 2013 EUA	<u>Principal:</u> Planejar, implementar e avaliar um programa, multifacetado e abrangente, de prevenção de violência no trabalho em Serviço de Urgência		Urgência: 3 Serviços de diferentes organizações hospitalares: um Centro de Trauma urbano Nível I, um hospital urbano, e um hospital suburbano. O Centro de Trauma Nível I tem a área psiquiátrica separada mas adjacente à área de adultos. Os serviços urbano e suburbano assistiam uma população geral: adultos, pediatria e psiquiatria.	Todos os funcionários que prestam assistência direta ao doente: Enfermeiros, médicos e pessoal assistente não licenciado. A amostra era de 80 funcionários, mas destes apenas 53 completaram a avaliação on-line do programa e foram utilizados para a análise estatística.	21 meses: 9 meses antes da intervenção, 3 meses de implementação, e durante 9 meses depois da intervenção	Elaboraram-se políticas e procedimentos para cada serviço incluindo: estratégias de avaliação de riscos, manutenção de um ambiente seguro, comunicação de riscos, resposta a eventos violentos, registros, vigilância e cuidados pós-incidente. Existiu treino on-line uniforme com conteúdo para a prevenção, gestão e recuperação pós-incidente, bem como uma sessão prática com múltiplos profissionais para aplicarem novas políticas, procedimentos. Fizeram-se 19 mudanças ambientais específicas para cada serviço, com base em avaliações e na disponibilidade de fundos. Todos adotaram um sistema para alertar o pessoal não-clínico que uma pessoa violenta estava na sala. O Serviço suburbano instalou botões de pânico, um sistema de trancagem de portas, e câmaras de circuito fechado, subcomponentes já em vigor nos outros.	O menor Serviço, o suburbano, teve os melhores resultados na institucionalização e sustentação da intervenção durante os 9 meses do período pós-implementação, enquanto o maior, o Centro de Trauma urbano Nível I, teve o menor sucesso. O treino em sala de aula foi preferido sobre a formação online. Os 53 trabalhadores avaliaram o programa como moderadamente benéfico: os Enfermeiros (n=35) avaliaram com a média mais alta, enquanto os médicos (n=9) avaliaram o benefício com a média mais baixa. Os funcionários do serviço suburbano avaliaram o programa com um benefício mais elevado que os dos serviços urbano e do Centro de Trauma urbano Nível I. Todos os funcionários avaliaram a facilidade de implementação do programa como moderada. Os Enfermeiros (n=35) avaliaram com uma facilidade mais elevada, os médicos a seguir, e por último o pessoal assistente não licenciado. Em relação ao mesmo tópico, os funcionários do serviço suburbano avaliaram a facilidade mais elevada, seguidos pelo Centro de Trauma urbano Nível I e pelo urbano. A importância dos subcomponentes do programa variou de muito importante para vigilância e monitorização, a importante para políticas e procedimentos. Além destes, foram considerados como importantes, as mudanças ambientais, a educação e os cuidados pós incidente. A participação de Seguranças e da Polícia foi positiva.	Podem ter tentado muitas intervenções (subcomponentes) num curto período de implementação de 3 meses. Os funcionários classificaram a vigilância e monitorização como a mais importante estratégia para reduzir a violência, no entanto, nas reuniões mensais de avaliação do programa, verificou-se que estes componentes foram dos menos implementados com sucesso em todos os 3 serviços, provavelmente porque os funcionários não relatam incidentes, mas também os gestores e criadores do programa não souberam criar alternativas ou dar sugestões de melhoria e de incentivo ao relato. Não foi exigido que todos os profissionais frequentassem o programa, sendo que os médicos foram os mais ausentes: somente alguns participaram nas reuniões de planeamento, e só 12 participaram na componente educacional do programa. Não voltaram a reproduzir este programa desde 2013.

**Violência no trabalho contra Enfermeiros nos serviços de Urgência na Jordânia**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Albashtawy, 2013, Jordânia	<u>Principal:</u> Analisar a incidência, características e fatores que contribuem para a violência no trabalho cometido contra Enfermeiros em serviços de Urgência hospitalares na Jordânia.	Estudo Transversal	Urgência: das 12 províncias da Jordânia, escolheu-se aleatoriamente um hospital (governamental ou privado), de cada uma. Após a seleção aleatória, oito hospitais governamentais e quatro privados foram incluídos no estudo.	Todos os Enfermeiros, num total de 417 (339 governamentais; 78 privados). Foi usada uma amostra por conveniência de 313 Enfermeiros para participar. Destes, apenas 227 (36.1% homens, 63.9% mulheres) preencheram os critérios de inclusão (taxa de resposta foi de 72,5%).	3 meses: de 1 de Maio a 31 de Julho de 2011	O questionário tinha cinco partes, contendo um total de 19 questões. A primeira parte (seis questões) cobria características demográficas e profissionais dos participantes. A segunda parte (cinco questões) era composta por perguntas sobre experiências de violência física ou verbal e outras questões sobre o contexto de incidentes violentos (frequência, hora e local) e a natureza dos seus responsáveis. A terceira seção (três questões) questionou sobre as políticas dos hospitais em relação à violência, treino de segurança e treino sobre como lidar com o comportamento violento. A quarta parte (duas questões) abrangeu o apoio que os Enfermeiros receberam durante e após os incidentes de violência. A última parte incluiu três perguntas abertas: uma sobre as razões para os incidentes de violência não serem reportados, uma sobre fatores que contribuíram para a violência no local de trabalho a partir da perspectiva dos participantes durante o último ano, e outra sobre os locais dentro do serviço, onde o incidente violento ocorreu.	As idades variaram dos 20 aos 58 anos, aproximadamente 53% tinham 30 anos, a média situou-se nos 29.3 anos ( $\pm 8.4$ ). Mais de 50% eram casados, e menos de 2% eram divorciados ou viúvos. A experiência média no serviço de Urgência foi de 2,95 anos, com a categoria de 1-5 anos, a mais prevalente. 80% eram empregados do Governo e 60% possuíam bacharelato em enfermagem. Dos participantes 75,8% reportaram terem sido expostos a pelo menos um tipo de violência. O número de incidentes de violência verbal foi aproximadamente 5 vezes maior do que o número de incidentes de violência física no último ano (63,9% e 11,9%, respetivamente). Entre os autores de violência verbal e física, os doentes foram os principais (n=64, correspondente a 44.1% para a violência verbal e n= 13, correspondente a 48.1% para a violência física). A maioria dos incidentes violentos ocorreu durante o turno da tarde (15:00-23:00), tanto para a violência verbal como a física [respetivamente n=63 (43.4%) e n=12 (44.4%)], por 2 razões: a falta de pessoal administrativo, que sai cerca das 16 horas, e o grande número de doentes que recorrem ao serviço à tarde, após os ambulatórios, clínicas e centros de saúde fecharem as portas e deixando-os sem alternativa. O único preditor negativo significativo da violência foi o número de anos de experiência no serviço de Urgência: 5 anos ou menos. Este estudo mostra que: o aumento do tempo de espera, a superlotação, e as altas expectativas dos clientes e suas famílias podem ser entendidos como os principais causadores para o reforço e estímulo de atos violentos; 85% dos Enfermeiros afirma que não existem políticas anti violência no seu local de trabalho, e mais de três quartos dos Enfermeiros precisam de treino sobre como lidar com a violência; os Enfermeiros do sexo masculino são mais suscetíveis de serem expostos à violência do que enfermeiras, o que se explica por a violência contra as mulheres na Jordânia ser cultural e religiosamente inaceitável; os Enfermeiros com mais de 30 anos de idade, com experiência no serviço há mais de 5 anos, mais qualificados, são os que estão menos expostos a situações de violência, uma vez que a sua maturidade lhes permite implementar uma comunicação terapêutica e de prever, avaliar, gerir, julgar e avaliar situações de tensão.	O questionário utilizado dependeu da memória dos Enfermeiros durante o período de 1 ano, o que se considera um longo período de tempo e que pode ter aumentado o viés. Além disso, uma amostra por conveniência dos participantes foi uma das limitações. Não explicam os critérios de inclusão. Só investiga 2 tipos de violência: física e verbal. Não colhe dados do agressor. Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2013

