

I
Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Helena Gomes Martins

Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência



Junho de 2018

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Helena Gomes Martins

Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professor Doutor Daniel Marques da Silva

Professor Doutor João Carvalho Duarte



Junho de 2018

Agradecimentos

O presente trabalho não teria sido possível sem a colaboração de outras pessoas ao longo deste curso. Por esse motivo, gostaria de manifestar, desde já, os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a sua concretização.

Aos orientadores Professor Daniel Marques da Silva e Professor João Carvalho Duarte.

Às entidades e instituições que permitiram a realização do estudo.

A todos os profissionais de saúde dos Serviços de Urgência das instituições, que se disponibilizaram para participarem na realização desta investigação com o preenchimento dos questionários. Uma palavra de agradecimento aos enfermeiros chefes que se disponibilizaram para fazer a ligação com os profissionais de saúde nos Serviços de Urgência Básica.

Ao Enfermeiro Emanuel Mourão, do Centro de Formação do Hospital de Faro, pela sua colaboração fundamental para a aprovação do pedido de aplicação dos questionários.

À sobrinha Ana Sofia Gonçalves Martins que esteve sempre ao meu lado, comigo colaborou e me motivou neste longo percurso.

Resumo

Enquadramento: Os profissionais de saúde dos serviços de urgência são alvo de incidentes de violência tornando-se este facto uma preocupação atual de várias entidades e organizações. Os serviços de urgência propiciam situações de elevado stress para os doentes e acompanhantes, bem como para os profissionais de saúde, criando situações de violência e de insegurança. A violência no local de trabalho para além de gerar transtornos físicos e psicológicos leva a ausências ao trabalho e à diminuição do empenho dos profissionais, diminuindo o seu rendimento.

Objetivos: Identificar e caracterizar a violência percebida pelos profissionais de saúde em serviços de urgência; Descrever a relação das variáveis sociodemográficas e de contexto com a violência nos serviços de urgência; Identificar as consequências resultantes da violência nos profissionais de saúde

Métodos: Estudo transversal, de natureza descritiva, numa amostra de 263 profissionais de saúde da região do Algarve sendo 65,8% do sexo feminino e 34,2% do masculino. A recolha de dados foi efetuada em novembro de 2017 por questionário autoaplicado com dados de caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde e do agressor e com questões relacionadas com a caracterização da violência e consequências nos profissionais de saúde.

Resultados: Verificamos que 64,3% dos profissionais são vítimas de violência e 66,1% destes não notificam os episódios de violência. O tipo de violência mais frequente foi a verbal (94,1%), seguido da violência física (34,9%). Dentro do serviço de urgência o local mais frequente da violência foi na triagem e na decisão clínica e o principal agressor reportado foi o utente (81,1%) e o familiar (54,4%). A violência ocorre maioritariamente no turno das 16-24h (60,4%) e a maioria dos agressores (80,5%) são do sexo masculino, sem aparentarem doença mental e sem estarem etilizados (40,8%). O tipo de dano mais frequente foi a perturbação emocional, assinalada por (86,4%) dos profissionais, e as consequências mais referidas foram a irritabilidade assinalada por (39,6%) e o desinteresse pela profissão em (23,7%). A maioria dos profissionais não notificou a ocorrência de violência (67,5%).

Conclusões: A violência contra os profissionais de saúde no serviço de urgência é uma realidade e traz consequências para os mesmos. Esta realidade será mais visível se os profissionais notificarem os episódios pelos sistemas instalados. Emerge a necessidade de promover o registo das ocorrências de violência e de implementar estratégias de prevenção do fenómeno e de criar fluxogramas para lidar com cada tipo de violência.

Palavras-chave – Violência no local trabalho; Profissional de saúde; Enfermeiros; Serviço de Urgência.

Abstract

Background: Health professionals of emergency service are a target of violence incidents, becoming a current concern of various entities and organizations. Emergency services provide situations of high stress for patients, caregivers, as well as health professionals, creating situations of violence and insecurity. Violence in the workplace, besides generating physical and psychological disorders, leads to absences from work and a reduction in the commitment of professionals, thus reducing their income.

Objectives: Identify and characterize the violence perceived by health professionals in emergency services; Describe the relation of sociodemographic and context variables with the violence in emergency services; Identify the consequences of violence to health professionals.

Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out on a sample of 263 health professionals from the Algarve region, 65.8% female and 34.2% male. Data collection was performed in November 2017 through a self-administered questionnaire with socio-demographic characterization data of health professionals and the aggressor and with questions related to the characterization of violence and consequences to health professionals.

Results: We found that 64.3% of professionals are victims of violence, from which 66.1% do not report episodes of violence. The most frequent type of violence was verbal (94.1%), followed by physical violence (34.9%). The most frequent places of aggression in emergency service was the clinical decision-making and screening. The main reported aggressor was the patient (81.1%) and the relatives (54.4%). Violence occurs mainly in the shift from 16-24h (60.4%) and most of the aggressors (80.5%) are male, without mental illness or stylized (40.8%). The most frequent type of damage was the emotional disturbance, indicated by 86.4% of the professionals. Any consequences were reported by 42% of professionals, and the most frequent reported consequences were irritability (39.6%) and disinterest in the profession (23.7%). Most health professionals do not notify the occurrence of violence (67,5%)

Conclusions: Violence against health professionals in the emergency service is a reality, carrying consequences to them. This reality will be more visible if the professionals notify the episodes through the installed systems. Thus, emerges the need to promote the registration of violence occurrences, to implement strategies to prevent the phenomenon and to create flow charts to deal with each type of violence.

Keywords - Workplace violence; Health professional; Nurses; Emergency department

Lista de Quadro e Tabelas

Quadro 1: População mensurável pela escala de trabalho.....	63
Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.....	70
Tabela 2: Vítima de incidente de violência em função do género	70
Tabela 3: Vítima de incidente de violência em função do grupo profissional	71
Tabela 4: Notificou por escrito a ocorrência do incidente em função do género	71
Tabela 5: A quem notificou, em função do género.....	72
Tabela 6: Conhecimento do incidente em função do género	72
Tabela 7: Tipo de violência em função do género	73
Tabela 8: Tipo de violência em função do grupo profissional.....	74
Tabela 9: Tipo de violência em função das habilitações literárias.....	74
Tabela 10: Frequência da violência em função do género.....	75
Tabela 11: Turno com mais violência em função do género	75
Tabela 12: Unidades onde ocorreu violência em função do género.....	76
Tabela 13: Setor onde ocorreu a violência em função da unidade.....	76
Tabela 14: Tipo de dano em função do género	77
Tabela 15: Consequências da violência em função do género	77
Tabela 16: Consequências da violência em função do grupo profissional	78
Tabela 17: Caracterização do agressor em função do género.....	78
Tabela 18: Perfil do agressor em função do género	79
Tabela 19: Se solicitou algum tipo de tratamento em função do género	79
Tabela 20: Tipo de ajuda solicitada	79

Lista de Abreviaturas e Siglas

Abreviaturas

Fem. – Feminino

Masc. – Masculino

Siglas

AGO – Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta

CHA - Centro Hospitalar do Algarve

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

DGS -Direção Geral da Saúde

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

VCPSLT – Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho

VRSA – Vila Real de Santo António

Sumário

Resumo	V
Abstract	VII
Lista de Quadro e Tabelas	XI
Lista de Abreviaturas e Siglas	XIII
Introdução	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 Centro Hospitalar do Algarve.....	23
1.1 Breve Caraterização dos Serviços	24
2 Violência no Local de Trabalho	27
2.1 Violência Visível / Física e Verbal	34
2.2 Violência Moral.....	37
2.3 Consequências Sociais e Económicas	41
2.4 Caraterísticas do Agressor	44
2.5 Caraterísticas Humanas e Estruturais do Serviço de Urgência	45
2.6 Procedimentos e Estratégias de Prevenção	46
2.7 Procedimentos em Situações de Agressão e Denúncia	51
2.8 Aspetos Éticos e Deontológicos.....	52
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA	
3. Metodologia.....	59
3.1. Questões de Investigação e Objetivos	59
3.2. Tipo de Estudo	60
3.3. Variáveis.....	61
3.4. População e Amostra	61
3.5. Instrumento de Recolha de Dados.....	63
3.6. Procedimentos.....	64
3.7. Tratamento Estatístico	66
4. Apresentação dos Resultados.....	69
4.1. Caraterização Sociodemográfica da Amostra.....	69
4.2. Caraterização e contexto da Violência.....	70
4.3. Caracterização do Agressor.....	78
5. Análise e Discussão dos Resultados.....	81

6. Conclusões e propostas..... 90

Referências bibliográficas

Anexos

Anexo I - Instrumento de Colheita de Dados

Anexo II - Pedido autorização para aplicação do Instrumento de colheita dados

Anexo III - Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Introdução

A violência no local de trabalho nos serviços de urgência, tornou-se um tema de debate atual e de pesquisa nos últimos anos, pelos efeitos negativos que envolvem os profissionais vítimas de violência, para os utentes dos serviços de saúde, e a comunidade que usufrui desses cuidados de saúde. Segundo o relatório da Direção Geral da Saúde (DGS) relativo às Notificações de Violência contra Profissionais de Saúde de 2014, a violência “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.” (DGS, 2015a, p.4)

A violência contribui também para a insatisfação no trabalho, baixa produtividade, e diminuição da qualidade dos cuidados prestados, e para o aumento do custo do atendimento ao utente.

A violência no local de trabalho, é para Vitolo (2011), um problema mundial, quer seja violência física, ou psicológica, acontece em todos os grupos profissionais, representando uma ameaça grave contra a eficácia e eficiência dos cuidados e interfere com o êxito das organizações. As consequências para o profissional são várias e dependem da severidade e frequência dos episódios a que o profissional está sujeito. As perturbações causadas pela violência, podem ser imediatas e às vezes a longo prazo, nas relações entre as pessoas e o ambiente laboral. A conduta dos profissionais pode alterar-se e afetar a sua dignidade.

A violência no local de trabalho é um problema mundial, que despertou o interesse de organizações internacionais. O International Council of Nurses, (ICN), Public Services International, World Health Organization e a International Labour Office, desenvolveram em 2005, um manual de diretrizes designado “Framework Guidelines for addressing Workplace Violence in The Health Sector”, “ The Training Manual”, onde fornecem definições sobre violência no local de trabalho, orientações sobre direitos e responsabilidades em geral, as melhores abordagens sobre o tema, reconhecimento e avaliação da violência, intervenções no local de trabalho, monitorização e avaliação.

A DGS (2015b), reforça e alerta que para além das consequências físicas há consequências psicológicas, resultantes da violência, e que o profissional agredido deve receber os respetivos cuidados de saúde, físicos e psicológicos. Reforça a valorização por

parte dos profissionais para as consequências não físicas da violência, nomeadamente o “trauma a longo prazo, medo de regressar ao local de trabalho, mudanças nos relacionamentos com colegas de trabalho e família, sentimentos de incompetência, culpa ou impotência, medo de críticas por parte da hierarquia técnica.” (DGS, 2015b, p.5).

A maioria dos atos violentos não são relatados nem existe um sistema de relato estabelecido. “A subnotificação da violência no local de trabalho tem dificultado o desenvolvimento e implementação de estratégias eficazes de prevenção e gestão.” (International Council of Nurses, 2017, p.1). A frequência real da ocorrência de episódios de violência no local de trabalho não é plenamente conhecida, porque os profissionais não valorizam a sua denuncia, mas existem outros fatores “a falta de provas na ausência de lesões físicas, sistemas de relatórios extensos e desadequados, falta de apoio dos gestores de saúde, medo de vingança, culpa ou tratamento desfavorável por parte de gestores e/ou colegas” (International Council of Nurses, 2017, p.1)

Segundo Kvas (2014), o principal motivo referido pelos enfermeiros na Eslovénia, é o facto de que apesar de se relatar o caso, isso não mudaria nada, além do medo de perder o emprego. A maioria das vítimas, que não denunciaram nem falaram com ninguém sobre os atos de violência, foram vítimas de violência sexual. De acordo com o mesmo autor isto representa uma severa crítica do sistema de prevenção da violência no local de trabalho, e revela o fracasso da resposta das organizações de saúde.

As vítimas de violência no local de trabalho, na área da saúde não são só os médicos e enfermeiros, Pompeii (2015) relata também, a existência de elevado risco de violência, por doentes e familiares, contra enfermeiros e médicos enquanto prestadores de cuidados diretos, mas também contra outros trabalhadores que não prestam cuidados diretos. No seu estudo refere ainda que apenas 19% dos eventos de violências foram relatados em sistemas de relatórios oficiais.