**Profissionais de Saúde e a violência no trabalho nos serviços de Urgência de uma Metrópolis volátil: resultados de Karachi, Paquistão**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Zafar et al., 2013, Paquistão	<p><b>Principal:</b> Determinar a prevalência e a natureza da violência no trabalho relatada por médicos e Enfermeiros que trabalham nos serviços de Urgência de 4 grandes hospitais terciários em Karachi</p> <p><b>Secundários:</b> Compreender o impacto na saúde mental após se experienciar violência no trabalho</p>	Estudo transversal	Urgência dos 4 maiores hospitais terciários de Karachi, Paquistão (2 privados sem fins lucrativos e 2 do setor público)	<p>Todos os médicos e Enfermeiros (total de 310) que trabalhavam nos 4 serviços de Urgência no início de Setembro de 2008.</p> <p>266 questionários foram incluídos neste estudo (taxa de resposta de 86%).</p>	Setembro e Novembro de 2008	<p>O questionário foi dividido seções: a 1ª seção com 19 questões relativas à vida pessoal e às características do local de trabalho. A 2ª incidiu sobre violência física no local de trabalho, se nos últimos 12 meses o entrevistado tinha sido fisicamente atacado no local de trabalho, se houve uma arma envolvida, a identidade do atacante, o local e a hora do ataque, e as consequências para o atacante. Continua ainda outro conjunto de perguntas para avaliar o grau de preocupação desde o último ataque. A 3ª seção tinha questões relacionadas com violência psicológica ou abuso verbal, se nos últimos 12 meses, o entrevistado tinha sido verbalmente abusado no local de trabalho e em caso afirmativo, quantas vezes.</p>	<p>A maioria era do sexo masculino, com idade inferior a 30 anos e não eram casados, só 10% tinham idade superior a 39 anos de idade, existiu uma proporção igual de médicos e Enfermeiros. 16% tinha menos de 1 ano de experiência no sector da saúde em comparação com 48% que tinham entre 1 e 5 anos. Dois terços da amostra tinham emprego a tempo inteiro e 87% tinham trabalhado durante o turno da noite (18:00-07:00) no último ano. 16,5% de médicos e Enfermeiros relatou ter sido atacado fisicamente nos últimos 12 meses. A maioria era do sexo masculino, com menos de 30 anos, Enfermeiros, casados, com 5 anos ou menos de experiência no sector da saúde, 23% com idade superior a 39 anos, e metade estavam empregados no setor público e metade dos hospitais do setor privado. 29.6% referiu que foi usada uma arma.</p> <p>Na maioria dos casos de agressão física, o agressor era um parente de um doente ou alguém que acompanhava o doente e nos demais casos o agressor era o doente, um membro do pessoal, um supervisor/gerente, ou alguém do público em geral. Pouco mais de um terço dos ataques ocorreu durante a noite (00:00 e 07:00), e 27,2% ocorreu no período da tarde (13:00 e 18:00). A grande maioria das pessoas que relataram ter sido atacadas fisicamente pensou que o último ataque poderia ter sido evitado, e 48% relataram que nenhuma ação foi tomada para investigar as causas do incidente.</p> <p>64% disseram que nenhuma ação foi tomada contra o atacante, enquanto 16% relataram que o atacante foi verbalmente avisado. Apenas 2 inquiridos disseram que o incidente foi comunicado à polícia e ninguém afirmou que o atacante foi processado.</p> <p>72,5% relataram abuso verbal nos últimos 12 meses. A maioria tinha menos de 30 anos, Enfermeiros, com 5 anos ou menos de experiência no sector da saúde. 46% eram do sexo feminino, 12% tinham mais de 39 anos, 48% eram casados, 46% trabalhavam em hospitais públicos.</p> <p>67,4% disseram que foram "às vezes" abusados verbalmente, 19% disseram que foram abusadas apenas "uma vez", 13,5% disseram que foram abusados. 70% relataram que o último incidente envolveu abuso de um parente de um doente, 16% foi um doente, 7,3% um membro da equipa, e 3% por um supervisor ou um membro do público em geral.</p> <p>Em comparação com aqueles que relataram agressão física, uma proporção menor disse que o último incidente de abuso verbal poderia ter sido evitado (72,5% versus 86,4%) ou que qualquer ação foi tomada para investigar as causas do incidente (22% em comparação com 31,8%). Por fim, 62% disseram que não houve consequências para o agressor.</p> <p>A probabilidade de relatar incidentes de violência não foi associada com o sexo ou com o trabalho ser no setor público.</p> <p>Este estudo também constatou que uma idade maior bem como uma maior experiência clínica, estão associadas a uma maior probabilidade de relatar incidentes violentos nos últimos 12 meses.</p> <p>Numa escala de 1 a 5 (sendo 5 "muito preocupado") a média para toda a amostra foi de 3,57, o que sugere um alto nível de preocupação com a violência no trabalho. Os entrevistados também relataram ser incomodados por memórias recorrentes de incidentes, sentimentos de evasão, constante estado de alerta, e a sensação de que tudo constituía um esforço.</p>	<p>O estudo utilizou dados auto-relatados para determinar a frequência e as características dos incidentes violentos. Portanto, um viés de memória pode ter afetado a precisão dos relatos, mas que se tentou minimizar limitando as perguntas aos últimos 12 meses e ao último evento lembrado</p> <p>O viés de amostragem foi reduzido, fazendo um esforço para questionar todos os médicos e Enfermeiros que trabalhavam naquele momento nos 4 serviços, e tentando alcançar uma alta taxa de resposta.</p> <p>O impacto na saúde mental da violência no local de trabalho tem sido pouco estudado e, como tal, este estudo podia ter contribuído mais. Em trabalhos futuros, seria importante entender a sua associação com a saúde mental em geral, o absentismo, a satisfação no trabalho, burn-out, as mudanças na profissão, e sintomas de stress pós-traumático, para estimar os custos diretos e indiretos para os empregadores e para o sistema de saúde da violência nos serviços de Urgência, e as formas como pode afetar o cuidado ideal do doente.</p> <p>O estudo enfatizou somente em 3 tipos de violência: física, psicológica e verbal.</p> <p>Não se colheram dados do agressor.</p> <p>Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2013</p>

**Violência no serviço de Urgência: um estudo multicêntrico sobre a percepção das enfermeiras na Nigéria**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Características do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Ogundipe et al., 2013, Nigéria	<b>Principal:</b> Determinar a epidemiologia da violência contra os Enfermeiros que trabalham no serviço de Urgência, a sua percepção do que constitui a violência, os efeitos dessa violência sobre a produtividade e estratégias preventivas potenciais.	Estudo transversal	Urgência de 6 hospitais terciários em 5 estados na Nigéria	Todos os Enfermeiros certificados a trabalhar nos serviços de Urgência selecionados no momento do estudo. Enfermeiros que trabalhavam nos serviços de Urgência de pediatria e de ginecologia e obstetria foram excluídos do estudo. Um total de 81 Enfermeiros das 6 instituições envolvidas respondeu ao questionário, correspondendo a uma taxa de resposta de cerca de 90%.	2 meses: Outubro e Novembro de 2009.	O questionário sobre a percepção da violência entre os Enfermeiros, que sondava definições de violência dos entrevistados, a sua percepção sobre a epidemiologia, o número de incidentes violentos no último ano, causas da violência e medidas estratégicas disponíveis para a prevenção, o efeito da violência sobre o desempenho no trabalho, satisfação no trabalho e escolha de carreira, e os atributos possuídos pelo Enfermeiros para reduzir, evitar ou prevenir a violência.	O rácio entre homens e mulheres foi de 1: 4. A idade dos Enfermeiros variou de 25-57 anos, com uma idade média de 39.33 anos. O número médio de anos de pós-qualificação foi 13,2 anos e número de anos de experiência de trabalho no serviço de Urgência foi de 5,3 anos. A maioria dos entrevistados (81.2%) tinha uma definição correta sobre a violência no trabalho. 88,6% já tinha testemunhado violência no serviço de Urgência contudo, apenas 65,0% tinham sido vítimas diretas. A violência foi na sua maioria praticada por visitantes (familiares ou amigos dos doentes). Homens foram responsáveis pela maioria da violência (76,6%), depois mulheres (10,4%) e ambos os sexos para 13,0% dos casos. A maioria dos atos de violência teve lugar durante a noite (38,0%). Apenas 15,8% dos Enfermeiros já foram ameaçados com uma arma. As razões percebidas para a violência nas diferentes instituições consistem nas seguintes (classificadas numa escala de 0 a 5): intoxicação alcoólica (média de 3.75), abuso de substâncias (média de 2.67), a superlotação (média de 3.91), subcontratação de pessoal (média de 3.57), tempos de espera (média de 3.88), pouca ou nenhuma medida de segurança no local (média de 3.69), longa permanência no serviço de Urgência antes da transferência para enfermarias ou outro serviço apropriado (média de 2.92), e disseminação de gangues ou conflito de cultos diferentes (média de 2.79). Insatisfação no trabalho, perda de autoestima e diminuição da produtividade foram os principais efeitos da violência serviço de Urgência sobre os inquiridos. Todas as instituições tinham falta de estratégias básicas de prevenção. 74,3% dos entrevistados não tiveram qualquer tipo de formação no reconhecimento e/ou gestão de violência. Para aqueles que tiveram algum tipo de formação, 89,5% foi de maneira formal ou seminário, lecionada por organizações não-governamentais, ministérios de saúde, hospitais e instituições de formação. A maioria dos Enfermeiros não estava satisfeito com o serviço de Urgência que considera não seguro (79.4%), contudo poucos desejavam a transferência para outros serviços. A maioria dos Enfermeiros era da opinião que as seguintes competências dos Enfermeiros, poderiam atenuar a violência: disponibilidade (85%), respeito (85%), apoio (53%) e capacidade de resposta (68%).	Não voltaram a reproduzir este estudo desde 2013 O estudo abrange três zonas geopolíticas na Nigéria, talvez tornando-se bastante representativo de uma tendência nacional, mas pode não ser abrangente o suficiente. Os dados do estudo foram auto-relatados pelos participantes, exigindo a sua recordação precisa de eventos ao longo do ano anterior. Esta técnica de colheita de dados está sujeita ao recordar e outros vieses. O estudo incidiu em profissionais esquecendo o agressor.

**Implementação de uma intervenção abrangente para reduzir agressões físicas e ameaças no serviço de Urgência**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do programa	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Gillespie, Gates, Kowalenk, Bresler, & Succop, 2014, EUA	<p><u>Principal:</u> Testar a eficácia de um programa para reduzir a incidência de violência no trabalho contra os profissionais de saúde de um serviço de Urgência, efetuada por doentes e visitantes</p> <p><u>Secundário:</u> Descrver as taxas de violência e número de eventos</p>	Quasi-experimental	Urgência: 6 - 2 serviços classificados como centros de trauma nível I, 2 serviços classificados como terciários urbanos; e 2 classificados como suburbanos de base comunitária.	Todos os funcionários. Ofereceram-se como voluntários 220 funcionários, 209 foram utilizados para a análise estatística.	18 meses: 9 meses antes da intervenção e 9 meses depois da intervenção	A intervenção teve 3 componentes: mudanças ambientais; políticas e procedimentos; e educação e formação que foram implementadas num hospital, que serviria posteriormente para comparação. Os 6 serviços de Urgência concordaram em não implementar novas políticas, procedimentos, treinos ou mudanças ambientais relacionadas com violência no local de trabalho durante o período de estudo.	Os participantes eram principalmente do sexo feminino (71,3%), Enfermeiros (56%), e trabalhavam em centros de trauma nível I (62,2%). A idade média dos participantes foi de 37,3 anos (intervalo 20-65 anos). A maioria dos participantes (86%) tinham sido ameaçados ou agredidos pelo menos uma vez durante os 18 meses da colheita de dados. Um total de 1333 eventos foram relatados nos inquéritos mensais: 346 agressões físicas (26%) e 987 ameaças físicas (74%). Além disso, 832 pesquisas de eventos violentos foram concluídas, com relatos de 252 agressões físicas (30,3%) e 580 ameaças físicas (69,7%). A maioria das agressões (96%) e das ameaças físicas (86,3%) foram cometidas por doentes. Ambas ocorreram mais comumente quando o doente estava a ser tratado por uma condição psiquiátrica (34% para agressões e 28% para ameaças físicas) ou por abuso de substâncias (18% para agressões e 23% para ameaças físicas). Doentes com diagnóstico de dor tiveram uma menor percentagem de agressões do que o esperado, enquanto a alteração do estado mental teve a maior percentagem de agressões ( $p < .0001$ ). Os agressores com mais de 70 anos foram responsáveis pela maior percentagem de agressões mas por menos ameaças ( $p < .0001$ ). As mulheres foram responsáveis por mais agressões e os homens por mais ameaças do que o esperado ( $p < .0001$ ). A hora do dia em que ocorreu o evento violento não foi significativa; destaca-se que a maioria das agressões e das ameaças ocorreu entre meio-dia e meia-noite (70% e 63% respetivamente). Os participantes não completaram um relatório formal para a maioria das agressões e das ameaças físicas (60% e 62% respetivamente); a maioria não recebeu qualquer esclarecimento formal ou informal (88% para as agressões e 89% para as ameaças físicas). 20% das agressões relatadas resultaram em ferimentos. A hipótese de que os locais de intervenção teriam uma redução significativamente maior de eventos violentos em comparação com os locais de comparação, não foi comprovada. Contudo é importante notar que 2 dos locais de intervenção tiveram uma diminuição significativa de eventos violentos [especificamente, o serviço de Urgência classificados como suburbanos de base comunitária demonstrou uma redução significativa na taxa de assaltos ( $.20-0,11$ , $P < .05$ ) e o serviço de Urgência classificados como centros de trauma nível I teve uma diminuição significativa nas ameaças físicas ( $0,60-0,47$ , $P = .002$ ].	Ao usar-se um grupo de controlo, os profissionais do mesmo podem-se ter cansado de reportar eventos sem nenhum tipo de intervenção no seu local de trabalho. Existe a possibilidade de que os trabalhadores englobados no estudo não tenham relatado uma grande maioria dos eventos violentos, por causa de limitações de tempo, medo de ser responsabilizado, e crenças de que seria um "desperdício de tempo". Só se focou sobre a violência física, pelo que a sua generalização pode não ser possível. Não se colheram dados do agressor (doente).

**Violência no trabalho contra profissionais de saúde em serviços de Urgência Cipriotas: uma pesquisa nacional por questionário**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Vezyrdis, Samoutis, & Mavrikiou, 2015, Chipre	<p><u>Principal:</u> Descrever o fenómeno da violência no local de trabalho vivida pelos profissionais de saúde de serviços de Urgência públicos da República do Chipre</p> <p><u>Secundários:</u> Descrever a prevalência, as características, os fatores precipitantes e fornecer sugestões para melhorar a violência no local de trabalho em todos os 9 serviços de Urgência públicos da República do Chipre</p>	Estudo transversal retrospectivo	Urgência: 9 serviços públicos (5 urbanos, 4 rurais) da República do Chipre.	<p>Todos os Enfermeiros e médicos (n = 365) que trabalhavam nos 9 serviços de Urgência públicos da República do Chipre.</p> <p>A amostra foi composta por 180 Enfermeiros, 30 médicos e 10 indivíduos que não divulgaram sua ocupação.</p>	4 meses: Novembro de 2012 a Fevereiro 2013	<p>O questionário era composto por 14 itens principais, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A hora e local do incidente violento (sala de espera, sala de exame, corredor, etc.);</li> <li>• Características dos agressores (sexo, idade);</li> <li>• Se era um doente, parente ou membro da equipa;</li> <li>• As condições que precipitaram o incidente (álcool, narcóticos, medicamentos, doença mental);</li> <li>• O tipo de incidente violento (verbal ou física);</li> <li>• Outras ações tomadas durante o incidente (ação individual, a ajuda de colegas);</li> <li>• Lesões e emoções para a vítima (por exemplo, ansiedade, raiva, medo, humilhação).</li> </ul> <p>Adicionaram-se perguntas ao questionário original para recolher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade, sexo e experiência de trabalho;</li> <li>• Informações sobre a frequência percebida destes incidentes (por meio de uma escala de Likert de 5 pontos);</li> <li>• Existência de procedimentos de comunicação de incidentes na organização de saúde e se os profissionais de saúde são encorajados a relatar tais incidentes;</li> <li>• Se existiu baixa médica após o incidente, e o grau de satisfação da vítima com as ações tomadas pela administração (escala de Likert de 5 pontos);</li> <li>• Sugestões de como tratar eficazmente o fenómeno.</li> </ul>	<p>220 questionários foram devolvidos, a taxa de resposta global foi de 60,27%.</p> <p>76.2% indicaram que haviam sofrido violência no local de trabalho durante os últimos 12 meses, com 15.9% relataram violência verbal diária, 19.1% referiram pelo menos um incidente de violência física e 14.5% relataram pelo menos um incidente de assédio sexual. Um grande número não relatou nem agressão física (71.7%) nem assédio sexual (81.3%).</p> <p>A maioria dos incidentes violentos ocorreu à sexta-feira ou ao sábado, entre 21: 00-06: 00 (50%) e dentro das áreas de avaliação e de tratamento mais amplas, como a sala de emergência, a sala de triagem, e os cubículos. Tendo, 72% referido que não havia outras pessoas ao redor no momento do incidente, apesar da maioria trabalhar com outros colegas presentes pelo menos 50% do tempo, sendo que 88.8% dos incidentes envolveu abuso verbal e foram geridos exclusivamente pela vítima. As consequências deste ataque incluíram (por ordem de resposta) raiva (59.7%), desapontamento (34.7%), stress (27.6%), medo (15.3%), humilhação (13.8%), irritação (8.7%), lesão física (2%), sensação de incompetência (1%) e culpa (1%). Para 82.9% das vítimas o incidente não resultou em ausência do trabalho, e consideraram o incidente violento como sendo típico do serviço de Urgência, embora 51.9% acreditem que o incidente poderia ter sido evitado.</p> <p>Os agressores eram sobretudo homens (80.6%), com mais de 30 anos (62.6%), familiares ou amigos do doente (59.1%). Nenhum dos agressores foi identificado como estando sob a influência de medicação, embora em 17.9% se julgasse estarem sob a influência de álcool.</p> <p>A maioria dos participantes (72.2%) não reportou o incidente, 13% denunciaram à polícia e 5.6% à entidade patronal. As razões para não relatar o incidente foram: não o considerar importante, não saber como o relatar, ter medo de consequências negativas, sentir vergonha ou incompetência, e ninguém lhes ter pedido para o fazer. Contudo, 35,2% indicaram a presença de encorajamento para relatar incidentes, sobretudo a partir de colegas, administração, família, sindicatos ou amigos.</p> <p>Em relação à satisfação com o modo como o seu empregador lidou com o incidente, 37.5% ficaram " muito insatisfeitos ", 14.3% " insatisfeitos ", 20.8% " nem satisfeitos nem insatisfeitos ", 17.3% "satisfeitos" e 10.1% "muito satisfeitos".</p> <p>O estudo demonstrou que se um clínico tem experiência de trabalho entre 1 e 5 anos, enfrenta um risco de violência no trabalho 5 vezes maior do que um com 20 anos de experiência; os inexperientes estão em maior risco de sofrer violência no trabalho. No geral, as equipas de serviço de Urgência estão cada vez mais preocupadas com agressões físicas.</p> <p>A violência no trabalho está altamente correlacionada com a falta de incentivo para reportar incidentes violentos, e com um sentimento prévio a um incidente violento que está prestes a ocorrer e ter que lidar com isso pessoalmente.</p> <p>As sugestões de melhoria dos profissionais incluem mais medidas de segurança (26,7%), e educação pública sobre o uso apropriado do serviço de Urgência (15,2%).</p>	<p>Devido ao tamanho pequeno da amostra (e da população), algumas características, tais como a idade do participante, anos de experiência de trabalho e o local do incidente, o teste do qui-quadrado de Pearson de independência não deu resultados significativos.</p> <p>A taxa global de resposta de 60% pode comprometer a generalização dos resultados do estudo.</p> <p>Só se focou sobre a violência física.</p> <p>Não colheu dados dos doentes/agressores.</p>