O International Council of Nurses (2006) considera que a violência no setor da saúde é um grande risco para o mundo do trabalho e é uma ameaça á prestação de cuidados eficazes ao utente. Para os enfermeiros prestarem cuidados com qualidade “têm de ter a garantia de um ambiente de trabalho seguro e de um tratamento respeitoso” (ICN, 2006, p.1).

Entende-se por isso importante pesquisar este fenómeno e procurar saber a dimensão do mesmo, bem como as circunstâncias que envolvem estes eventos.

Os enfermeiros deparam-se diariamente com situações de violência, e com queixas e comentários de outros profissionais de saúde de também serem vítimas de violência. Alguns profissionais acomodam-se com a situação, outros protestam e mostram-se

indignados. Surge a necessidade de avaliar os fatores que contribuem para estes eventos relacionados com a instituição, com os profissionais, com os utentes ou com os familiares destes. Visto que estes fenómenos de violência, afetam de forma direta os profissionais de saúde, entende-se ser útil analisar este fenómeno e as consequências de trabalhar sob a influência de pessoas com comportamento violento.

Com o presente trabalho pretende-se contribuir para a visibilidade da existência deste fenómeno, caracterizar os fatores com ele relacionados e procurar dar pistas para a prevenção da violência, bem como, o desenvolvimento de ações apropriadas em caso de atos de violência, nomeadamente a criação de protocolos para esse efeito.

Não é suficiente referir que existem comportamentos de violência no Serviço de Urgência (SU), é necessário que esses episódios de violência estejam documentados, possam transformar-se em dados estatísticos para serem tratados e se conhecer a verdadeira dimensão do problema. Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro é uma responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro especialista, tal como é descrito pela Ordem dos Enfermeiros(OE) na competência B3, das competências comuns dos enfermeiros especialistas: “Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (OE,2011, p.7).

Em Portugal a preocupação com a violência contra profissionais de saúde tem tido especial relevância. Já a DGS na Circular Informativa nº 15/DSPCS de 07/04/2006 considera a violência como um problema grave, que afeta a saúde física e mental dos profissionais agredidos e dos que testemunham a violência. prejudica o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados. Refere: “A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho deve ser, portanto, considerada como uma disfunção grave do sistema de saúde e, como tal, combatida” (DGS, 2006, p.3.)

Na DGS está sediado o Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (ONVCPSLT) que tem por finalidade disponibilizar um sistema de notificação *on-line* dos episódios de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, instrumentos na abordagem da violência contra profissionais e partilhar troca de experiências entre organizações na abordagem da violência (DGS,2006)

A violência em instituições de prestação de cuidados de saúde é um problema generalizado com origem em múltiplos fatores, um desses fatores pode ser o género: “como a maioria da força de trabalho de enfermagem é feminino, a discriminação e a desigualdade

de gênero no trabalho permanecem muito significativas no setor da saúde, bem como na sociedade em geral” (International Council of Nurses, 2017, p.1).

De acordo com as instituições atrás referenciadas, a violência contra os profissionais de saúde existe, está a aumentar e é uma preocupação mundial. “O fenómeno da violência contra os profissionais de saúde é multifatorial inserindo-se num problema estrutural e estratégico que tem raízes em fatores sociais, económicos, organizacionais e culturais...” (DGS, 2015, p.3).

Tendo por base a justificação acima apresentada, e a experiência profissional desenvolvida num SU, e a perceção da existência deste fenómeno nesse serviço, foi proposta a realização deste estudo sobre a violência contra os profissionais de saúde que trabalham em SU na região do Algarve. “A doença e os fatores de potencial risco de vida provocam estresse nos doentes, nos seus familiares e no pessoal do local de trabalho no setor da saúde. Este estresse pode agravar os fatores que conduzem á violência” (International Council of Nurses, 2006, p 2).

Ao refletir sobre a problemática da violência contra os profissionais de saúde surgiu a questão norteadora desta investigação: Qual a realidade da violência percebida pelos profissionais de saúde nos SU dos hospitais da região do Algarve? Com esta questão geral surgiram outras questões a desenvolver no capítulo da metodologia.

Com este estudo definiu-se como objetivo geral caracterizar a violência percecionada pelos profissionais de saúde no SU, bem como os fatores associados. Pretende-se assim obter informação dos profissionais de saúde, em contexto de serviços de urgência, que permita perceber como os profissionais percecionam a violência nos serviços onde trabalham.

Traçaram-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- Determinar a frequência de violência exercida contra os profissionais de saúde num SU;
- Identificar as características (tipos) da violência exercida;
- Explorar os fatores circunstanciais do episódio de violência;
- Relacionar a violência exercida com as características sociodemográficas do agressor;
- Identificar os grupos de profissionais vítimas de violência;
- Identificar a existência de consequências da violência, física e psicológica, nos profissionais de saúde;

- Identificar os relatos escritos de violência que são reportados junto da administração.

Este estudo foi realizado no SU do Centro Hospitalar do Algarve (CHA), no mês de novembro de 2017, instituição que durante a realização deste trabalho, a 24 de agosto de 2017, transitou para Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). Por se ter realizado toda a pesquisa com a designação e dinâmica de CHA e para não alterar o resultado da pesquisa, no trabalho mantém-se a designação de CHA.

Para dar resposta a estas questões foi utilizado um questionário aplicado aos profissionais que trabalham nos SU da região do Algarve. Este questionário resultou de uma compilação de questões utilizadas pela DGS no seu sistema de notificação *on line* e de um questionário utilizado no CHA, para notificação da gestão de risco. Foi realizado um estudo transversal, retrospectivo, de carácter exploratório, descritivo e correlacional.

Com os resultados do estudo pretende-se melhorar a consciencialização e compreensão do fenómeno da violência e ainda alertar os profissionais para comunicarem os atos de violência de que são vítimas. Entenda-se, que só os profissionais conscientes do fenómeno, e com conhecimentos, podem prevenir ou minimizar situações de violência.

Após uma introdução, o presente trabalho está estruturado em duas partes.

A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, onde foi abordada, no primeiro capítulo, uma caracterização do CHA, onde se desenvolve o estudo. O segundo capítulo é uma revisão da literatura acerca da problemática da violência contra os profissionais de saúde.

A segunda parte consiste na contribuição pessoal e inclui os aspetos metodológicos relacionados com a investigação, características da amostra, instrumento de colheita de dados e uma abordagem ao tratamento estatístico. Abrange ainda os capítulos da apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos e conclusões/sugestões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Centro Hospitalar do Algarve

O Centro Hospitalar do Algarve (CHA), atual (CHUA) desde 24 de agosto de 2017, resulta da fusão de 3 hospitais; o Hospital de Faro, o Hospital de Portimão a 70KM de Faro e o Hospital de Lagos a 90Km de Faro.

Criado pelo Decreto-lei nº 69/2013, de 17 de maio, o CHA está integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e é uma entidade pública. Além das unidades de Portimão e Lagos, o CHA integra os Serviços de Urgência Básica (SUB) e de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Lagos, Serviço de Urgência Básica e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Albufeira, SUB e SIV de Loulé e de Vila Real de Santo António e Suporte Imediato de Vida de Tavira.

É um Hospital que assegura cuidados de saúde a uma população multicultural, com grandes comunidades de estrangeiros residentes na região do Algarve, e visitantes de férias provenientes de todo o mundo. Com afluência de cidadãos Britânicos, Franceses, Espanhóis, Italianos, países de Leste da Europa, comunidades Chinesa, Indiana, Africana, esta multiculturalidade verifica-se não só nos utentes, mas também nos profissionais de saúde que exercem funções no centro hospitalar, com origem nestes diferentes países e que trocam experiências culturais entre si. Os profissionais de nacionalidade portuguesa são provenientes de todas as regiões do continente e ilhas que fixaram residência no Algarve.

Para assegurar a prestação de cuidados, o CHA contava com uma equipa de:

- Enfermeiros - 1142
- Assistentes operacionais - 807
- Médicos- 623
- Assistentes técnicos - 421
- Informáticos - 23
- Técnicos de diagnóstico e terapêutica - 265
- Técnicos superiores de saúde - 66
- Técnicos superiores - 92
- Outros profissionais - 291

O Hospital de Faro ocupa uma área total de 46.500 m², no centro da cidade, num complexo hospitalar composto por 5 edifícios. O edifício principal, com 8 pisos, está dividido na área poente e nascente. O edifício das consultas externas possui 5 andares e suporta o

heliporto no topo, contíguo o edifício da cirurgia de ambulatório com dois andares. Possui ainda um edifício independente de rés do chão para a administração e serviços administrativos.

Existe um edifício com 11 andares designado de Lar ou Residência, localizado a 200 metros do hospital. Este edifício, além de ser a residência de funcionários do hospital, que residem em apartamentos nos andares médios e superiores, possui nos andares inferiores o Serviço de Saúde Ocupacional, órgãos de apoio técnico diversos e o aprovisionamento. O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental fica situado numa das entradas da cidade de Faro, com 2 pisos.

1.1. Breve Caracterização dos Serviços

Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos

Atualmente os serviços de urgência encontram-se regulamentados quanto á estrutura física, logística e de recursos humanos, publicado em Diário da República, 2ª Série, nº 153 de 11 de agosto de 2014, pág. 20673, pelo Despacho nº 10319/2014. Os serviços de urgência são classificados em três níveis de acordo com os recursos e capacidade de resposta. São classificados em (Serviço de Urgência Básica) SUB, em Serviço de Urgência-Medico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Serviço de Urgência do Hospital de Lagos

Ao SU do Hospital de Lagos está atribuída a designação de SUB, que corresponde ao primeiro nível de acolhimento em situações de urgência, com um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência. Tem como equipa mínima, dois médicos, dois enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, um assistente operacional e um assistente técnico. Tem uma ambulância de (Suporte Imediato de Vida) SIV cujo enfermeiro além da atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados no SU e colabora no transporte de doentes críticos.

Serviço de Urgência do Hospital de Portimão

O SU do Hospital de Portimão tem as características de um SUMC, que corresponde ao segundo nível de acolhimento em situações de urgência. Caracteriza-se por ter como valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório em permanência e imagiologia. O serviço de imagiologia assegura em permanência radiologia convencional, ecografia simples, tomografia axial computadorizada, e patologia clínica. Tem uma (Viatura Médica de Emergência) VMER em gestão integrada em que a equipa além de assegurar o

pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte.

Serviço de Urgência do Hospital de Faro

O SU do Hospital de Faro tem a classificação de SUP, que corresponde ao “nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, e oferece resposta de proximidade á população da sua área.”

Para além dos recursos referentes ao SUMC, um SUP, tem de dar resposta específica nas valências de neurocirurgia, imagiologia e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção, cateterismo cardíaco, angioplastia, pneumologia e gastroenterologia com endoscopia, cirurgia cardio-torácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, vascular e medicina intensiva. Possui uma VMER, em gestão integrada, em que a equipa para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no SU.

O SUP deve desenvolver ensino em matérias de urgência /emergência e possuir um centro de formação acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

De acordo com o regulamento do SU do Hospital de Faro, (CHA, 2015) este centro hospitalar debate-se com a dificuldade de resolver as situações graves devido á acumulação de “situações banais” dos utentes transferidos para o SU por não existir qualquer resposta nos cuidados primários, situação que se verifica em todo o país.

Se esta situação dificulta o normal atendimento de situações urgentes e emergentes, a situação agrava-se no período de entre 15 de julho e 15 de setembro em que a população residente de 450.000 habitantes aumenta com a acumulação de mais 1.000 000 de visitantes nacionais e estrangeiros.

O SU integra o Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos da unidade de Faro. Este ocupa toda a ala poente do 2º andar do edifício principal e os espaços físicos onde se localizam os SUB dos centros de saúde respetivos.

O SU do Hospital de Faro dispõe das seguintes valências: Medicina interna; Cirurgia geral; Ortopedia; Imuno-hemoterapia; Anestesiologia; Bloco operatório (24 horas por dia); Gastroenterologia; Cardiologia de Intervenção; Neurocirurgia; Nefrologia (com diálise para situações agudas); Medicina intensiva; Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética Nuclear; Patologia Clínica com Toxicologia; Apoio das especialidades de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia.

2. Violência no local de trabalho

Para compreender melhor o tema da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho realizou-se uma revisão da literatura científica sobre o tema proposto, “A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema” (Burns e Groove, 2003 citado por Fortin, 2009, p. 86).