**A violência no local de trabalho contra Enfermeiros de serviço de Urgência Versus Enfermeiros de serviço de Internamento no Hospital Universitário de Mansoura, Egito**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Abou-ElWafa, El-Gilany, Abd-El-Raouf, Elmouty, & El-Sayed, 2015, Egito	<u>Principal:</u> Estimar a prevalência e os fatores de risco associados aos diferentes tipos de violência contra os Enfermeiros que trabalham no serviço de Urgência em comparação com aqueles que trabalham noutros serviços, as circunstâncias da violência, o os autores da violência, e a resposta das vítimas.	Estudo comparativo transversal	No serviço de Urgência e no serviço de internamento de Medicina Interna, no Hospital Universitário de Mansoura (é um hospital terciário que oferece atendimento gratuito de emergência para a população em geral).	Todos os Enfermeiros que trabalhavam no serviço de Urgência há pelo menos 1 ano. Foram distribuídos 134 questionários, 128 foram devolvidos (taxa de resposta = 95,5%). O questionário foi também distribuído para 152 Enfermeiros que trabalham no serviço de internamento de Medicina Interna: 147 questionários foram devolvidos (taxa de resposta = 96,7%).	1 mês: Janeiro 2013	O questionário tinha 5 seções. Os dados referentes às características pessoais e de trabalho estavam na 1ª parte. A 2ª e 3ª partes eram relacionadas à violência física, violência verbal, o bullying / mobbing, e assédio sexual. A 4ª parte questionava se o Enfermeiro tinha sofrido violência no último ano, procurando informações como natureza, frequência, respostas, consequências e satisfação de tratamento de incidentes, estratégias e políticas para lidar com o incidente. A 5ª parte foi suprimida porque não existia uma política formal para gerir a violência no hospital estudado.	A maioria dos participantes dos dois grupos era do sexo feminino (89.8% em serviço de Urgência e 96.6% em serviço de Internamento), e a média de idades era 33.1 ± 6.9 anos para o serviço de Urgência e de 30.7 ± 8.2 anos para o serviço de Internamento. A duração média do emprego para os Enfermeiros de Urgência (12.3 ± 5.96 anos) foi maior do que os Enfermeiros do Internamento (7.8 ± 3.8 anos). Em relação ao tempo de trabalho, a maioria dos Enfermeiros de Urgência (78,9%) e 53,7% dos Enfermeiros de internamento trabalham a tempo inteiro. Cerca de três quartos de ambos os grupos trabalham no turno da noite. No que respeita ao número de colegas, 56,2% dos Enfermeiros de Urgência trabalham em grupos de mais de cinco colegas, enquanto que 80,7% dos Enfermeiros de internamento trabalham em grupos de até cinco colegas. Os Enfermeiros de Urgência (54,7%) expressaram que estão muito preocupados com a violência em comparação com apenas 6,8% dos Enfermeiros de internamento. Quanto ao tipo de violência sofrida durante um ano, 28,1% dos Enfermeiros de Urgência relataram exposição a dois tipos de violência, enquanto que 46,9% dos Enfermeiros de internamento relataram exposição apenas a um tipo de violência. Em relação à prevalência de violência no ano anterior, a violência verbal apresentou a maior prevalência (60.2% para Enfermeiros em serviço de Urgência e 42.9% para Enfermeiros em serviço de Internamento) e o assédio sexual a menor prevalência quer nos Enfermeiros de Urgência quer nos de internamento (30.5% para Enfermeiros em serviço de Urgência e 11% para Enfermeiros em serviço de Internamento). Ter a especialidade de Urgência, trabalhar por turnos e ser mais jovem estão associados à violência física, enquanto que ter a especialidade de Urgência e trabalhar por turnos estão associados à violência verbal. Ter a especialidade de Urgência é o único preditor para o bullying / mobbing, e por último, ter a especialidade de Urgência, trabalhar por turnos, a idade mais jovem, e número de colegas estão associados ao assédio sexual. O lugar mais comum para violência física, verbal e assédio moral, foi dentro do hospital (43.6%, 65% e 71.2% respetivamente), enquanto que para o assédio sexual, 52,7% das pessoas relataram que ocorreu fora do hospital. Familiar / visitante foi o tipo mais comum de agressor na violência física, verbal e assédio moral, enquanto 36,4% dos entrevistados relataram que o autor do assédio sexual foi um dos colegas. No que respeita à resposta da vítima de incidente violento (físico, verbal ou bullying), a maioria das pessoas relatou que não tomou nenhuma ação contra esses atos (71.8%, 77.1% e 73.7% respetivamente), enquanto que cerca de metade dos expostos a assédio sexual (50.9%) relataram fingir que isso nunca aconteceu. No que concerne à violência física e assédio sexual, a angústia extrema é a resposta mais frequente como resultado de ataques violentos (45.5% e 69.1% respetivamente). Para a violência verbal e assédio / mobbing, o sofrimento extremo é também a resposta mais frequente (39.3% e 47.5% respetivamente), com exceção de "sentir-se como se tudo que fiz foi um esforço". A maioria dos Enfermeiros (96%) sugeriu que deveria existir pessoal de segurança para prevenir e controlar a violência; a sugestão menos frequente foi mudar de local de trabalho.	A primeira limitação é o número relativamente pequeno de Enfermeiros no hospital estudado. Poderiam ter uma taxa de resposta de 100% se o estudo tivesse mais que 1 mês de duração. As conclusões são baseadas em dados autorrelatos com a possibilidade de viés de memória, e também porque não há nenhuma maneira de verificar a falta de precisão dos dados. Finalmente, não foram colhidos dados sobre a natureza dos agressores, que são desconhecidos para as vítimas.

**A violência no local de trabalho no serviço de Urgência: dar aos funcionários as ferramentas e o suporte para relatar**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Características do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
Stene, Larson, Levy, & Dohlman, 2015, EUA	<p><b>Principal:</b> Recolher dados sobre a exposição dos Enfermeiros à violência no trabalho e sua percepção sobre ela; Aumentar a sensibilização do pessoal em relação à violência no trabalho; Desenvolver um processo simplificado para relatar e avaliar esses eventos dentro de uma cultura de apoio e imparcialidade de segurança com tolerância zero para a violência; Melhorar a segurança pessoal e satisfação no trabalho.</p>	Quasi-experimental	Urgência: 1 serviço classificado como centro de trauma nível I na parte superior da Região Centro-Oeste dos Estados Unidos	<p>Todos os 154 Enfermeiros e Assistentes Operacionais a trabalhar no serviço de Urgência antes da introdução das intervenções relacionadas com violência no trabalho. A participação foi voluntária e foi solicitada por e-mail antes e durante o tempo de pesquisa. 108 Enfermeiros e 6 Assistentes Operacionais, responderam, resultando numa taxa de resposta de 74%. Um questionário de acompanhamento foi enviado para 203 participantes, aproximadamente, um 1 mês mais tarde. A equipa aumentou 49 membros entre o levantamento inicial e o de acompanhamento. A pesquisa de acompanhamento foi completada por 112 Enfermeiros e 8 Assistentes Operacionais, resultando numa taxa de resposta de 59%.</p>	Na Primavera de 2012 e 1 ano depois	<p>Um questionário on-line tinha 19 perguntas e procurou avaliar as percepções dos Enfermeiros e Assistentes Operacionais em relação à segurança e à violência no local de trabalho, exposição à violência, percepções em caso de violência, e conhecimento de quando e como denunciar o evento violento. Quando os resultados da pesquisa inicial foram compilados, a equipa do projeto criou um programa educacional para a equipa, que foi entregue cerca de dois meses depois. Este programa incluiu uma revisão dos dados iniciais da pesquisa, representação factual do que constituem atos de violência no trabalho, uma revisão da ferramenta de relatório criado, e informações sobre como denunciar incidentes violentos. Quando os resultados da pesquisa inicial foram compilados, a equipa do projeto criou um programa educacional, que foi entregue cerca de dois meses depois. Este programa incluiu uma revisão dos dados iniciais da pesquisa, representação factual do que constituem atos de violência no trabalho, uma revisão da ferramenta de relatório criado, e informações sobre como denunciar incidentes violentos. Foi apresentado por meio de palestra e apresentação PowerPoint, interações pessoais e via e-mail. A ferramenta de comunicação informal identificava o nome do doente, número do prontuário, data em que o incidente ocorreu, e uma breve descrição do incidente, tendo cerca de 1 a 2 minutos para ser concluído, criando o mínimo de interrupção no fluxo de trabalho e assistência ao doente. O questionário avaliou um ano mais tarde as mudanças pós-intervenção.</p>	<p>No mês anterior à pesquisa 75% dos participantes foram verbalmente agredidos, e 25% admitiu alguma forma de abuso físico durante o mesmo tempo. Na pesquisa inicial, mais de metade do pessoal (55.8%) entendia que a violência no trabalho era parte do mesmo; na pesquisa de follow up, este número foi reduzido em mais da metade (24.2%). Na pesquisa inicial 55% dos participantes respondeu que a quantidade de violência durante o ano anterior tinha aumentado. Embora na pesquisa de follow up menos pessoal sentiu que a violência tinha aumentado (43%), mais pessoal sentiu que se tinha mantido (de 45% na pesquisa inicial passou para 51% na pesquisa follow up). Uma pequena parte da equipa sentiu que a violência tinha diminuído na pesquisa de follow up (6%). Na pesquisa inicial e na de follow up, para os 16 exemplos de violência física dados, aproximadamente 91% dos entrevistados indicaram que consideravam os exemplos como violência no trabalho, este número reduziu para 75% em relação aos exemplos dados para a violência verbal. À pergunta se tinham formalmente relatado a violência no trabalho quando a experienciaram, constatou-se um aumento do processo de comunicação formal após a intervenção (de 31% na pesquisa inicial passou para 43% na pesquisa follow up). Na pesquisa inicial, quando questionados se tinham sido instruídos a relatar o abuso físico ou verbal, independentemente da gravidade, 40% relataram "sim", 47% "não", e 13% "às vezes". Na pesquisa de follow up 76% relataram "sim", 15% "não", e 9% "às vezes". As respostas para o porquê de não relatar a violência no trabalho incluíram: "medo", "muito trabalho", "nada acontece", "eles devem estar acostumados a ele". "é um serviço de Urgência pode acontecer". Quando questionados se sabiam que há atos de violência no trabalho que podem dar lugar a processos judiciais, na pesquisa inicial, 65% relataram "sim" e 35% "não". Na pesquisa de follow up, 78% relataram "sim" e 22% "não". Na pesquisa inicial 40% não sabia quais os atos que constituíam violência no trabalho, e mais de 67% admitiram que não tinham relatado atos anteriores de violência que ocorreram dentro do serviço de Urgência. Nos resultados da pesquisa de follow up, mais de 77% da equipa sabia quais os atos considerados violência no trabalho, e mais importante, o número dos que consideravam que esses atos faziam parte de seu trabalho foi reduzido para metade. Esta mudança na percepção foi considerada o maior sucesso deste projeto. Através da avaliação do estado atual, de uma educação completa, e de uma ferramenta de relatórios concisos, a equipa do projeto concedeu aos seus pares meios para identificar os problemas e padrões dentro da população de pacientes e de se comprometer com um ambiente estruturado em torno de tolerância zero para a violência no trabalho e tornando os pacientes responsáveis pelo seu comportamento. Com essas ferramentas, a notificação de incidentes violentos aumentou, com alguns incidentes a serem conduzidos a um processo criminal.</p>	<p>A pesquisa inicial foi enviada a todos os funcionários que trabalhavam no serviço de Urgência. A pesquisa de follow up também foi enviada a todos os funcionários que trabalhavam no serviço de Urgência cerca de um ano mais tarde. Não foi avaliado se o pessoal tinha participado no levantamento inicial. As taxas de rotatividade do pessoal não foram consideradas impedimento para a participação na pesquisa de follow up. O programa educacional não estava em curso durante a rotatividade; portanto, os 49 novos membros contratados no decorrer desse ano podem não ter tido o mesmo nível de educação / sensibilização como aqueles que participaram na pesquisa inicial. O projeto foi realizado apenas num local, o que limitou o tamanho da amostra e, possivelmente, impediu que outros pontos de vista fossem abordados ao estudar múltiplos serviços de Urgência. Os dados foram colhidos através de uma amostra de conveniência, e a participação foi eletiva. As taxas de resposta da pesquisa, de aproximadamente 70%, podem comprometer a generalização dos resultados. O estudo iniciou somente em 2 tipos de violência: física e verbal, e somente em profissionais, esquecendo o agressor.</p>

**A violência no local de trabalho contra funcionários do serviço de Urgência de hospitais jordanos: Um estudo transversal**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
ALBastawy et al., 2015, Jordânia	<u>Principal:</u> Determinar a incidência de violência no local de trabalho e os preditores de comportamento violento contra funcionários de serviço de Urgência que trabalham em hospitais da Jordânia.	Estudo transversal	Urgência: 12 no total, 8 governamentais e 4 de gestão privada (usou-se uma amostra de conveniência escolhida entre 355 serviços de Urgência). Foi selecionado um hospital a partir das 12 províncias da Jordânia, escolhido aleatoriamente a partir de cada uma. Todos os hospitais selecionados foram notificados da natureza e os objetivos do estudo.	Todo o pessoal que trabalhava nos serviços de Urgência selecionados (Enfermeiros, médicos, pessoal de segurança e pessoal administrativo) e que entendiam a língua árabe. A amostra de conveniência incluiu 582 participantes, tendo 355 funcionários completado o questionário (taxa de resposta de 60,8%)	3 meses: 1 de Maio a 31 Julho 2011	O questionário tinha 5 seções contendo 21 questões escritas em árabe. Levava entre 12 e 20 minutos para os participantes o completarem. A 1ª seção (8 questões) reunia características demográficas e profissionais. A 2ª seção (6 questões) focava-se em incidentes violentos vividos pelo participante, incluindo o tipo de violência (verbal ou física), o contexto em que os incidentes ocorreram (frequência, tempo e lugar), e a identidade do agressor. A 3ª seção (3 questões) questionava sobre as políticas relativas à violência, treino de segurança e treino de resposta a comportamento violento do hospital de cada participante. A 4ª parte (2 questões) concentrou-se no apoio que o participante recebeu durante e após os incidentes de violência. A última parte incluiu 2 questões em aberto: uma inquiria sobre as razões do participante para escolher não relatar incidentes, e a outra pediu a perspectiva do participante sobre os fatores que contribuíram para a violência no local de trabalho durante os 12 meses anteriores.	A idade média dos participantes foi de 31,9 anos, com uma média de 3 anos de experiência no serviço de Urgência. A maioria eram mulheres (54.7%), casados (58.9%) e Enfermeiros (63.9%). Os participantes relataram que os doentes e suas famílias são os autores mais prováveis de violência. Perto de dois terços relataram que eram abusados verbalmente durante o seu horário de trabalho, tendo identificado em 40,7% como autor dos incidentes o doente, ficando a família do doente em 35%, amigos em 7.5%, outros funcionários em 5%, e os restantes 12.5% não foram especificados. Em relação ao abuso físico 40 participantes relataram ter experimentado abuso físico durante o horário de trabalho, tendo 45,0% identificado o doente como o agressor, e 30% identificado a família do doente. Quase metade relatou o abuso durante o turno da tarde (40%), enquanto o turno da noite teve a menor percentagem de abuso (25%); o turno da manhã teve 27.5% dos abusos físicos. A maioria dos 256 participantes que foram verbal ou fisicamente atacados, não relatou o incidente (67.5%), e maioria também não pediu ajuda (52.5%) enquanto o incidente violento estava a ocorrer. A maioria (76.1%) indicou que os seus hospitais não têm políticas de prevenção da violência. 265 participantes (74,6%) relataram a ausência de formação sobre como lidar com a violência no local de trabalho, e 190 (53,5%) indicou desejar esta formação. Os funcionários que eram relativamente mais propensos a sofrer violência eram trabalhadores do sexo masculino, com menos de 30 anos e do setor governamental. Os fatores que contribuem para a violência no local de trabalho identificadas pelos participantes incluíram a superlotação, falta de recursos, falta de pessoal, e a ausência de políticas anti violência eficazes.	A falta de padronização do questionário, que necessita de maior padronização para funcionar como um instrumento fiável em estudos similares realizados no futuro. Os dados do estudo foram auto-relatados pelos participantes, exigindo a sua recordação precisa de eventos ao longo do ano anterior. Esta técnica de colheita de dados está sujeita ao recordar e outros vieses. A taxa de resposta de apenas 60% pode comprometer a generalização dos resultados. O estudo incidiu somente em 2 tipos de violência: física e verbal, e somente em profissionais, esquecendo o agressor.

**Perspectiva dos Enfermeiros do serviço de Urgência sobre a violência no local de trabalho em hospitais jordanos: uma pesquisa nacional**

Autor, Ano, País	Objetivo (s)	Desenho de Investigação	Serviço	Amostra possível / Amostra incluída	Tempo de estudo	Caraterísticas do questionário	Principais Conclusões	Críticas / Limitações
ALBashrawy, 2016, Jordânia	<b>Principal:</b> Explorar os fatores de risco que motivam a violência no local de trabalho, e especificar as razões para o baixo nível de notificação de violência entre os Enfermeiros de serviços de Urgência na Jordânia	Estudo transversal	Urgência: 12 (de cada uma das 12 províncias da Jordânia foi escolhido um hospital aleatoriamente), 8 governamentais e 4 privados	Todos os Enfermeiros dos 12 serviços de Urgência, num total de 417. Os Enfermeiros incluídos no estudo tiveram que concordar em participar, estarem empregados a tempo inteiro no hospital selecionado, e ter trabalhado no serviço de Urgência, pelo menos nos últimos 6 meses. Destes 417, 227 Enfermeiros concordaram em participar e completaram os procedimentos do estudo, sendo a taxa de resposta de 54,4%.	3 meses: Setembro a Novembro de 2014	A folha de colheita de dados constava de 3 partes, contendo 11 questões. A 1ª 6s questões) cobria as características demográficas e profissionais dos participantes. A 2ª (2 questões) composta por perguntas sobre o contexto de incidentes violentos (tipo e frequência). A 3ª composta de 3 questões abertas: em 1º lugar, as razões para não reportar incidentes de violência; segundo, fatores que contribuíram para a violência no local de trabalho a partir da perspectiva dos Enfermeiros; e terceiro, os locais dentro do serviço de Urgência, onde o evento violento ocorreu. A folha levou cerca de 10 minutos a completar.	As mulheres estavam em maior número (63,9%), cerca de metade tinham mais de 30 anos (53,3%). A maioria (69,2%) relataram que haviam sofrido violência mais do que uma vez por ano sendo a frequência média para todos os participantes de 2,95 por ano. A maioria (79,7%) trabalhava nos hospitais do governo e mais da metade (59,5%) tinham um grau de bacharelato em enfermagem. 172 Enfermeiros (75%) relataram ter sofrido pelo menos 1 episódio de violência nos 6 meses anteriores ao estudo. 66 dos 82 Enfermeiros do sexo masculino (80,5%) relataram que tinham sido vítima de alguma forma de violência. Os do sexo feminino tinham uma menor exposição à violência: 106 de 145 (73,1%). Aproximadamente dois terços (63,9%) relataram que tinham sofrido abuso verbal, tornando esta forma de violência na mais comum. Cerca de 48% relataram que tinham sido vítima de violência física, sendo a forma mais referida ser agarrado, empurrado e pontapeado (42%). Em relação ao local exato onde a violência ocorreu, dois terços (66,1%) relataram que tinha sido na sala de tratamento; seguido pelo corredor (36,6%), a área da Triagem (35,2%), o posto de enfermagem (29,5%), e noutros locais não especificados (15,4%). Os motivos mais citados para a violência foram o tempo de espera (com uma frequência de 54,3%), superlotação (com uma frequência de 53,3%) e as expectativas do doente e dos familiares (com uma frequência de 46%). Outras razões menos relatadas incluíram falta de recursos, a atitude da equipa, má comunicação, equipa incompleta, falta de uma política anti-violência, má administração e falta de penalizações para os infratores. Embora a proporção de Enfermeiros que afirmaram que tinham experienciado violência ter sido muito elevada (75%), apenas 16,6% denunciaram a violência à administração do hospital ou às autoridades. As razões mais apontadas para não denunciar foram: a equipa estar habituada à violência (distribuição de 33,3%), nenhum dano foi causado (distribuição de 31,7%), a pressão dos colegas para não denunciar (distribuição de 30,6%), o incidente manteve-se sob controlo (distribuição de 25,4%), o medo de ser culpabilizado (distribuição de 15,9%), e outros motivos (distribuição de 11,1%).	A fim de minimizar o viés de memória, aos Enfermeiros participantes foi solicitado o relato de incidentes violentos dos últimos 6 meses apenas, mas o mesmo pode ter ocorrido pois depende da lembrança. A taxa de resposta foi baixa, cerca de metade é que respondeu, o que pode tornar os resultados não fiáveis/extrapoláveis/representativos, podem não ser suficientes para atingir um efeito estatístico suficiente. O assédio sexual não foi relatado no estudo, ao contrário da literatura anterior. Isto pode ser um engano devido à cultura conservadora da sociedade jordaniana, onde as enfermeiras acham inadequado ou vergonhoso relatar tal coisa. Este estudo conta a história do lado dos Enfermeiros, e a maioria dos fatores relatados não condena diretamente os Enfermeiros. No entanto, visto da perspectiva de outros uma imagem diferente pode aparecer. A fim de vermos o quadro completo, todas as partes envolvidas (família, doentes, saúde e pessoal não-saúde, administração hospitalar, e aplicação da lei autoridades) deviam ter sido consultados. A taxa de cerca de 50% de resposta, pode comprometer a generalização dos resultados. O estudo incidiu somente em 2 tipos de violência: física e verbal