Na revisão da literatura e após consulta de artigos científicos, documentos oficiais e legislação sobre o tema, constata-se que este tema é estudado essencialmente em 3 vertentes, a da prevenção, incidência dos tipos de violência, e as suas consequências. Com base nessa revisão da literatura, este capítulo foi dividido em 3 partes, tendo por base essas três vertentes.

Na primeira parte estabelece-se uma abordagem sobre a violência contra profissionais de saúde, definição de conceitos e características dos tipos de violência, na segunda parte, estão descritos os vários procedimentos e estratégias que possam minimizar os danos causados pela violência. Estão presentes não só as conclusões atuais obtidas pelos trabalhos científicos, como orientações do manual de psiquiatria de urgência com mais de 20 anos e que não são contestadas por nenhum trabalho científico atual.

Na terceira parte fala-se sobre as consequências das ações de violência para os profissionais, para as instituições e para os utentes, bem como os aspetos éticos deontológicos a ter em conta quando se é confrontado com os vários tipos de violência.

A violência no local de trabalho é um tema que tem preocupado as instituições de saúde a nível mundial, havendo já referência a este problema nos anos 80. É um fenómeno que tem vindo a aumentar, mas Peixoto refere que a “violência é um fenómeno ancestral que faz parte da história da humanidade...” e que somos “socialmente treinados para a tolerar ainda que de forma ténue...” (Peixoto, 2010, p. 177-178).

O conceito de violência é um conceito diferente de agressividade. A DGS e a Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (2014), referem que “a agressividade é uma característica inerente e vital á espécie... e radica na própria sobrevivência”. Referem ainda que a “gestão positiva da agressividade, entendida como assertividade, passa pelo reconhecimento e pela aceitação das diferenças; adquire-se na interação com o meio, apoia-se no sentimento de pertença e desenvolve-se com base no respeito.” (DGS e ASSGVCV, 2014, p.25).

A violência foi "sistematicamente utilizada para punir, reprová-la ou sancioná-la por se ter representado socialmente que a repulsa à dor física ou psicológica permite uma correção dos comportamentos tornando-os adequados" (Peixoto, 2010, p.178).

O comportamento de violência que sempre foi aceite para educar, é referido pelo mesmo autor, como uma forma de comportamento cada vez mais censurável, e é um comportamento a combater socialmente.

A violência no local de trabalho refere-se aos "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" (International Council of Nurses, 2006, p.1).

Um conceito mais simples de 1995 define "a violência é a agressão física infligida por uma pessoa a outra" (Kaplan & Sadock, 1995, p.330).

Com uma perspectiva mais abrangente que o conceito de violência alcançou atualmente a nível mundial, algumas instituições e autores sentiram necessidade de caracterizar a violência no local de trabalho na área da saúde, surgindo conceitos com uma maior preocupação pelos aspetos psicológicos e danos morais da vítima.

Vitolo cita o Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional dos Estados Unidos que define violência no trabalho como "atos violentos (incluindo agressões físicas, ameaças de agressões) dirigidos contra as pessoas no trabalho ou quando estão cumprindo as suas obrigações" (Vitolo, 2011, p.2). O mesmo autor refere que a violência psicológica tem sido subestimada em relação à violência física, mas que hoje surge como um problema valorizado e prioritário porque pode ter um efeito devastador na vítima.

A (DGS) tem-se preocupado em estudar este fenómeno em Portugal, e com o aspeto mais abrangente da perspectiva do que é a violência. "A violência resulta de um contacto entre uma ou mais pessoas, intencional ou involuntária, efetiva ou não, estando assim, implícita à perceção individual do agressor e do agredido". (DGS, 2011, p.2).

O conceito de violência não é unânime, pois tem sido entendido e interpretado em função de diversos contextos socioculturais, dependendo da interpretação da vítima, do agressor, da cultura e sociedade onde estão inseridos, onde o mesmo ato é praticado, e dos conceitos da época temporal. A DGS, citando a Organização Mundial de Saúde, define a violência como o "uso intencional da força física ou de poder, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulta ou tem grandes probabilidades de resultar em lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou provações". (DGS, 2015b , p.3)

A definição de violência, ou de um comportamento, poder ser considerado um ato de violência, não é, contudo, uma qualificação simples:

A complexidade que inscreve a identificação de um comportamento como violento prende-se com a ausência de uma definição universal de violência. A qualificação de um ato como violento prende-se com as normas instituídas no contexto onde se manifesta. Em contextos de Saúde, a dificuldade acresce por nem todos os contextos terem as mesmas normas, nem todos os profissionais possuírem o mesmo entendimento de violência, existindo uma variação temporal e espacial do seu significado, justificando na atualidade uma reflexão mais detida sobre estes atos. (OE, 2009, p.2)

Esta subjetividade da definição de comportamento violento, insere-se na perspetiva de que o ato é considerado violento ou não, de acordo com o significado que a vítima atribui a esse ato, existe violência ou agressão numa interação sempre que alguém o percebe como tal.

O International Council of Nurses (2006) Refere que a falta de uma definição uniforme de violência se deve á existência de perceções variadas, do que constitui violência, e a um vago limite de aceitação deste comportamento.

O profissional de saúde, inserido em determinada comunidade ou cultura, enquanto profissional de saúde com o objetivo do cuidar, pode perceber o comportamento do utente, ou grupo de cidadãos, como agressivo, hostil ou destrutivo, “A violência é assim perspectivada como uma transgressão aos sistemas de normas e de valores que se reportam a cada momento social historicamente definido e como uma agressão à integridade da pessoa” (Lourenço e Lisboa, 1992, citado por OE, 2009, p.2).

Por outra perspetiva, o profissional de saúde pode entender o mesmo comportamento, como uma demonstração cultural de sofrimento, uma catarse, ou libertador para o sofrimento do utente, ou familiar. Como uma forma que a pessoa encontra para se proteger ou demonstrar dor que está a sentir, essencialmente na comunicação de más notícias. As mesmas expressões ou ações de gritos ou exaltação de voz, podem ser interpretadas nos dois sentidos. “A transgressão da norma ou o desvio não definem apenas por si o crime, pelo que nem toda a violência é crime. Primeiro, porque os atos nunca são perspectivados da mesma maneira e, depois, porque nem todos os atos anti normativos são ilegais ou intrinsecamente desviantes. (Lourenço e Lisboa, 1992, citado por OE, 2009, p.2).

College of Emergency Nurses New Zealand, tem publicado artigos sobre a temática da violência contra os enfermeiros no local de trabalho, essencialmente estudos sobre a implementação de medidas para prevenir a violência e a sua eficácia. Na sua revista *Emergency Nurse New Zeland*, na publicação de novembro de 2016, Matt Comeskey, define

violência como: “Qualquer incidente em que o enfermeiro seja abusado, ameaçado ou agredido em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, e que envolva um desafio explícito ou implícito à sua segurança, bem-estar ou saúde,” (Comeskey,2016, p.9).

Na mesma revista, Comeskey (2016) refere que existem evidências claras de que os departamentos de emergência dos hospitais da Nova Zelândia são ambientes de alto risco de agressão e violência, reconhece que os enfermeiros têm um risco significativo de sofrerem violência no local de trabalho, e que a persistência de uma cultura de aceitação em torno da violência no local de trabalho é uma barreira a ser transposta, para reduzir os episódios de violência.

Alem do problema da percepção do que é violência, verifica-se o desconhecimento da incidência dos episódios de violência pela subnotificação destes incidentes. Copeland & Henry (2017) referem que os administradores de cuidados de saúde e de líderes de enfermagem devem manter um ambiente de trabalho seguro, referindo que para isso devem os profissionais proceder à notificação dos casos mesmo que não tenham ferimentos físicos. No seu estudo verificaram que os enfermeiros apenas relataram 13,9% dos casos. Também verificaram que alguns profissionais de saúde notificam os atos de violência no diário /registos/notas do utente, e que esses dados não são extraídos para estudos de prevalência ou incidência.

Os serviços de urgência são referidos nos vários estudos sobre violência física e psicológica, como os serviços mais afetados pela violência, desde os hospitais de grandes cidades nos Estados Unidos a hospitais da Etiópia, Portugal e Brasil. Violência perpetrada tanto por utentes como seus acompanhantes. Mas Wands afirma que “Para os profissionais de saúde é importante perceber que os hospitais são tão vulneráveis como qualquer outro espaço público” (Wands, 2016, p.388). O que vai contra os fatores que levam as pessoas a terem comportamentos violentos nos serviços de urgência, relacionados com o sofrimento por doença e os acompanhantes preocupados com o melhor atendimento para o seu ente querido fragilizado, mas em qualquer espaço publico se pode ser agredido, como escolas, centros comerciais, ou espaços de diversão.

Os enfermeiros são considerados os profissionais que mais denunciam estes incidentes, e alguns autores atribuem essa característica ao fato dos enfermeiros serem os primeiros profissionais de saúde a entrarem em contato direto com os utentes dos serviços e geralmente o profissional que passa mais tempo em contato com os mesmos, pela necessidade da proximidade do cuidar. São também por norma os que sofrem o primeiro impacto de toda a descarga emocional por parte dos utentes ou acompanhantes. “Os enfermeiros são aqueles que correm maior risco de violência no local de trabalho. A

prevalência e o impacto, ..., é problemático quando comparado com outras profissões.” (International Council of Nurses,2006, p.2).

Apesar da prioridade do atendimento a grávidas, utentes críticos transportados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, e dos utentes com prioridades de triagem emergentes e muito urgentes, todos os utentes e acompanhantes se consideram a si próprios emergentes, questionando porque não lhe foi atribuída a cor vermelha na triagem. Ou porque têm de esperar horas para obterem a receita do medicamento que pretendem. Se estão doentes não compreendem porque têm de esperar, o que torna os tempos de espera no atendimento geradores de conflito, tanto a espera para o atendimento de especialidades, como para os resultados e relatórios de exames. Palagi (2015) refere com fatores, a grande procura pelos serviços de urgência, serviços superlotados, aumento da tensão de quem necessita de atendimento urgente, com os tempos de espera, e a sobrecarga de trabalho para os profissionais.

Os familiares e acompanhantes tomam uma atitude de proteção e defesa das necessidades e objetivos do utente que acompanham, manifestando reações de indignação pelo tempo de espera, pelo atendimento e pela falta de informação da situação clínica do seu utente, mas também das suas próprias necessidades, de serem cuidadores já exaustos, de estarem a viver momentos de fragilidade emocional, do choque de diagnósticos e de doença inesperada, que abalam toda a estrutura familiar.

Comeskey (2016), conclui após a aplicação de uma pesquisa *on line* aos membros da Faculdade de Enfermagem da Nova Zelandia, que atualmente há uma mudança no contexto em que ocorrem comportamentos violentos.

Anteriormente a violencia era entendida como fazendo parte da experiência e cultura do SU, porque os utentes e acompanhantes estão muito tempo em contato com os profissionais de enfermagem, e a violência era compreendida e justificada por o agressor estar sob grande estresse, durante a prestação de cuidados, mas essa perspectiva está a mudar.

A violencia é contextualizada atualmente pelo crescente consumo de drogas e álcool. A população tem uma informação desproporcional dos seus direitos e deveres, transmitida pelos meios de comunicação social e reage com a ameaça da convocação dos média, e o uso das redes sociais, para intimidar os funcionários da instituição, para alcansarem os seus objetivos, com agressão verbal e pressão para acelerar o atendimento médico. A agressão verbal e o ato de pressionar os profissionais, são vistos na comunidade como meio legitimo de obter os cuidados que pretendem, “possivelmente como um reflexo de uma sensação de direito desproporcional á necessidade” (Comeskey,2016, p.8).

Há uma conscientização atual de que há pessoas que usam armas escondidas, principalmente arma branca, ou objetos contundentes, e há a consciência da incidência de violência grave ocorrida noutras comunidades e locais de trabalho.

O International Council of Nurses “condena vivamente todas as formas de violência contra enfermeiros, incluindo o assédio sexual. Estas ações violam os direitos dos enfermeiros á dignidade e integridade pessoal, bem como á isenção de danos.” (ICN, 2006, p.1)

No mesmo documento (ICN, 2006) acredita-se que a violência no local de trabalho no setor da saúde, ameaça a prestação de serviços eficazes aos doentes, e apela-se ás associações nacionais de enfermeiros para serem ativas na sensibilização do publico para este problema, garantirem o acesso por parte dos enfermeiros a serviços de aconselhamento, negociarem a introdução e manutenção de procedimentos confidenciais de queixa, facilitarem o acesso a auxilio legal, reunirem com responsáveis para obterem assistência para proporcionarem ambientes de trabalho mais seguros e onde reine o respeito. Garantirem que os empregadores cumprem as suas obrigações face ás leis de higiene e segurança no trabalho.

Existem fatores de risco para violência em departamentos de emergência:

Acesso de utentes com armas de fogo e uso de substâncias psicoativas, o trabalho direto com pessoas potencialmente perigosas, movimento descontrolado de utentes e visitas, pouca segurança, atrasos no serviço de atendimento aos utentes, salas com aglomeração de pessoas e ambientes desconfortáveis, falta de formação de pessoal, e pessoal inadequado, atrasos no transporte de utentes. (ENA, 2008 citado por Copeland & Henry, 2017)

O tema Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (VCPSLT) é uma preocupação mundial para as várias entidades ligadas a áreas de sociologia psicologia, direitos no trabalho, direitos humanos. Em Portugal surge a Circula Informativa nº 15/DSPCS da Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde (DSPCS) de 07/04/2006 da (DGS,2006), que considera a VCPSLT como um problema de saúde publica a nível internacional. A DGS está a monitorizar este problema desde 2007, com a criação do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde (ONVCPS), com a disponibilização de um sistema de notificação online dos episódios de violência que devem ser denunciados por todos os profissionais de saúde.

Desde que foi criado este observatório o número de queixas tem vindo a aumentar, e os profissionais que mais apresentam queixa são os médicos e os enfermeiros, o que pode não traduzir a realidade em Portugal, porque esse aumento pode dever-se a uma maior

divulgação do sistema de notificação entre os profissionais, e essa maior divulgação ser entre os profissionais médicos e enfermeiros, os restantes profissionais podem não apresentarem queixa por desconhecimento do sistema de notificação online.

Em relação aos profissionais que estão mais expostos a comportamentos violentos, todos os autores consideram os enfermeiros como o grupo profissional de risco, por diferentes motivos. Palagi S, Noguez PT, Amestoy SC de et al (2015) num estudo realizado no Brasil referem que a enfermagem é a categoria profissional mais atingida pela violência no local de trabalho, pela cultura de tolerância a atos agressivos, por ser o grupo de profissionais que interage mais tempo com o utente e acompanhante, com mais proximidade, e por prestarem cuidados diretos em situações de estresse e sofrimento. Estes autores definiram VCPSLT como uma combinação de estímulos ambientais impróprios aos indivíduos e em parte está relacionada com as infraestruturas e a falta de pessoal em relação às necessidades de procura dos serviços.

No estudo realizado na Etiópia, (Tiruneh, B., Bifftu, B., Tumebo, A., Kelkay, M., Anlay, D., & Dachew, B. 2016) referem que os fatores associados á violência contra os enfermeiros foram; a idade, o número de funcionários por turno, o trabalho em enfermaria masculina, a história de violência no local de trabalho e o estado civil. Neste estudo a prevalência de violência contra os enfermeiros foi de 26,7%, superior ás dos Estados Unidos de 25%, da Palestina com 20,8%, do Irão com 19%, e de Hong Kong com 18%, diferenças que podem ser atribuídas a diferenças socioeconómicas entre os países, ás necessidades dos serviços de saúde e aos recursos limitados de saúde nesse país.

No mesmo estudo (Tiruneh et al.,2016). verificaram que as enfermeiras com estado civil (solteira, separada ou viúva das), sofriam uma probabilidade de aumento de violência de 9 a 8 vezes superior ás enfermeiras com estado civil (casada), e o mesmo se verificava no estudo realizado no Egito.

Conclusão semelhante teve Lima e Sousa (2015) no seu estudo realizado no Hospital Duque de Caxias, Rio de Janeiro, onde conclui que os profissionais do sexo feminino sofrem mais com a violência psicológica e estão mais vulneráveis. Refere que as enfermeiras sofrem violência através do domínio e do autoritarismo da classe médica que tende a ser um grupo de homens. Além de as situações de violência aludirem às relações assimétricas entre homens e mulheres numa sociedade machista, em que o objeto do trabalho e de estudo da enfermagem é o “cuidar”, ainda relacionado com atividades femininas, e como tal desvalorizado perante a sociedade.

O mesmo autor, refere um estudo sobre instituições do norte de Portugal em que a conclusão foi oposta, por a maior parte das vítimas de violência psicológica ser entre os

profissionais do género masculino, numa percentagem de 70% para os homens prestadores de cuidados para 30% dos profissionais do género feminino.

Segundo Palagi, et al. (2015), num estudo realizado em instituições de saúde no Brasil, os profissionais de saúde têm um alto risco de sofrerem agressões não fatais no trabalho, como agressões psicológicas, verbais, físicas, assédio moral e sexual, mas que têm um risco muito baixo de sofrerem homicídio no local de trabalho, e a mais referida pelos participantes no estudo é a violência psicológica com um destaque de 100%, seguida pelo assédio moral com 83,33% e pela agressão física com 66,66%, nenhum participante relatou assédio sexual, nesse estudo.

O assédio sexual é referido por Lima (2015) noutra pesquisa no Rio de Janeiro como o tipo de violência registado em menor proporção, juntamente com os casos de discriminação racial, o oposto do estudo realizado na Etiópia onde os investigadores mostraram que os enfermeiros tinham história de abuso verbal, assédio sexual, bullying/mobbing e violência física.

2.1 - Violência Visível / Física e Verbal

A ameaça é um tipo de agressão que se caracteriza pela “promessa do uso de força ou poder físico (ou seja, força psicológica) resultando no medo de sofrer danos sexuais, psicológicos ou outras consequências negativas para o indivíduo ou grupo alvo”. (ICN,2005, p.21)

Agressão verbal

A violência verbal é definida por Palagi et al (2015) como um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa. Caracteriza-se pela utilização de insultos, ameaças, difamações e constantes humilhações. “É a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, paternalista, ameaça, acusa ou desrespeita o outro” (DGS,2006).

Para os profissionais registarem que são vítimas de violência, segundo (Stene,2015), primeiro os profissionais participar em formações para terem uma perceção do que é a agressão, neste caso a verbal e que consta de insinuações sexuais, amaldiçoar, ameaçar com danos físicos, intimidar verbalmente, gritar com o profissional, (Stene, 2015, p.115), atos que devem ser valorizados e registados provenham de utentes sóbrios, com doença mental, sob o efeito de álcool ou drogas, e independentemente da gravidade da violência.

Segundo a Antunes (2002), a agressão verbal pode ser implícita ou explícita, e define-se como uma “promessa de uso de força física ou poder que resulta em medo de

dano físico, sexual ou psicológico ou outras consequências negativas para indivíduos ou grupos” (Antunes, 2002, p.6).

Os participantes no estudo de Palagi et al (2015), referem que vivenciaram insultos e ofensas como:

“Burra, retardada, idiota, vaca, palavras de baixo calão, tu não estás a fazer mais do que o teu serviço, eu pago os meus impostos, portanto pago o teu salário então cala a boca e atende-me logo.” (Palagi et al. 2015, p.9708)

Lima (2015), refere que os profissionais que mais sofrem violência verbal são os mais jovens e comprometidos com o trabalho, os menos experientes e recém-formados.

As variáveis que caracterizam os diferentes tipos de violência, utilizados pela DGS no seu formulário são: violência física; discriminação/ameaça; injúria; difamação; pressão moral; assédio sexual; calúnia e violência contra a propriedade pessoal.

Assédio sexual

O assédio sexual segundo a Antunes (2002) e (DGS, 2006) é: “*um comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido, que é ofensivo para a pessoa envolvida e que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada*”. (Antunes, 2002.p.6). Definição semelhante á de Vitolo (2011) que define assédio sexual como comportamento não correspondido nem desejado que cria um ambiente hostil. Inclui insultos, comentários depreciativos que fazem com que a vítima se sinta humilhada e envergonhada.

Decreto- lei nº 48/95, de 15 de março 95, Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa, código penal, artigo180º define:

Calúnia

Quando a ofensa é praticada através de meios ou circunstâncias que facilitem a sua divulgação, ou tratando-se da imputação de fatos, se averiguar que o agente (agressor) conhecia a falsidade da imputação estamos na presença de um crime contra a honra. (artigo 183º) do Código Penal Português (Decreto-lei nº 48/95) Ou “de um crime de publicidade e calúnia” como referido pela (DGS, 2006, p.5)

Difamação

Quem “Imputar a outra pessoa, mesmo sob a forma de suspeita, um facto, ou formular sobre ela um juízo, ofensivos da sua honra ou consideração, ou reproduzir uma tal imputação ou juízo” (artigo 180º) do Código Penal Português (Lei nº 48/95, de 15 de março DR nº63/1995, Serie I-A. Segundo a DGS “consiste na ofensa á honra. Consideração de

alguém através da imputação de um facto, mesmo que sob a forma de suspeita, ou através de formulação de um juízo de valor e que é feita dirigida a terceiros” (DGS, 2006, p.5)

Discriminação

A DGS define discriminação como “qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outra característica que não é recíproca nem desejada e que afeta a dignidade das mulheres e dos homens no trabalho” (DGS, 2006, p.5)

Antunes define discriminação como:

“qualquer tipo de conduta baseada na idade, incapacidade física, seropositividade, circunstâncias domésticas, sexo, orientação sexual, mudança de sexo, raça, cor linguagem, religião, política, sindicalismo ou outra opinião ou crença, nacionalidade, origem social, associação com minoria, propriedade, nascimento ou outro status que não é recíproco nem desejado e que afeta a dignidade dos indivíduos no trabalho” (Antunes, 2002, p.6)

Injúria

A DGS define injúria citando o artigo 181º do Código Penal Português, e consiste em: Imputar fatos, mesmo sob a forma de suspeita a terceiro ou dirigindo palavras ofensivas da sua honra ou consideração (artigo 181º) do Código Penal Português (Lei nº 48/95)

Violência física

A violência física é o “uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, pontapear, esbofetear, esfaquear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos, entre outros.” (Antunes, 2002. p.6)

No trabalho de investigação realizado no Brasil publicado por Palagi et al (2015), agressão física caracteriza-se como “o emprego da força física contra outra pessoa ou grupo, a qual produz danos físicos, sexuais ou psicológicos”. São descritas nesse trabalho como agressões físicas mais frequentes o arranhar, beliscar, dar pontapés, dar chapadas, empurrar, apertar contra a parede, morder, agredir com objetos ou armas.

Vitolo (2011) caracteriza a agressão física como agressão com bofetadas, empurrões, chapadas, pontapés, golpes com objetos contundentes, ameaça com armas, esfaquear, tiros causando ou não lesão.

Com vista a dotar os profissionais de conhecimentos e esclarecer em que consiste a violência física, Stene (2015), trabalhou um projeto para melhoria da qualidade, num departamento de emergência, onde foram dados exemplos de violência física, aos profissionais do serviço: “Morder, puxar o cabelo, ser atingido por murro, bofetada, ser atingido por objeto atirado, pontapé, beliscão, ser empurrado, arranhado, sexualmente agredido, baleado, morto, cuspir-lhe, esfaquear” (Stene, 2015, p.115). Estes atos devem ser valorizados quando praticados por qualquer utente, seja sóbrio, sob o efeito de drogas ou álcool, ou portador de doença mental, e não desvalorizado, para que se possa registar a verdadeira dimensão das agressões.

Embora não se tenha conhecimento de casos de ameaça com arma de fogo, em Hospitais no Algarve, existem trabalhos sobre esse tipo de violência nos Estados Unidos, Wands (2016) considera que são eventos imprevisíveis, e o agressor pode ser um empregado ou ex-funcionário da instituição que se encontra insatisfeito, um utente com um problema pessoal, um familiar que sofreu uma perda de um ente querido, utentes com historia de comportamento criminal, utente ou acompanhante com perturbações mentais. Embora sejam um tipo de agressão rara, e estes eventos violentos, que se registam na área da saúde, se verificarem nos departamentos de emergência, este autor considera igualmente que os hospitais podem ser tão vulneráveis como qualquer outro espaço publico, em aspetos de segurança, contra-atiradores.

Violência contra a propriedade pessoal

É o tipo de violência que se caracteriza por “Danos causados a pertences do profissional (ex. danos a viatura própria, roubo de objetos do profissional, etc.)” (DGS, 2006, p.5).