### Anexo III - Tabela 5 - Programas focados na formação e aquisição de habilidades individuais e coletivas

Título do estudo, Autor (es), País	Tipo de Estudo, Amostra	Características da Intervenção	Resultados
<b>Formação e aquisição de habilidades individuais e coletivas</b> (com a intenção de alterar o comportamento das vítimas da violência)			
<p><i>Um programa educacional para prevenir, gerir e recuperar da Violência no Trabalho,</i> Gillespie, Gates, &amp; Mentzel (2012), EUA</p>	<p>Quasi-experimental Todos os funcionários de 3 serviços de Urgência do Centro-Oeste dos EUA de diferentes hospitais. 315 funcionários completaram o programa educacional: 151 pessoal assistente não licenciado (47.9%), 130 Enfermeiros (41.3%), 22 assistentes sociais (7%) e 12 médicos (3.8%).</p>	<p>O programa educacional abrangeu 4 unidades. As unidades 1-3 foram transmitidas através de um formato de aprendizagem baseado na web (foi disponibilizado link), e incluíram e pré e um pós-teste, demorando a sua conclusão sensivelmente 3 horas. A unidade 4 consistiu num programa de educação em sala de aula com 2 horas de duração. Cada unidade foi apresentada de forma cronológica, de modo que o conteúdo para a unidade seguinte assentasse sobre o conteúdo aprendido durante as unidades anteriores. A divulgação do conteúdo do programa foi ao longo de 4 meses.</p>	<p>Foi observada uma aquisição significativa de conhecimento nos funcionários que completaram este programa educacional, talvez por este ser um problema profundo para estes funcionários, e também como resultado da divulgação escalonada do conteúdo do programa ao longo de um período de 4 meses. O estudo revelou que os resultados da aprendizagem baseada na web não eram diferentes dos resultados com a aprendizagem baseada na web juntamente com um componente de sala de aula.</p>
<p><i>O efeito do controlo da raiva na equipa de Enfermagem sobre a taxa de violência sofrida por ela no Serviço de Urgência,</i> Eslamian, Fard, Tavakol, Yazdani (2010), Irão</p>	<p>Semi-experimental Todos os Enfermeiros do serviço de Urgência do Hospital de Al-Zahra em Isfahan (total de 66).</p>	<p>Programa com dois grupos em duas fases. Depois de uma divisão aleatória, o grupo de teste participou no programa de treino que foi elaborado, e que consistiu em quatro sessões semanais de 60 minutos cada. A pesquisadora dividiu-os em dois grupos de acordo com os seus turnos de trabalho e orientou-os nas sessões educacionais. Durante as sessões educacionais, foram utilizados grupos de discussão, perguntas e respostas, e técnicas práticas de gestão da raiva. Imediatamente após o término da intervenção, os sujeitos do estudo preencheram o questionário novamente.</p>	<p>A faixa etária foi dos 20 aos 50 anos. A maioria dos Enfermeiros tinha 5 a 10 anos de experiência. Os resultados do estudo mostraram que o treino de gestão da raiva nos Enfermeiros do serviço de Urgência afeta a incidência de violência contra eles. Os resultados indicaram que o número médio de exposição dos Enfermeiros a situações agressivas diminuiu após a intervenção. Os resultados mostraram que a educação poderá ter um efeito positivo sobre outros aspetos, tais como: a atitude dos indivíduos, como lidar com comportamentos violentos e confiança em lidar com situações de violência.</p>



**Anexo IV - Tabela 6 - Programas focados nas mudanças no ambiente de trabalho do serviço de Urgência; políticas e procedimentos; e/ou sessões de educação e formação**

Título do estudo, Autor (es), País	Tipo de Estudo, Amostra	Características da Intervenção	Resultados
<p><u><i>Um programa para minimizar a violência em Serviço de Urgência e manter os funcionários seguros</i></u>, Rees, Evans, Bower, Norwick, &amp; Morin (2010), EUA</p>	<p>Todos os funcionários do serviço de Urgência do Hospital e Clínicas da Universidade de Wisconsin.</p>	<p>O Programa tinha como componentes: uma grelha com fases de gradação, pistas visuais em forma de cores para os funcionários (em todo o serviço, para representar visualmente o estado de segurança atual), definição de status do serviço (após breve reunião/discussão entre todas as partes, para se tomar a decisão de mudar a cor do status, e sempre que se proponha diminuição ou aumento do status atual), um plano para controlar o acesso com a presença de seguranças, e o treino dos funcionários (é obrigatório para todos os funcionários, e ajuda a reconhecer mudanças ambientais que podem escalar para situações de violência se não forem tratadas com rapidez e eficácia, e que incluem, por exemplo, um grande número de visitantes, múltiplas vítimas do mesmo acidente ou evento). Quando existiam conflitos eminentes, as partes eram separadas conforme a necessidade de acalmar e prevenir situações potencialmente difíceis ou perigosas. Podiam ser removidas de um lado da sala de espera para o outro lado, ou podem ser completamente postas fora da sala de espera. Como estas situações foram tratadas dependeu das circunstâncias específicas e o tamanho das partes envolvidas. Como último recurso, algumas pessoas podiam ser convidadas a deixar o hospital. Estas situações raras podiam exigir a presença da polícia local. Dependendo da situação, o pessoal de segurança e a polícia podiam decidir bloquear a área de entrada ao público a partir do estacionamento. Se isso acontecesse, todas as pessoas que se dirigissem ao serviço eram direcionados para uma única porta, para controlar o acesso.</p>	<p>Desde a implementação do programa em 2007, até 2009, o status de segurança foi alterado 39 vezes. Embora a frequência das mudanças tenha diminuído ao longo do tempo, a duração não diminuiu.</p> <p>Os funcionários relataram sentir-se mais seguros no âmbito do novo programa de segurança, quando o risco de violência é elevado, como quando uma pessoa com um tiro ou com uma facada entra no serviço.</p> <p>Desde a implementação do programa, houve um relato de lesão, quando um membro da equipa levou um pontapé por um doente. Não ocorreram ausências ao serviço por lesão desde a implementação do programa. Nos 2 anos anteriores à implementação deste programa, o pessoal sofreu uma série de lesões, murros, pontapés, mordeduras; marcas após ter sido agarrado ou empurrado; e uma luxação.</p> <p>Os coordenadores de enfermagem relataram que o programa permite que seja a equipa a gerir o ambiente, em vez de permitir que seja o ambiente a geri-la.</p> <p>O programa de segurança permite que a equipa se prepare para a ameaça potencial, em vez de reagir a ela.</p> <p>O Programa delineou estratégias realistas para atender às necessidades do doente e de sua rede de apoio, uma vez que o pessoal de segurança se concentra na segurança do serviço (na regulação das visitas, plano para controlar a multidão e separação da mesma, quando necessário), permitindo que a equipa de enfermagem se concentre no cuidados de enfermagem aos seus doentes.</p> <p>Identificar sinais desencadeadores específicos (por exemplo, uma multidão de mais de 30 pessoas, etc), continua a ser um processo em construção.</p>
<p><u><i>Avaliação de um Programa Abrangente de Prevenção da Violência em Serviço de Urgência</i></u>, Gillespie, Gates, Mentzel, Al-Natour &amp; Kowalenko, (2013), EUA</p>	<p>Todos os funcionários que prestam assistência direta ao doente Urgência: 3 Serviços de diferentes organizações hospitalares: um Centro de Trauma urbano Nível I, um hospital urbano, e um hospital suburbano. A amostra era de 80 funcionários, mas destes apenas 53 completaram a avaliação on-line do programa e foram utilizados para a análise estatística.</p>	<p>Elaboraram-se políticas e procedimentos para cada serviço incluindo estratégias de avaliação de riscos, manutenção de um ambiente seguro, comunicação de riscos, resposta a eventos violentos, registos, vigilância e cuidados pós-incidente. Existiu treino on-line uniforme com conteúdo para a prevenção, gestão e recuperação pós-incidente, bem como uma sessão prática com múltiplos profissionais para aplicarem novas políticas e procedimentos. Todos adotaram um sistema para alertar o pessoal não-clínico que uma pessoa violenta estava na sala. O Serviço suburbano instalou botões de pânico, um sistema de trancagem de portas, e câmaras de circuito fechado, subcomponentes já em vigor nos outros.</p>	<p>O treino em sala de aula foi preferido sobre a formação online.</p> <p>Os 53 trabalhadores avaliaram o programa como moderadamente benéfico: os Enfermeiros (n=35) avaliaram com a média mais alta, enquanto os médicos (n=9) avaliaram o benefício com a média mais baixa. Os funcionários do serviço suburbano avaliaram o programa com um benefício mais elevado que os dos serviços urbano e do Centro de Trauma urbano Nível I.</p> <p>Todos os funcionários avaliaram a facilidade de implementação do programa como moderada.</p> <p>A importância dos subcomponentes do programa variou de muito importante para vigilância e monitorização, a importante para políticas e procedimentos. As mudanças ambientais, a educação e os cuidados pós incidente também foram considerados como importantes.</p> <p>A participação de Seguranças e da Polícia foi positiva.</p>