2.2 - Violência Moral

Existe um consenso e semelhança na caracterização da violência física e verbal entre a legislação Portuguesa e a DGS, mas para designar a violência moral, ou mesmo a sua definição, já se encontram múltiplos conceitos. De acordo com um autor que estudou o fenómeno, (Guimarães, 2006) existe pelo menos um artigo, que reúne as várias definições e designações do fenómeno, que neste trabalho se designa de violência moral. Além de outras expressões utilizadas nos diferentes países, “Os termos mobbing, bullying, assédio moral, assédio psicológico ou terror psicológico no trabalho têm sido utilizados como sinónimos para definir a violência pessoal moral e psicológica, vertical (ascendente ou descendente) ou horizontal no ambiente de trabalho”. (Guimarães, 2006, p.184)

A violência psicológica é definida pela Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, como o “Uso intencional de poder, incluindo ameaça de uso de força física e/ou institucional, contra outra pessoa ou grupo que pode resultar em dano físico, mental, espiritual, moral ou social” (Antunes, 2002, p.6). As consequências podem ser imediatas, a curto ou a longo prazo.

Comeskey, introduziu no seu conceito de violência, como elemento agressor, o profissional, membro da equipa multidisciplinar onde a vítima se insere, e o conceito de violência moral/invisível.” Pode ter origem num utente, acompanhante, ou membro da equipa, e pode ser classificado em violência visível/aberta como exemplo a violência física, verbal, sexual, ou ser encoberta, como exemplo da negligencia descortesia, humilhação na frente dos outros e retenção de informações” (Comeskey,2016, p.9).

Heloani, chama-lhe violência invisível porque “quando se fala ou se pensa em violência, é inevitável a associação com atos de agressão física. Violência nesse sentido, é um ato concreto, visível, publico, e que normalmente resulta em um dano palpável, objetivo e “observável” contrariamente á violência moral” (Heloani, 2003, p 57).

O conceito de mobbing, foi definido por Leymann na década de 80, “Segundo Leymann o termo mobbing deve ser aplicado a adultos no contexto ocupacional, sendo uma forma de violência psicológica e o termo bulling aplicado a crianças e adolescentes, no contexto escolar, sendo, preferencialmente, uma forma de violência física” (Guimarães, 2006, p.184).

O conflito surge como conceito que deve ser diferenciado do conceito de violência, por Redondo et al. (2002) citado pela DGS e Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (2014) em que no conflito “existe igualdade entre as partes, de tal forma que é possível a negociação e outras formas de resolução que não a violência. Nas situações de conflito, a escalada na intensidade do mesmo poderá levar a situações de violência, quando uma das partes tenta utilizar a força ou coação para subjugar a outra” (DGS e ASGVCV, 2014, p 25).

Hirigoyen (2015) faz uma referência semelhante e escreve que é extremamente importante a distinção entre assédio moral e conflito, e que enquanto Leymann considera que o mobbing tem origem num conflito profissional mal resolvido, ela considera que: “se existe assédio moral, é justamente porque nenhum conflito pôde ser estabelecido. Em conflito, as recriminações são faladas (a guerra é aberta, de alguma maneira). Ao contrário, por trás de todo o procedimento de assédio, existe o não falado e o escondido” (Hirigoyen, 2015; p.24). No seu livro de 2015 com o título: “Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio

moral” esta autora refere que as consequências deste tipo de violência podem ser desde a saída do profissional da instituição, a problemas psicológicos, até ao suicídio.

Heloani (2003) refere que a maior dificuldade em relação ao tratamento da violência moral são justamente as suas características de “invisibilidade” e “alto grau de subjetividade.”

A violência moral é difícil de comprovar por parte da vítima, e por vezes nem a própria vítima relaciona o seu mau estar e sintomas de doença física, com as circunstâncias vividas no seu ambiente de trabalho nem se apercebe que está a ser vítima de violência moral. “O assédio moral diz respeito a agressões mais subtis e, portanto, mais difíceis de caracterizar e provar, qualquer que seja a sua procedência” (Hirigoyen, 2015; p.85).

Este tipo de violência tem origem exclusivamente nos colegas ou funcionários da mesma instituição daí ser chamada de violência interna porque tem características diferentes da violência perpetrada pelos utentes e acompanhantes, normalmente pessoas estranhas á instituição, este tipo de violência é exercido unicamente pelos colegas que integram as equipas multidisciplinares. Heloani (2003) refere que as vítimas de violência moral são alvo de um número crescente de humilhações e brincadeiras de mau gosto, por parte dos colegas de trabalho. Essas brincadeiras de mau gosto e humilhações são consideradas normais e aceites por parte de todos os colegas e negligenciadas por parte que quem tem o poder para as terminar, e vai consentindo esse comportamento.

Palagi et al (2015) ao referirem-se á violência verbal, refere que quando essas agressões se intensificam e se tornam repetitivas se caracterizam por assédio moral, que define como “condutas abusivas, evidenciadas por gestos, atitudes, comportamentos ou palavras de modo sistemático e repetido, atentando contra a dignidade ou integridade psíquica da pessoa”. Por serem danos que não são exteriormente visíveis na “pele” da vítima, mas comprometerem a sua integridade emocional, chama-lhe uma “epidemia invisível”.

Referida em estudos sobre violência como violência interna em que o agressor e a vítima trabalham na mesma instituição e entendendo por vítima “toda a pessoa que sofre um ato de violência” (DGS,2006, p.3). Este tipo de violência tem manifestações diferentes de acordo com a hierarquia dentro dos grupos profissionais, consoante se trate de relações entre os profissionais prestadores de cuidados ou dos cargos de chefia. “Nos setores de produção, a violência é mais direta, verbal ou física. Quanto mais se sobe na hierarquia e na escala sociocultural, mais as agressões são sofisticadas, perversas e difíceis de caracterizar” (Hirigoyen,2015; p.18). Por vezes os profissionais queixam-se quando são chamados á

atenção por superiores hierárquicos ou outros profissionais, por situações incorretas nos seus procedimentos, o que não se pode confundir com violência moral.

O profissional dedicado e empenhado em conseguir atingir os objetivos e conseguir dar um contributo favorável para o crescimento e prosperidade da empresa, ao sentir-se prejudicado vai sair da empresa, ou manter-se com recurso a baixas médicas, e com baixa produtividade. Hirigoyen (2002) afirma que as pessoas mais atingidas pelo assédio são as mais produtivas, as mais motivadas e interessadas pelo trabalho, tantas vezes consideradas mesmo como demasiado eficientes. A violência moral, é um processo lento e repetido, em que a própria vítima chega a por em causa a sua competência para realizar as suas funções, é uma relação desigual de poder, para fragilizar e submeter o outro. O que torna essas palavras, comportamentos e atitudes destruidores são a sua repetição e sistematização.

O estudo deste tipo de violência surge como referencia a um grupo de animais mais fracos que se une para derrotar um predador mais forte, e é mais tarde qualificado como o oposto, em que os elementos mais fortes da empresa, se unem para eliminar o elemento mais fraco da empresa, mas Heloani (2003) refere que as vítimas de violência moral não costumam ser indivíduos doentes ou frágeis mas que são pessoas que tomam, de forma consciente ou inconsciente, posições de enfrentamento, questionam privilégios ou situações injustas, o que as torna alvo de agressões e que os agressores as tentam desqualificar, tornam-se incomodadas. Refere que este tipo de violência surge porque as vítimas não se deixam dominar, nem se curvam, embora os agressores tentem desqualificá-las.

Hirigoyen (2015) classifica o assédio moral em descendente, horizontal, ascendente ou misto, de acordo com a hierarquia dos agressores em relação á vítima.

O assédio vertical descendente, quando o agressor é um superior hierárquico, e que tem consequências muito mais graves sobre a saúde do trabalhador do que o assédio horizontal, porque a vítima sente ainda mais isolada e tem mais dificuldade para achar a solução do problema, a entidade a quem se poderia queixar é o agressor, e isso poderá ser entendido como desobediência ás orientações do chefe.

O assédio horizontal é o que se verifica entre colegas e o exemplo mais frequente é a disputa pela mesma promoção ou cargo na empresa.

O assédio misto, engloba o assédio horizontal e o assédio vertical descendente, que quando conta com a omissão da chefia, ou do superior hierárquico, que já é, ou se vai tornar cúmplice, depois de algum tempo.

O assédio ascendente, a vítima de assédio é o superior hierárquico, por um ou vários subordinados. Por vezes não é levado em consideração, no entanto, pode ser do mesmo

modo destrutivo, porque as vítimas, neste caso, não sabem para onde se dirigirem para se defenderem.

Lima (2015) confirma no seu estudo que os principais praticantes de violência psicológica, são os colegas de trabalho e chefes, e refere também as conclusões de outro estudo em São Paulo, onde os principais perpetradores de violência psicológica são os colegas de trabalho com 39,7% os chefes com 23,5%, os utentes com 20,8% e os acompanhantes com 16%.

A gravidade das consequências sobre as vítimas depende da identidade da vítima, da relação entre os protagonistas e do número de indivíduos implicados nos procedimentos de assédio moral. De acordo com Hirigoyen (2015) existem fatores que agravam as consequências deste tipo de violência:

- O impacto dos procedimentos será mais forte se partir de um grupo contra uma só pessoa do que se vier de um único indivíduo.
- O assédio de um superior hierárquico é mais grave do que o de um colega, pois a vítima tem o sentimento, na maioria justificado, de que existem menos recursos possíveis dos casos e que existe muitas vezes uma chantagem implícita na ação.
- As consequências sobre a saúde a longo prazo são mais graves quando se trata de assédio moral propriamente dito, tendo em vista uma pessoa isolada, do que quando se trata de ato por injúria, em que todo o grupo é vítima de um mesmo superior mal-intencionado. Neste caso, as vítimas podem unir-se para se queixarem e defenderem coletivamente.
- A gravidade das consequências sobre a saúde depende da duração do assédio, intensidade da agressão, vulnerabilidade da vítima (entende-se por vulnerabilidade da vítima a fragilidade da pessoa devido a ataques anteriores ou falta de apoio familiar e/ou amigos, ou uma baixa autoestima anterior á agressão.)

2.3 - Consequências Sociais e Económicas

As ações de violência têm consequências essencialmente na qualidade do desempenho profissional destes profissionais, e como consequência a diminuição da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos por estes serviços. “a violência nos serviços de saúde pode levar a eventos adversos para os utentes, incluindo quedas e erros médicos e de medicação e afeta negativamente o atendimento dos utentes” (ICN,2017, p.2).

A violência na saúde torna-se dispendiosa, talvez por esse motivo haja preocupação com o seu estudo e estratégias para diminuir a violência no local de trabalho nos Estados

Unidos. Renker (2015) diz que a violência tem como consequências, faltas ao trabalho, diminuição da produtividade, custos de assistência médica e psicológica para os funcionários, e compensações. Além das consequências negativas para os profissionais, também há custos relacionados com a diminuição da satisfação dos utentes, aumento de queixas, e alterações na reputação do hospital. As consequências da violência física, verbal e assédio sexual segundo o (ICN, 2006) fazem-se sentir com:

- Sentimentos de choque, descrença, culpa, raiva, depressão, auto culpabilização, impotência e exploração.
- Lesões físicas e perturbações (como enxaquecas, vômitos) e distúrbios sexuais.
- Aumento de estresse e da ansiedade.
- Perda de autoestima e da crença na própria competência profissional.
- Comportamento de evitamento, que poderá afetar negativamente o desempenho de obrigações, incluindo o absentismo.
- Efeito negativo sobre as relações interpessoais.
- Perda de satisfação profissional, baixo moral entre os profissionais aumento da taxa de rotatividade do pessoal. (ICN, 2006, p.3).

Quanto aos efeitos dos atos de agressão, Peixoto (2010) escreve que quer a pessoa seja vítima de agressão física ou de uma agressão psicológica essa informação provoca sensações idênticas, citando um estudo publicado na revista Science, dirigido pela investigadora Naomi Eisenberger de 2003, que "demonstra que a dor física ou a angústia psicológica, sentida pela rejeição social ou pela reprovação verbal, desencadeiam precisamente a mesma reação no cérebro" (Peixoto, 2010, p.178). A mesma preocupação tem o ICN que refere "O abuso verbal não deve ser minimizado, cujos efeitos são similares à agressão física, incluindo repercussão na prestação de cuidados" (ICN,2006,p.2)

De acordo com a circular informativa 15/DSPCS da DGS (2006), as consequências da violência podem ser estudadas a três níveis: individual, institucional e social. A nível institucional podem prejudicar a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde, e a nível individual e social afetam gravemente a saúde física e mental dos profissionais diretamente atingidos e dos profissionais que testemunham esses episódios de violência:

- Prejudicando o seu desempenho profissional,
- Maior absentismo por doença,
- Maiores níveis de mudança de local de trabalho
- Menor satisfação profissional,
- Quebra de produtividade,

- Aumento de queixas, litigações e prémios de seguro

Um estudo realizado em Amara na Etiópia a violência no local de trabalho foi de 38,8%, e foram relatados como consequências, “ferimentos físicos, deficiência, dor crônica, e tensão muscular, perda de sono, pesadelos e flashbacks, reações emocionais de curto e longo prazo, como raiva, tristeza, frustração, ansiedade, irritabilidade, apatia, auto culpa e desamparo” (Tiruneh,2016, p.2).