Título do estudo, Autor (es), País	Tipo de Estudo, Amostra	Características da Intervenção	Resultados
<p><u>Implementação de uma intervenção abrangente para reduzir agressões físicas e ameaças no serviço de Urgência</u>, Gillespie, Gates, Kowalenko, Bresler, &amp; Succop (2014), EUA</p>	<p>Quasi-experimental Todos os funcionários (Enfermeiros, médicos, agentes de segurança, assistentes sociais, gestores de risco, e psicólogos) de 6 serviços de Urgência. Ofereceram-se como voluntários 220 funcionários, 209 foram utilizados para a análise estatística. Os participantes eram principalmente do sexo feminino (71,3%), Enfermeiros (56%)</p>	<p>A intervenção teve 3 componentes: mudanças ambientais; políticas e procedimentos; e educação e formação.</p> <p>Os 6 serviços de Urgência concordaram em não implementar novas políticas, procedimentos, treinos ou mudanças ambientais relacionadas com violência no local de trabalho durante o período de estudo.</p>	<p>Um total de 1333 eventos foi relatado nos inquéritos mensais: 346 agressões físicas (26%) e 987 ameaças físicas (74%).</p> <p>832 pesquisas de eventos violentos foram concluídas, com relatos de 252 agressões físicas (30,3%) e 580 ameaças físicas (69,7%).</p> <p>96% de agressões e 86,3% de ameaças físicas foram cometidas por doentes. 4% das agressões e 13,7% das ameaças físicas foram cometidas por visitantes.</p> <p>Os participantes não completaram um relatório formal para 60% das agressões ou 62% das ameaças físicas.</p> <p>Os locais de intervenção não tiveram uma redução significativamente maior de eventos violentos em comparação com os locais de comparação. Contudo é importante notar que 2 dos locais de intervenção tiveram uma diminuição significativa de eventos violentos.</p>
<p><u>A violência no local de trabalho no serviço de Urgência: dar aos funcionários as ferramentas e o suporte para relatar</u>, Stene, Larson, Levy &amp; Dohlman (2015), EUA</p>	<p>Todos os 154 Enfermeiros e Assistentes Operacionais a trabalhar no serviço de Urgência da Região Centro-Oeste dos Estados Unidos</p>	<p>Quando os resultados de uma pesquisa inicial foram compilados, a equipa do projeto criou um programa educacional para a equipa que incluiu uma revisão dos dados iniciais da pesquisa, representação factual do que constituem atos de violência no trabalho, uma revisão da ferramenta de relatório criado, e informações sobre como denunciar incidentes violentos.</p>	<p>Na pesquisa inicial, mais de metade do pessoal (55.8%) entendia que a violência no trabalho era parte do mesmo; na pesquisa de seguimento, este número foi reduzido em mais da metade (24.2%).</p> <p>Na pesquisa inicial 55% dos participantes respondeu que a quantidade de violência durante o ano anterior tinha aumentado. Embora na pesquisa de follow up menos pessoal sentiu que a violência tinha aumentado (43%), mais pessoal sentiu que se tinha mantido (de 45% na pesquisa inicial passou para 51% na pesquisa follow up). Uma pequena parte da equipa sentiu que a violência tinha diminuído na pesquisa de acompanhamento (6%).</p> <p>Na pesquisa inicial e na de acompanhamento, para os 16 exemplos de violência física dados, aproximadamente 91% dos entrevistados indicaram que consideravam os exemplos como violência no trabalho, este número reduziu para 75% em relação aos exemplos dados para a violência verbal.</p> <p>À pergunta se tinham formalmente relatado a violência no trabalho quando a experienciaram, constatou-se um aumento do processo de comunicação formal após a intervenção (de 31% na pesquisa inicial passou para 43% na pesquisa follow up).</p> <p>Na pesquisa inicial, quando questionados se tinham sido instruídos a relatar o abuso físico ou verbal, independentemente da gravidade, 40% relataram "sim", 47% "não", e 13% "às vezes". Na pesquisa de seguimento 76% relataram "sim", 15% "não", e 9% "às vezes". As respostas para o porquê de não relatar a violência no trabalho incluíram: "medo", "muito trabalho", "nada acontece", "eles devem estar acostumados a ele". "é um serviço de Urgência pode acontecer". Quando questionados se sabiam que há atos de violência no trabalho que podem dar lugar a processos judiciais, na pesquisa inicial, 65% relataram "sim" e 35% "não". Na pesquisa de seguimento, 78 % relataram "sim" e 22% "não".</p> <p>Na pesquisa inicial 40% não sabia quais os atos que constituíam violência no trabalho, e mais de 67% admitiram que não tinham relatado atos anteriores de violência que ocorreram dentro do serviço de Urgência. Nos resultados da pesquisa de acompanhamento, mais de 77% da equipa sabia quais os atos considerados violência no trabalho, e mais importante, o número dos que consideravam que esses atos faziam parte de seu trabalho foi reduzido para metade. Esta mudança na percepção foi considerada o maior sucesso deste projeto.</p> <p>Através da avaliação do estado atual, de uma educação completa, e de uma ferramenta de relatórios concisos, a equipa do projeto concedeu aos seus pares meios para identificar os problemas e padrões dentro da população de pacientes e de se comprometer com um ambiente estruturado em torno de tolerância zero para a violência no trabalho e tornando os pacientes responsáveis pelo seu comportamento. Com essas ferramentas, a notificação de incidentes violentos aumentou, com alguns incidentes a serem conduzidos a um processo criminal.</p>





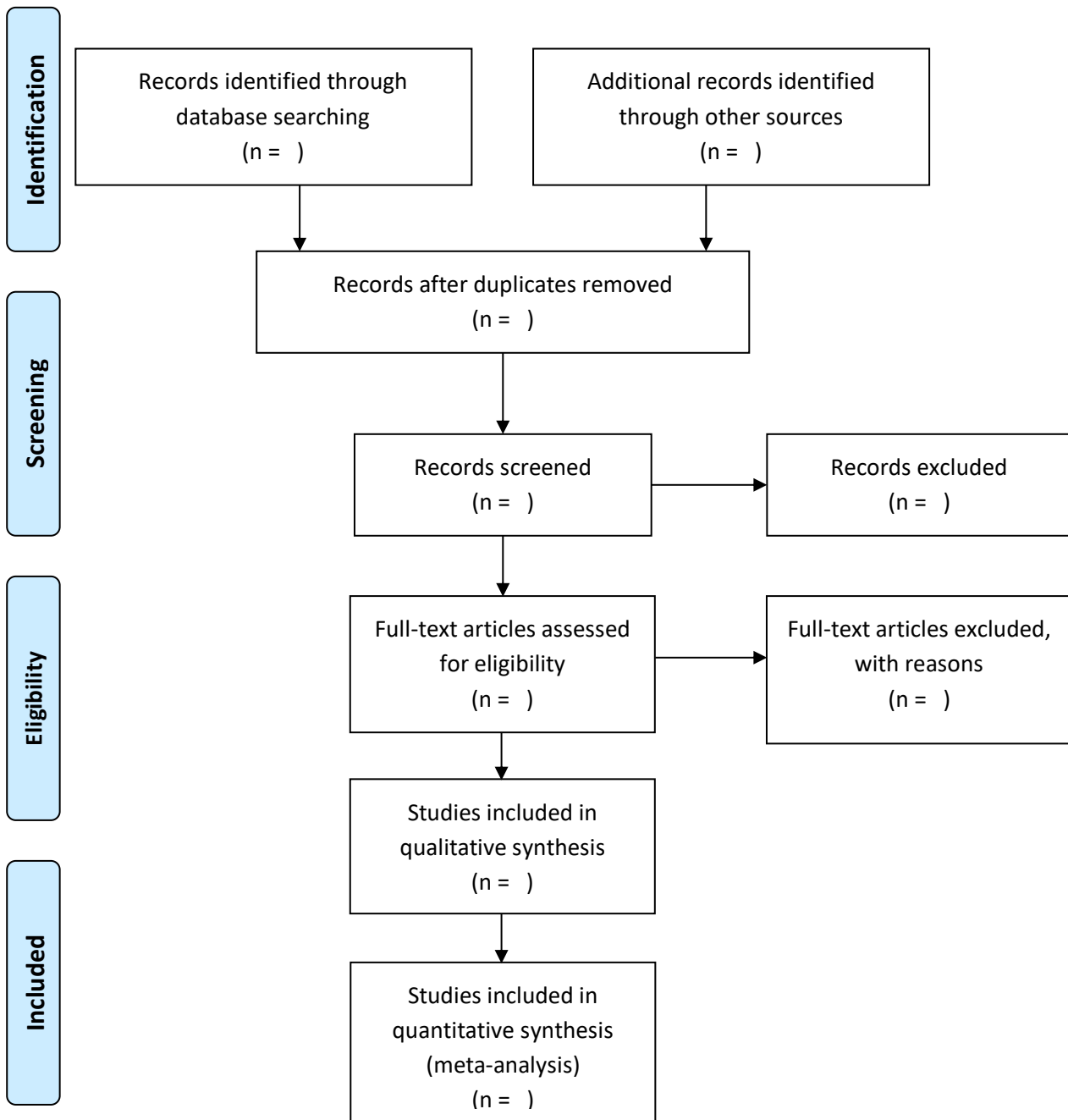
## **Apêndices**



## Apêndice I - PRISMA 2009 Flow Diagram



### PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).



## Apêndice II - Print screen do resultado da pesquisa em 3 diferentes bases de dados

### PESQUISA PUBMED – Inicial

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#18	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing)) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence))) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)) AND (((Retrospective Studies[MeSH Terms]) OR Prospective Studies[MeSH Terms]) OR Randomized controlled trials[MeSH Terms]) OR Cohort studies[MeSH Terms])	28	11:42:41
#17	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing)) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence))) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)	449	11:41:32
#16	<a href="#">Add</a>	Search (((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence)	2179	11:41:13
#15	<a href="#">Add</a>	Search ((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence	201242	11:41:00
#14	<a href="#">Add</a>	Search ((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence	88668	11:40:13
#13	<a href="#">Add</a>	Search ((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing	108404	11:37:59
#12	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms])) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms]))) AND ((Randomized controlled trials[MeSH Terms]) AND Cohort studies[MeSH Terms])	0	11:34:37
#11	<a href="#">Add</a>	Search (Randomized controlled trials[MeSH Terms]) AND Cohort studies[MeSH Terms]	12657	11:34:16
#10	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms])) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms])) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)) AND Randomized controlled trials[MeSH Terms]	1519658	11:31:57

#11	<a href="#">Add</a>	Search (Randomized controlled trials[MeSH Terms]) AND Cohort studies[MeSH Terms]	12657	11:34:16
#10	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms])) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms])) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)) AND Randomized controlled trials[MeSH Terms]) OR Cohort studies[MeSH Terms])	1519658	11:31:57
#7	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms])) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms])) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)	333	11:30:24
#9	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms])) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms])) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)) AND (((Retrospective Studies[MeSH Terms]) OR Prospective Studies[MeSH Terms]) OR Randomized controlled trials[MeSH Terms])	15	11:29:54
#8	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms])) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms])) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)) AND (((Retrospective Studies[MeSH Terms]) OR Prospective Studies[MeSH Terms]) OR Randomized controlled trials[MeSH Terms]) OR Cohort studies[MeSH Terms])	22	11:27:09
#6	<a href="#">Add</a>	Search (((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms]) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms])	1495	11:24:18
#4	<a href="#">Add</a>	Search (((Retrospective Studies[MeSH Terms]) OR Prospective Studies[MeSH Terms]) OR Randomized controlled trials[MeSH Terms]) OR Cohort studies[MeSH Terms]	1610880	11:22:03
#3	<a href="#">Add</a>	Search ((Risk Assessment[MeSH Terms]) AND Workplace Violence prevention) AND Workplace Violence	60	11:20:39