Os efeitos da violência segundo o International Council of Nurses “vão para além do local de trabalho, afetando a família das vítimas e observadores, designados como a terceira parte da violência.” (ICN, 2006, p.2)

Renker (2015), num estudo nos Estados Unidos da América, refere que as enfermeiras sofrem efeitos da violência a curto e a longo prazo. Além das consequências físicas, como as lacerações, hematomas e lesões músculo-esqueléticas, sofrem também os danos e sequelas emocionais do transtorno pós-traumático, como a raiva, medo, vergonha e dificuldade em manter a concentração. A violência influencia o desempenho do trabalho e as habilidades dos enfermeiros para cuidar dos utentes, e como consequência pode colocar em perigo a sua segurança pessoal, pode diminuir a produtividade e a satisfação profissional com desgaste precoce.

A (DGS, 2015b) citando o ICN, acredita que a violência no local de trabalho no setor da saúde ameaça a prestação de serviços eficazes aos doentes, e apela às associações nacionais de enfermeiros para serem ativas na sensibilização do público para este problema, garantirem o acesso por parte dos enfermeiros a serviços de aconselhamento, negociarem a introdução e manutenção de procedimentos confidenciais de queixa, facilitarem o acesso a auxílio legal, reunirem com responsáveis para obterem assistência para proporcionarem ambientes de trabalho mais seguros e onde reine o respeito. Garantirem que os empregadores cumprem as obrigações face à higiene e segurança no trabalho.

Entre as pessoas desempregadas, com dificuldade de conseguir uma nova colocação, algumas conservam as marcas da violência sofrida, decorrente da violência moral antes da perda do emprego, e que podem ser de sintomas de estresse pós-traumático até à perda de identidade. “Perderam a confiança nelas próprias, tornaram-se exageradamente desconfiadas, ou simplesmente desmotivadas, sem vontade de dar algo delas mesmas em prol de um novo emprego” (Hirigoyen,2015;120).

Sousa (2013) refere estudos realizados pela Universidade de Alcalá, onde foram estabelecidos seis grupos de efeitos prejudiciais na saúde das vítimas

1- Efeitos cognitivos e hiper reação psíquica, que consiste em esquecimento e perdas de memória, dificuldades de concentração, abatimento, depressão, apatia, falta de iniciativa, irritabilidade, inquietude, nervosismo, agitação, agressividade, ataques de raiva, sentimentos de insegurança e hipersensibilidade às demoras;

2- Sintomas Psicossomáticos de stress, são eles pesadelos, dores de estômago e abdominais, diarreias, problemas intestinais, vômitos, náuseas, falta de apetite, sensação de nó na garganta, choro e isolamento;

3- Sintomas de desajuste do sistema nervoso autónomo como dores no peito, sudorese, secura na boca, palpitações, sensação de falta de ar e hipertensão/ hipotensão;

4- Sintomas de desgaste físico provocado por um stress mantido durante muito tempo, como dores nas costas, dorsais e lombares, dores cervicais e musculares;

5- Transtornos do sono, dificuldade para conciliar o sono, sono interrompido, despertar antecipado;

6- Cansaço e fraqueza, entre eles: fadiga crónica, fraqueza nas pernas, debilidade, desmaios, tremores.

2.4 - Características do Agressor

Renker (2015) refere no seu estudo, que além de os participantes referirem a estrutura física, a associação da violência a áreas com utentes consumidores de drogas ou álcool, referem também “o foco no atendimento ao cliente, conflito e cinismo”. As instituições onde os utentes são vistos como clientes, a satisfação do cliente é mais importante do que a sensação de segurança da equipa. As perspetivas de atendimento ao cliente podem contribuir para sentimentos de angústia, conflito e cinismo, porque os responsáveis pelos resultados da satisfação dos clientes, têm tanto medo que os seus resultados sejam afetados, que além de tolerarem comportamentos agressivos, recompensam esse cliente com agrados, pelo mau comportamento. Se não forem responsabilizados pelas suas ações, elas vão repetir-se.

Quanto às características dos agressores dentro da equipa multidisciplinar e no que se refere á violência moral, Heloani (2003), relaciona o assédio moral com a competitividade excessiva do processo de globalização, e quanto aos agressores “Muitas vezes esses agressores são bem vistos pelos seus chefes devido á sua capacidade de tomarem decisões difíceis e polemicas”. O que quer dizer que ao contrário dos agressores exteriores, estes são bem vistos e admirados, “Costumam ser admirados por sua eficiência e eficácia, apesar da arrogância com que tratam seus subordinados” (Heloani, 2003, p.59)

Quando se refere aos agressores de violência moral no sentido descendente, em que agressor é o superior hierárquico, caracteriza-os como: “Tais gestores comumente possuem traços narcisistas e destrutivos. Sentem-se inseguros quanto à sua competência profissional e podem exibir, por vezes traços paranoicos, projetando nos outros aquilo que não conseguem aceitar em si mesmos” (Heloani, 2003, p.59)

Enquanto os agressores de violência física ou verbal, agem de forma visível e direta, os agressores da violência invisível/moral “agem com desconfiança em relação às atitudes alheias e têm grande dificuldade para aceitar críticas. Costumam ser hipersensíveis e exagerar o risco presente em diversas situações. Com isso, supervalorizam seu próprio trabalho e fortalecem sua autoestima (Heloani, 2003, p.59)

Ao auto valorizarem-se é difícil às organizações das próprias instituições a percepção de que aquele chefe estará a exercer violência moral sobre os seus profissionais, porque pelas suas características: “ambiciosos e invejosos, procuram constantemente aproveitar-se do trabalho alheio: apropriam-se das realizações de outros para montarem uma pseudo imagem de si próprios como verdadeiros salvadores da pátria” (Heloani, 2003; p.59).

2.5 - Características Humanas e Estruturais do Serviço de Urgência

Um SU é por norma um setor de grande afluência de população, onde existe uma grande capacidade de eficácia técnica por parte dos profissionais, e onde é descorada a relação humana e de comunicação em detrimento do agir rápido e eficaz, principalmente em situações críticas para o doente. Palagi (2015) refere que a prestação de cuidados prestada aos utentes pelos profissionais nem sempre acontece de forma eficaz, por vezes o profissional limita-se a um cuidar mais técnico, com pouco ou nenhum vínculo com o utente durante o processo do cuidar, o que leva a descontentamento que pode resultar em represálias, por parte da equipa ou por parte do utente.

Os profissionais do serviço de urgência deparam-se como já referido com utentes ou familiares sob o efeito de estresse, álcool, drogas ou perturbações psiquiátricas, ao qual se adicionam espaços superlotados, o ritmo de trabalho, sobrecarga horaria dos profissionais. Estas características que podem acarretar um atendimento menos eficaz face às necessidades de saúde dos utentes. Palagi (2015) refere fatores como: a aglomeração de pessoas em estruturas físicas inadequadas, com diminuição do espaço de defesa, e deficientes recursos humanos como fatores geradores de conflitos, e estarem relacionados com o aumento da violência. A falta de recursos humanos e materiais, com de roupa de cama e pijamas e tempo longo de espera a aguardar por internamento em macas inapropriadas.

A inadequação de uma capacidade resposta dos cuidados de saúde primários às necessidades dos utentes, de horários de funcionamento inadequados às exigências do mercado de trabalho atual a que os utentes ou acompanhantes estão sujeitos. A procura, e valorização por meios complementares de diagnóstico por parte dos utentes, que optam pelos serviços com mais meios, ou com mais especialidades médicas, sem que delas necessitem propriamente, fazem com que haja um excesso de procura pelos SU.

2.6 - Procedimentos e Estratégias de Prevenção

Wong (2015), coordenou uma formação com o tema “uma resposta da equipa às emergências comportamentais no departamento de emergência: um curriculum interprofissional aprimorado por simulação”. Em que definiu os papéis e responsabilidades de cada membro da equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos e polícia. A formação constava de técnicas de desestruturação e restrição, colocação dos membros da equipa, com simulação em cenários com participantes padronizados. Foi realizado o estudo, com uma pesquisa comparando as respostas do pré e pós teste. Concluíram que uma equipa multidisciplinar estruturada, foi bem-sucedida, na melhoria de múltiplas facetas.

Dotar as equipas de formação, e de instrumentos de registo, simples e rápidos de preencher, e o incentivo aos registos, são essenciais segundo (Stene,2015), para conseguir a tolerância zero com a VCPSLT. O departamento de emergência publicou em notícias regionais 3 dos relatórios sobre violência, na esperança de aumentar a conscientização do publico para a não tolerância da VCPSLT.

É importante os serviços de saúde implementarem medidas para prevenir atos violentos (Palagi, 2015):

- Sensibilizar os trabalhadores para formação continua sobre o tema.
- Melhorar as condições de trabalho com reposição dos recursos humanos e materiais adequados.
- Criar protocolos de registo das formas de violência institucional sofridas pelos profissionais.
- Aperfeiçoar o ambiente de trabalho e organização no atendimento e acolhimento dos utentes.
- Adotar uma relação de diálogo com os trabalhadores e utentes.
- Disponibilizar multiprofissionais de saúde para prevenir orientar e apoiar as pessoas afetadas pela violência.

Os estudos atuais sobre violência abordam procedimentos para diminuir a violência, sendo referido em todos os trabalhos a formação do pessoal para lidar com situações de violência, no entanto na literatura há referência para a relação entre a percepção que os funcionários têm sobre a sua segurança e o risco real, e apesar de uma ampla exposição á violência, a percepção quase unanime foi de segurança no trabalho:

Descobriram que as práticas no local de trabalho que promovem a percepção de segurança dos funcionários não estavam correlacionadas com menores taxas de violência. Especificamente, o tempo de resposta de segurança e o equipamento de segurança adequado foram significativamente associados à percepção de segurança do pessoal, mas nenhum deles reduziu significativamente a probabilidade de agressão (Blando et al, 2013 citado por Copeland & Henry, 2017)

Wands (2016), refere que o fato de sermos complacentes com a violência, não cria uma cultura de segurança, podendo ofuscar ou mesmo extinguir a necessidade de estar preparado. Que os procedimentos de segurança devem ser planejados e praticados para serem melhorados. Deve desenvolver-se um plano específico para o departamento e ser praticado e treinado.

Na procura por abordagens atuais para reduzir a VCPSLT, (Ramacciati, 2016), analisou 10 estudos, com vários métodos para eliminar a violência do local de trabalho. Analisou o método de treino baseado em cenários, O programa de treino rápido, Intervenção educativa híbrida, equipas de resposta rápida, Aproximação compreensiva, Abordagem de pesquisa-ação. Conclui que alguns estudos se concentram em estratégias de intervenção para abordar a temática VCPSLT, e que poucos estudos tentam avaliar a eficácia das intervenções, e alguns mostram evidencias fracas.

No SU do CHA é onde são inscritos e atendidos os doentes em contexto de emergências psiquiátricas, que serão posteriormente encaminhados para o departamento de psiquiatria, para observação pela especialidade. A equipa de urgência deve “estar alerta para situações de possível violência e prevenir rapidamente o comportamento violento com intervenções comportamentais, farmacológicas e psicossociais” ... “uma história de comportamento violento é o melhor previsor de violência” (Kaplan & Sadock,1995, p.330).

Segundo o autor atrás referido há sinais iminentes de violência contra a pessoa ou propriedade quando a pessoa apresenta dentes e punhos cerrados, ameaças verbais, armas ou objetos potencialmente utilizáveis como armas, (com exemplo de um garfo, furador, cinzeiro), pessoa em agitação psicomotora, intoxicação com álcool, e drogas, delírios paranoides e alucinações de comando. De acordo com Kaplan & Sadock (1995, p 332) nestas situações aconselha-se o profissional a:

- Proteger-se, presumir que a violência é sempre uma possibilidade e jamais se deixar surpreender por um ato súbito.
- Jamais entrevistar um utente potencialmente violento a sós, ou num gabinete com a porta fechada.
- Considerar a remoção de gravatas, colares, joias ou outros artigos de vestuário que o utente possa agarrar e puxar.
- Permanecer dentro do campo de visão de outros elementos da equipa.
- Deixar a execução de contenção física para os elementos treinados da equipa.
- Não dar acesso a áreas onde possam estar disponíveis “armas” como sala de tratamentos agulhas ou cortantes.
- Manter-se pelo menos a um braço de distância de um utente potencialmente violento.
- Não desafiar ou enfrentar um utente potencialmente psicótico.

Estar alerta para sinais de violência iminente, deixar sempre uma via de escape aberta para o caso de ser atacado pelo utente e jamais lhe voltar as costas (Kaplan & Sadock, 1995, p.332).

O Conselho de Enfermagem emitiu o parecer nº 226/2009 que adotou, na integra, o parecer nº 16/2009 da Comissão de Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica sobre a circular normativa da DGS nº 8 de 25-05-2007 sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de utentes - contenção física OE, 2009).

Nesse documento considera-se que os utentes e famílias têm direito a cuidados seguros e que a segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais, técnica e ético-deontológicas, aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente. Neste contexto são adotadas medidas preventivas com o impacto de diminuir os episódios de agressividade, com a adoção de técnicas comunicacionais de interrupção da escalada de agressividade, e técnicas de contenção ambiental.

O utente ou acompanhante deve ter um espaço onde possa ser possível permitir a expressão de emoções e sentimentos, onde o enfermeiro ajuda essa pessoa a libertar tensões e emoções e a reconhecer nas suas emoções os sentimentos associados ao problema, e a perceber a adequabilidade dessas emoções e sentimentos depois de libertada a maior tensão.

Na mesma circular é feita a referencia á contenção física quando a situação clínica do doente impede a viabilização de medidas terapêuticas/administração de fármacos, e como medida derradeira depois de esgotadas outras medidas de controlo de “atos hostis ou destrutivos para o próprio ou para terceiros, sendo necessário recorrer a contenção no leito. No âmbito da presente circular, a contenção física relaciona-se com a restrição de movimentos.

Assim, esta contenção começa com a restrição de movimentos num determinado espaço - contenção ambiental, conduzindo a pessoa para um espaço isolado, sem exposição a outros que não profissionais de saúde envolvidos” (OE, 2009). Informa-se a pessoa sobre os limites aceitáveis do seu comportamento, informando-a sobre a sua responsabilidade e as consequências do seu comportamento, essa contenção física deve ser realizada sob prescrição médica e registada no processo clinico do doente, mas em situação de urgência os enfermeiros podem iniciar a contenção física respeitando o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), comunicando de seguida ao médico para avaliação da situação clínica. A mesma circular cria um registo nacional anónimo e obrigatório de episódios de contenção física, centralizado na DGS em sistema informático on-line na página web da DGS.

Kaplan & Sadock (1995), referem que a contenção física pode ser necessária como modo de evitar violência e descrevem o procedimento no seu livro “Medicina Psiquiátrica de Emergência”. A contenção física deve ser executada apenas por pessoal treinado para isso, com um mínimo de 4 pessoas pois uma contenção inadequada pode levar a ferimentos nos profissionais, no utente, ou, até mesmo á morte do utente, um membro da equipa deve estar sempre visível, para explicar ao utente porque é que ele está a ser contido, e para o confortar.

O utente deve ser contido com as pernas bem afastadas, um braço preso de lado e o outro sob a cabeça, com viabilidade para o acesso á administração de terapêutica endovenosa. A cabeça deve ficar ligeiramente levantada, para reduzir risco de aspiração. Evitar conter apenas um membro já que o ato de puxa-lo pode causar uma luxação ou fratura no utente. Os utentes que permanecem agitados nas contensões devem ser medicados até acalmarem, os sinais vitais avaliados a cada meia hora e a necessidade de contensão a cada 15 minutos a meia hora. As razões para conter o utente têm de ser documentadas, depois do utente controlado, a equipa deve remover as contensões por fases.

O Hospital Valley em Ridgewood, N.J. adotou uma estratégia para proteger os funcionários, e concentraram essas medidas no departamento de emergência por ser onde os funcionários são especialmente propensos à violência (Whitman, 2016)

Este hospital intensificou a formação e treino para lidar com situações de violência e criou uma unidade especial com equipas escaladas on-line durante 24 horas. Adquiriu etiquetas de alerta móveis, que os funcionários colocam nos crachás ou fios, e que primem discretamente para alertar a unidade em situações de coação. Essa unidade é constituída por 90 funcionários com treino especial, e 4 estão sempre escalados e prontos para se deslocarem para o local de conflito, o botão da etiqueta transmite a localização do funcionário mesmo que este se desloque. Como o ato de pressionar o botão é discreto e silencioso, não alerta o agressor nem exacerba a situação, como surgia com os botões designados de botões de pânico.

Aparecida (2017) refere que os trabalhadores afirmam não estarem preparados para situações de violência, depois de avaliarem que há deficiência na sua autodefesa, e que essa falta de preparação pode prejudicar o agressor, porque o profissional ao sofrer agressão pode vir a tornar-se um potencial agressor. E que os profissionais deveriam estar preparados com as habilitações necessárias para identificarem os casos de violência, questionarem as suas condições de segurança no trabalho e o suporte institucional oferecido.

Copeland & Henry (2017) referem que a violência existe e é tolerada quando se trabalha com utentes com delírio, demência, lesões traumáticas cerebrais, distúrbios psicóticos, intoxicações por álcool ou drogas, mas que como nesses casos a violência já é expectável, ela é compreendida e tolerada, o que leva a supor que a restante violência não é tolerada por não ser esperado esse comportamento. As políticas de tolerância zero têm de ter em conta os comportamentos violentos provocados por utentes e acompanhantes que não possuam capacidade de compreender o que está a acontecer e de controlar os seus atos.

Uma perspetiva diferente tem Silva (2013) que fala de uma visão unilateral, para a desculpabilização do enfermeiro e da equipa de enfermagem, num trabalho onde nenhuma enfermeira entrevistada associou o episódio agressivo à sua interação, desculpabilizando a agressividade com fatores associados ao serviço e à patologia. “O peso da agressividade é colocado sobre o outro, talvez surgindo como uma forma do enfermeiro se proteger intuitivamente de um sofrimento maior do que a própria agressividade sentida, ou talvez fruto de uma prática profissional pouco reflexiva” (Silva, 2013, p.51).

2.7 - Procedimentos em Situações de Agressão e Denúncia

“A violência contra profissionais de saúde constitui crime, que assume natureza pública (“crime público”) quando praticado contra funcionário público ou profissional encarregado de serviço público, sendo a violência exercida no exercício de funções ou por causa delas”. (DGS, 2014, p.200)

No momento da agressão a vítima de violência deve solicitar a presença de terceiro, como defesa e prevenção de prova, preferencialmente de outro profissional de saúde ou elemento de segurança, e posteriormente informar os seus superiores para que tenham conhecimento do sucedido e levem a cabo medidas preventivas.

O Procedimento jurídico da vítima de violência numa instituição de saúde segundo a orientação transmitida pela (DGS, 2015a), depende da natureza do crime se é público, semipúblico ou particular na terminologia jurídica:

Crime público - No âmbito do crime de violação à integridade física grave/qualificada ou coação o Ministério Público (MP) desencadeia oficiosamente o procedimento criminal e exerce em plena autonomia a ação penal, não sendo assim necessária queixa ou acusação particular por parte da vítima.” A ofensa à integridade física grave e ofensa à integridade física qualificada são crimes públicos” (DGS, 2015b, p 2)

Crime semipúblico - Nos casos de difamação, de violação á integridade física simples, de injúria e de ameaça a vítima tem de apresentar queixa para que o MP possa dar início ao processo criminal. Se a vítima não apresentar queixa não é possível a instauração de um processo.

Crime privado ou particular - Na presença de crimes de difamação, injúria discriminação, ameaça/agressão verbal, pressão moral e o assédio sexual, é necessário que as vítimas apresentem queixa e deduzam posteriormente acusação particular para que o processo possa prosseguir. Se a vítima não apresentar queixa não é possível a instauração de um processo. “A discriminação, a ameaça/agressão verbal, pressão moral e o assédio sexual constituem crimes particulares” (DGS,2015b, p 2)

Quando os profissionais de saúde são vítimas de violência, o procedimento segundo recomendação da DGS, relatório de 2015, deverá ser:

- ✓ a notificação imediata on-line, integrado no Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NotifiQ@),
- ✓ comunicação por escrito ao superior hierárquico, com identificação de testemunhas

- ✓ Denúncia junto da Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, ou Polícia Judiciária.
- ✓ Poderá ser apresentada denúncia diretamente junto do Ministério Público, no respetivo tribunal da comarca.

A queixa deve ser apresentada no MP, na Polícia de Segurança Pública ou Guarda Nacional Republicana, no caso de violação á integridade física a queixa pode ser apresentada na Polícia Judiciária e no Sistema de Queixa Eletrónica em <https://queixaseletronicas.mai.gov.pt/sqe.aspx?l=PT>

2.8 - Aspetos éticos e deontológicos

A deontologia a que os enfermeiros se encontram vinculados para exercício da sua profissão têm como fonte:

- Os direitos humanos
- Direitos dos utentes
- Princípios éticos da enfermagem

Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro,

Artigo 99.º Princípios gerais

1 - As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

2 - São valores universais a observar na relação profissional:

- a) A igualdade;
- b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- c) A verdade e a justiça;
- d) O altruísmo e a solidariedade;
- e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.

3 - São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

- a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;
- c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Artigo104.º Direito ao cuidado

- b) Orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência
- c) Respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde

Artigo109.º Da excelência do exercício

- a) “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”
- d) “Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados”

Artigo111.º Deveres para com a profissão

- a) “Manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão”

É frequente ouvir-se na comunicação social que os utentes e a população em geral têm direitos, mas deveria ser igualmente disseminado que o direito á não violência se encontra consagrado na Constituição da República Portuguesa (CRP), no princípio da igualdade, e tal como todos os cidadãos, os enfermeiros têm o direito de resistência e o direito á integridade física e moral.

Os enfermeiros têm deveres e também têm direitos como profissionais e como cidadãos.

Têm o dever de preservar e defender os direitos dos seus clientes a cuidados de saúde adequados ás suas necessidades, têm igualmente o direito de usufruir de condições de trabalho que permitam o seu exercício profissional, de acordo com as leis vigentes, num clima de segurança pessoal, livre de maus tratos, violência, ameaças ou intimidações. (OE,2009. p.1)

O Conselho Jurisdicional da OE, emitiu o parecer 50/2016 sobre o “Recusa de cuidados a utentes agressivos ou Agressão a Enfermeiros”, analisando as Possibilidades de Recusa do Enfermeiro na Prestação de Cuidados, em que se pode ler:

A recusa de qualquer intervenção de enfermagem será legítima e encontra fundamento quando se alicerça em princípios científicos, na recusa consciente do próprio cliente, na falta de condições mínimas para uma prática segura, (por exemplo no domínio de competências próprias para a

realização de uma determinada intervenção), por existir ameaça à integridade física e psíquica do enfermeiro por parte de um cliente que não corre grave risco de vida, ou na objeção de consciência. (OE, 2016, p.3).

De salvaguardar que o direito ao cuidado deverá ser sempre assegurado, nos termos do artigo 104º do Estatuto da OE.

O direito ao cuidado deverá estar sempre assegurado. A eventual recusa de cuidados ou a objeção de consciência por parte do enfermeiro, não pode conflitar com o legítimo “(...) direito ao cuidado (...)” por parte do cliente, o qual deverá ser sempre salvaguardado e assegurado, pelo que em nenhuma circunstância é lícito privar o cliente de cuidados. (OE, 2016.p.2).

O enfermeiro deverá ter sempre uma atitude de ensino e aconselhamento, cumprir com o dever de informação. Quando a sensibilização não é possível, deve encaminhar o utente para outro profissional, assegurando o direito ao cuidado. O parecer 99/2009 conclui que:

O enfermeiro ao ser desrespeitado na sua dignidade tem o direito de recusar a prestação de cuidados ao autor de tais atos, desde que praticados por clientes consciente e desde que tal recusa não coloque em risco a vida e a integridade física dos clientes; o enfermeiro deverá, simultaneamente, diligenciar para que a pessoa não fique sem cuidados, comunicando pelas vias competentes e em tempo útil a sua decisão, salvaguardando que a intervenção do enfermeiro (de ação ou recusa) depende, das circunstâncias concretas de cada caso. (OE, 2009, p.2)

O regulamento do direito de acompanhamento dos utentes do SU do Serviço Nacional de Saúde, Lei nº 33/2009 de 14 de julho, reconhece e garante a todo o cidadão admitido num SU o direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e o dever de ser informado desse direito na admissão pelo serviço, e os serviços não podem impedir o seu acompanhamento exceto quando o profissional de saúde responsável pela execução do exame, técnica ou tratamento, informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

Artigo 4.º Direitos e deveres do acompanhante:

1 – “O acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente, nas diferentes fases do atendimento, com as exceções seguintes:

- a) Indicação expressa em contrário do doente;
- b) Matéria reservada por segredo clínico.