#8	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms])) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms])) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)) AND (((Retrospective Studies[MeSH Terms]) OR Prospective Studies[MeSH Terms]) OR Randomized controlled trials[MeSH Terms]) OR Cohort studies[MeSH Terms])	22	11:27:09
#6	<a href="#">Add</a>	Search (((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms]) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms])	1495	11:24:18
#4	<a href="#">Add</a>	Search (((Retrospective Studies[MeSH Terms]) OR Prospective Studies[MeSH Terms]) OR Randomized controlled trials[MeSH Terms]) OR Cohort studies[MeSH Terms]	1610880	11:22:03
#3	<a href="#">Add</a>	Search ((Risk Assessment[MeSH Terms]) AND Workplace Violence prevention) AND Workplace Violence	60	11:20:39
#2	<a href="#">Add</a>	Search ((Workplace Violence statistics) AND violence[MeSH Terms]) AND workplace violence[MeSH Terms]	106	11:19:58
#1	<a href="#">Add</a>	Search ((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) AND Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) AND Emergency Nursing[MeSH Terms]	789	11:19:18

## PESQUISA PUBMED - Final

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

Advanced search - PubMe... x (97) Graça Tavares x trabalho investigação - m... x Outlook.com - graca\_tav... x +

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced pubmed

Falha no carregament... Primeiros passos Últimas notícias Hotmail gratuito Personalizar hiperligaç... Windows Media Windows Mais visitados Mais visitados

Search or [Add to history](#)

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
<a href="#">#19</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing)) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence))) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence) Filters: published in the last 10 years	<a href="#">315</a>	11:45:29
<a href="#">#17</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing)) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence))) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)	<a href="#">449</a>	11:45:19
<a href="#">#18</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((((((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing)) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence))) AND (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence))) AND (((Retrospective Studies[MeSH Terms]) OR Prospective Studies[MeSH Terms]) OR Randomized controlled trials[MeSH Terms]) OR Cohort studies[MeSH Terms])	<a href="#">28</a>	11:42:41
<a href="#">#16</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing)) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence))	<a href="#">2179</a>	11:41:13
<a href="#">#15</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((Risk Assessment[MeSH Terms]) OR Workplace Violence prevention) OR Workplace Violence)	<a href="#">201242</a>	11:41:00
<a href="#">#14</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((Workplace Violence statistics) OR violence) OR Workplace violence)	<a href="#">88668</a>	11:40:13
<a href="#">#13</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital) OR Emergency Nursing)	<a href="#">108404</a>	11:37:59
<a href="#">#12</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((((((((((Personnel, Hospital[MeSH Terms]) OR Nursing Staff, Hospital[MeSH Terms]) OR Emergency Nursing[MeSH Terms]) AND (((Workplace Violence statistics) OR violence[MeSH Terms]) OR workplace violence[MeSH Terms]))) AND (((Randomized controlled trials[MeSH Terms]) AND Cohort studies[MeSH Terms])	<a href="#">0</a>	11:34:37

Windows Taskbar: 16:46 27-05-2016

# PESQUISA EMBASE

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

https://www.embase.com/#advancedSearch/resultspage/history.20/page.1/25.items/orderby.date/source.

Embase

Got questions? Watch one of our video tutorials on getting started or designing and managing searches [Watch now](#)

Embase® Search ▾ Browse ▾ Results Tools ▾ Luis Perez Logout ⚙️ 🔔(1) 🌐

#17 AND #19

Search ▾ Mapping ▾ Date ▾ Sources ▾ Fields ▾ Quick limits ▾ EBM ▾ Pub. types ▾ Languages ▾ Gender ▾ Age ▾ Animal ▾ Search tips ▾

Results Filters

+ Expand - Collapse all Apply

Sources

Drugs

Diseases

Devices

Floating Subheadings

Age

Gender

Study types

Publication types

History Save | Delete | Print view | Export | Email Combine ▾ using  And  Or Collapse

<input type="checkbox"/> #20	#17 AND #19	0
<input type="checkbox"/> #19	#12 AND #18	58
<input type="checkbox"/> #18	#4 AND #8	419
<input type="checkbox"/> #17	#13 OR #14 OR #15 OR #16	113,704
<input type="checkbox"/> #16	'cohort studies'	21,457
<input type="checkbox"/> #15	'randomized controlled trials'	47,954
<input type="checkbox"/> #14	'prospective studies'	39,069
<input type="checkbox"/> #13	'retrospective studies'	10,042
<input type="checkbox"/> #12	#9 OR #10 OR #11	406,553
<input type="checkbox"/> #11	'workplace violence'	1,133
<input type="checkbox"/> #10	'workplace violence prevention'	55
<input type="checkbox"/> #9	'risk assessment'	405,535
<input type="checkbox"/> #8	#5 OR #6 OR #7	64,819

Feedback

17:40 27-05-2016

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

https://www.embase.com/#advancedSearch/resultspage/history.20/page.1/25.items/orderby.date/source.

Embase

Got questions? Watch one of our video tutorials on getting started or designing and managing searches [Watch now](#)

Embase® Search ▾ Browse ▾ Results Tools ▾ Luis Perez Logout ⚙️ 🔔(1) 🌐

Floating Subheadings

Age

Gender

Study types

Publication types

Journal titles

Publication years

Authors

Conference Abstracts

Drug Trade Names

Drug Manufacturers

Device Trade Names

Device Manufacturers

#13 'retrospective studies' 10,042

#12 #9 OR #10 OR #11 406,553

#11 'workplace violence' 1,133

#10 'workplace violence prevention' 55

#9 'risk assessment' 405,535

#8 #5 OR #6 OR #7 64,819

#7 'workplace violence' 1,133

#6 'violence' 64,819

#5 'workplace violence statistics' 0

#4 #1 OR #2 OR #3 10,180

#3 'emergency nursing' 10,109

#2 'nursing staff, hospital' 25

#1 'personnel hospital' 47

Feedback

0 results for search #20 | [Show all abstracts](#)

View | Print | Export | Email | Add to Clipboard

0 search results.

- Check your syntax and/or spelling

17:40 27-05-2016

# PESQUISA EBSCO

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=0fa5b1d2-5e9e-4171-95af-022175e9c20a%40sessionmgr400! ordem enfermeiros

Falha no carregament... Primeiros passos Últimas notícias Hotmail gratuito Personalizar hiperligaç... Windows Media Windows Mais visitados Mais visitados

Nova pesquisa Assuntos Publicações Imagens Mais Registrar-se Pasta Preferências Idiomas Ajuda

Pesquisando: CINAHL Complete, Exibir tudo | Escolher bases de dados

(((S2) AND (S1)) AND (S3)) AND (S4) Selecionar um camp... Pesquisar Limpar

AND Selecionar um camp... AND Selecionar um camp... + -

Pesquisa básica Pesquisa avançada Histórico de pesquisa

### Histórico/alertas de pesquisa

Imprimir histórico de pesquisa Recuperar pesquisas Recuperar alertas Salvar pesquisas / alertas

<input type="checkbox"/> Selecionar/desmarcar todos				Pesquisar com AND	Pesquisa com OR	Excluir pesquisas	Atualizar resultados de pesquisa	
Pesquisar número de ID	Termos da pesquisa	Opções de pesquisa	Ações					
<input type="checkbox"/>	S7	(((S2) AND (S1)) AND (S3)) AND (S4)	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (66) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S6	((S2) AND (S1)) AND (S3)	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,088) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S5	(S2) AND (S1)	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (3,647) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S4	TX "Retrospective Studies" OR TX "Prospective Studies" OR TX "Randomized controlled trials" OR TX "Cohort studies"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,888,363) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S3	TX "Risk Assessment" OR TX "Workplace Violence prevention" OR TX "Workplace Violence"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (414,635) Exibir detalhes Editar				

Aguardando por largecontent.ebsco-content.com...

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=0fa5b1d2-5e9e-4171-95af-022175e9c20a%40sessionmgr400! ordem enfermeiros

Falha no carregament... Primeiros passos Últimas notícias Hotmail gratuito Personalizar hiperligaç... Windows Media Windows Mais visitados Mais visitados

### Histórico/alertas de pesquisa

Imprimir histórico de pesquisa Recuperar pesquisas Recuperar alertas Salvar pesquisas / alertas

<input type="checkbox"/> Selecionar/desmarcar todos				Pesquisar com AND	Pesquisa com OR	Excluir pesquisas	Atualizar resultados de pesquisa	
Pesquisar número de ID	Termos da pesquisa	Opções de pesquisa	Ações					
<input type="checkbox"/>	S7	(((S2) AND (S1)) AND (S3)) AND (S4)	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (66) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S6	((S2) AND (S1)) AND (S3)	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,088) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S5	(S2) AND (S1)	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (3,647) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S4	TX "Retrospective Studies" OR TX "Prospective Studies" OR TX "Randomized controlled trials" OR TX "Cohort studies"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,888,363) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S3	TX "Risk Assessment" OR TX "Workplace Violence prevention" OR TX "Workplace Violence"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (414,635) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S2	TX "Personnel Hospital" OR TX "Nursing Staff Hospital" OR TX "Emergency Nursing"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (103,067) Exibir detalhes Editar				
<input type="checkbox"/>	S1	TX "Workplace Violence statistics " OR TX "Violence" OR TX "workplace Violence"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Exibir resultados (229,722) Exibir detalhes Editar				

Resultados da pesquisa: 1 - 50 de 66

Relevância Opções de página Compartilhar

1. Education and training for preventing and minimising workplace aggression directed toward healthcare workers

(Cochrane Protocol). Reviewers: Hills, Danny J; Ross, Heather M; Pich, Jacqueline; Hill, April T; Dalsbo, Therese K; Riahi, Sanaz; Guay, Stéphane; Martínez-Jarreta, Begoña. Review Group: Cochrane Occupational Safety and Health Group. Cochrane Database of Systematic Reviews. Edited/Substantively amended: 02 September 2015; New this

A pasta contém itens

- Psychiatric patient assau...
- Patient assault support