2 – O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço”.

3 - No caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do SU, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante nos termos do artigo 2º”.

Comeskey (2016) refere que é provável que permaneçamos em conflito entre o nosso dever de prestar cuidados como profissionais perante um comportamento desafiador e o nosso direito a sermos respeitados como profissionais de saúde e como cidadãos de uma comunidade, mas que entre outras coisas podemos defender adequadamente uma política de “tolerância zero” á violencia no local de trabalho.

Nas investigações encontradas, há um apelo á “tolerância zero” para a violência contra os profissionais de saúde, no entanto no trabalho de Copeland & Henry (2017) há uma reflexão sobre a “tolerância zero” no sentido ético em que um departamento de emergência não pode recusar tratamento ás pessoas que necessitam de atenção médica, não se podendo afastar os utentes, mesmo que o seu comportamento esteja fora de controle, e define tolerância como: “Disposição para aceitar sentimentos, hábitos ou crenças diferentes das suas. Capacidade de aceitar, experimentar ou sobreviver a algo prejudicial ou desagradável. Capacidade do seu corpo para se adaptar a algo” (Copeland & Henry, 2017). Nesse trabalho é referido que as políticas de “tolerância zeros” não podem ter grande impacto na diminuição da violência com origem no utente, mas pode afetar a violência causada por acompanhantes, familiares, ou visitantes que podem ser afastados do interior do hospital, em que pode haver a colaboração da polícia com os profissionais de saúde para forçar a saída desses visitantes agressores.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

3- Metodologia

O enquadramento teórico permitiu criar as bases para o desenvolvimento empírico da presente investigação científica e contextualizar a problemática em estudo. Agora é fundamental descrever o percurso da investigação, bem como a análise e interpretação dos dados colhidos.

Assim, o capítulo seguinte corresponde à fase metodológica que é um aspeto essencial em qualquer processo de investigação, uma vez que serve de “guia” para o desenvolvimento da pesquisa. Iremos descrever o modo como a investigação se desenvolveu bem como as atividades conducentes à realização da mesma, nomeadamente colocar as questões de investigação e os objetivos, as variáveis a população e amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos efetuados.

3.1. - Questões de investigação e objetivos

A relevância da investigação sobre a violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho surge da nossa inquietação enquanto enfermeira que trabalha num serviço de urgência polivalente. Esta inquietação levou à pergunta de partida para esta investigação: Qual a realidade da violência percebida pelos profissionais de saúde nos serviços de urgência dos hospitais da região do Algarve?

Com esta questão geral de partida surgiram outras questões às quais procuraremos dar resposta:

Nos serviços de urgência em estudo existe este fenómeno da violência?

- Qual o tipo de violência exercida sobre os profissionais de saúde?
- Haverá alguns fatores que contribuem para a existência da violência?
- Quais as características do agente agressor?
- Qual o grupo de profissionais que sofrem mais atos de violência?
- Quais as consequências da violência nos profissionais de saúde?
- Os atos de violências são reportados à administração da instituição?

Como já referimos na introdução, pretendemos com o presente trabalho apresentar reflexões para uma melhor compreensão do fenómeno, contribuir para a sua visibilidade, caracterizar os fatores com ele relacionados e procurar dar pistas para a prevenção da

violência bem como o desenvolvimento de ações apropriadas em caso de atos de violência nomeadamente com a criação de protocolos para esse efeito.

Para responder às questões de investigação traçamos alguns objetivos. Fortin (2009) indica que o objetivo de um estudo é responder aos porquês de uma investigação. De acordo com este entendimento os objetivos orientam-nos na investigação e são definidos por sua relevância tendo presente os aspetos abordados na fundamentação teórica.

Esta investigação tem como objetivo geral caracterizar a violência percebida pelos profissionais de saúde no serviço de urgência, bem como os fatores associados.

Pretendemos perceber qual a perceção dos profissionais de saúde num contexto de serviço de urgências e traçamos ainda alguns objetivos específicos:

- Determinar a frequência de violência contra os profissionais de saúde num serviço e urgência;
- Identificar as características (tipos) da violência exercida;
- Explorar os fatores circunstanciais do episódio de violência.
- Relacionar a violência exercida com as características sociodemográficas do agressor
- Identificar os grupos de profissionais vítimas de violência
- Identificar a existência de consequências da violência nos profissionais de saúde
- Identificar os relatos escritos de violência que são reportados junto da administração.

3.2 - Tipo de estudo

Considerando os pressupostos teóricos e os objetivos pretendidos realizamos um estudo transversal, retrospectivo, de carácter exploratório-descritivo, quantitativo e correlacional.

Procura-se explorar/descrever um fenómeno ou população. Estes estudos fornecem uma descrição e caracterização dos objetos de estudo na nossa investigação.

A opção metodológica terá uma abordagem quantitativa pois permite colher dados observáveis e quantificáveis sobre os aspetos abordados e presentes no instrumento de colheita de dados, possibilitando a sua classificação, comparação e análise dos dados distribuídos por variáveis quantificáveis.

A manipulação das variáveis não é considerada nesta investigação e por isso é considerada não experimental. Consideramos como correlacional pois pretendemos medir o

nível e o sentido da relação entre algumas das variáveis independentes com a violência praticada contra os profissionais de saúde no SU.

3.3 - Variáveis

O investigador deve definir as variáveis especificando o modo como a variável será observada e mensurada na pesquisa a desenvolver.

Neste estudo, para a seleção de variáveis tivemos em conta a pesquisa bibliográfica, assim como a experiência pessoal e profissional. A **variável dependente** na presente investigação é a violência praticada contra os profissionais de saúde.

As **variáveis independentes** são as variáveis sociodemográficas dos envolvidos (profissionais, utentes, familiares) no fenómeno da violência. Procuraremos recolher dados relacionados com a idade e género, categoria profissional, anos de experiência no serviço, habilitações literárias/académicas, frequência da violência, vínculo com a instituição, estado civil, grupo profissional, tipo de violência, circunstâncias em que ocorreu, características do agressor, consequências para a vítima, tipo de notificação do ato de violência, tipo de dano causado.

Estas variáveis servem para caracterizar a amostra e avaliar a sua interferência na variável dependente.

3.4 - População e amostra

Para Fortin (2009, p.311), a população é “(...) um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra é “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa desta população, ou seja, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população”.

Apesar das equipas de profissionais do SU serem equipas multidisciplinares constituídas por profissionais de áreas distintas como os assistentes técnicos, e operacionais, médicos, assistentes sociais, psicólogo, técnicos de diagnóstico e terapêutica, vigilantes, voluntários, entre muitos outros profissionais essenciais ao pleno funcionamento do serviço, a população do nosso estudo são os profissionais de saúde do SU do Centro Hospitalar do Algarve.

De acordo com definição da DGS, os profissionais de saúde são os indivíduos envolvidos diretamente na prestação de cuidados de saúde, mas neste estudo optamos por

englobar também os prestadores de cuidados indiretos, como assistentes técnicos para perceber se esses profissionais também indicam serem vítimas de violência já que na revisão bibliográfica há referencia para os utentes serem mais violentos com os primeiros profissionais que encontram, e os assistentes técnicos são na entrada do serviço quem representa a instituição, recebe a queixa do utente e o inscreve.

Neste estudo foram incluídos os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos e indiretos nos SU das 3 unidades do Centro Hospitalar do Algarve:

Urgência da Unidade de Faro, que engloba os SUB de Albufeira, Loulé e VRSA

Urgência da Unidade de Portimão

Urgência da Unidade de Lagos

Os grupos profissionais são os Assistentes operacionais, Assistentes técnicos, Enfermeiros, Médicos e médicos em formação, Técnicos de diagnóstico e terapêutica e Técnicos superior de saúde. Como critério de inclusão serão os profissionais de saúde que exercem funções e permaneçam nos espaços físicos dos serviços de urgência, excluindo as especialidades que não permanecem nem se deslocam ao espaço físico da urgência durante a recolha de dados na urgência, nem os técnicos de diagnóstico que realizam exames no espaço exterior ao espaço físico do SU.

O total de profissionais de saúde, ou seja, a população que pretendemos estudar, caracteriza-se pela população mensurável pelas escalas de trabalho dos respetivos serviços. A população de médicos com critérios para participarem na colheita de dados é incerta, porque só as especialidades de medicina, cirurgia e ortopedia têm presença física no espaço da urgência, as restantes especialidades deslocam-se ao serviço quando solicitadas. E o número de profissionais médicos diariamente oscila entre o mínimo para manter o atendimento, e os dias em que estão no serviço internos dos vários anos e especialidades. O quadro 1 representa o total da população dos assistentes operacionais e técnicos, os enfermeiros de todos os SU do CHA, sendo que a população médica, por serem profissionais que não pertencem ao serviço, podem pertencer ou não à instituição, ou virem assegurar esporadicamente alguma especialidade. A população deste grupo profissional foi obtida pelo número de profissionais necessários ao normal funcionamento do serviço durante as 24 horas.

Quadro 1 – População mensurável pela escala de trabalho

Serviços de urgência	Faro	VRSA	Albufeira	Loulé	Portimão	Lagos	Total
Profissionais de saúde							
Assistente Operacional	32	7	6	5	20	7	77
Assistente Técnico	25	5	7	6	16	6	65
Enfermeiros	81	14	18	16	60	23	212
Médico/outros*	13	2	2	2	9	2	30
Total	151	28	33	29	105	38	384

*número de profissionais necessários para assegurar o normal funcionamento do serviço durante as 24 horas

Optámos por uma amostra não probabilística, ou seja, nem todos os elementos da população têm a mesma possibilidade de serem escolhidos para integrar a amostra. A nossa amostra inclui os profissionais de saúde a exercer funções em todos os SU do CHA, nos dias da colheita de dados e o número de participantes não foi previamente definido, sendo o número máximo de participantes composta pela população de enfermeiros, de assistentes operacionais e assistentes técnicos, referidos na tabela 1.

Os técnicos de diagnóstico e terapêutica, e os Técnicos superiores de saúde foram designados por “outros” por serem um grupo profissional com poucos profissionais na amostra. Foram englobados no grupo profissional dos médicos por serem profissionais que contactam com os utentes numa fase posterior à admissão e ao primeiro impacto da entrada do utente, têm uma abordagem posterior à consulta.

Do grupo profissional dos médicos, incluindo os médicos em formação/internos, espera-se obter uma amostra superior ao número apresentado no quadro, porque a população de médicos referida no quadro anterior é o número necessário de médicos para o funcionamento normal dos SU num período de 24 horas, e os questionários foram disponibilizados em todos os SU por mais de 24 horas.

O SU da unidade de Faro por ser o serviço com maior população, com maior fluxo de atendimento à população, e mais diversidade de meios, foi o serviço onde se pretendeu obter uma amostra maior da população, e pela proximidade de deslocação para colheita de dados pessoalmente em dias e turnos diferentes. Nos restantes SU os questionários ficaram entregues à responsabilidade da equipa de enfermagem que os distribuiu e recolheu pelos restantes profissionais.

3.5 - Instrumento de recolha de dados

Depois de identificado o problema, colocadas as questões de investigação, definidos os objetivos e as variáveis bem como a população, apresentamos o instrumento de recolha de dados.

Tendo presentes os objetivos utilizamos como instrumento de colheita de dados a aplicação de um questionário anónimo e confidencial (Anexo I) pois permite obtenção de dados de forma simples, podendo ser usado num grande número de pessoas, num curto período de tempo e implicando poucos recursos humanos na distribuição e recolha.

O nosso questionário contém 20 perguntas fechadas, adaptado do questionário da Gestão de Risco, em uso no CHA, e do questionário on-line da DGS para notificação da VCPSLT, com introdução de variáveis que pretendemos estudar e referidas na pesquisa bibliográfica, que serviram para a caracterização sociodemográfica, profissional e para identificar e caracterizar o fenómeno da violência contra os profissionais de saúde, e exclusão de outras variáveis que não se relacionavam com este estudo.

As 8 primeiras perguntas têm como objetivo a caracterização sociodemográfica da amostra, correspondendo às variáveis independentes do estudo. São perguntas só com uma opção de resposta.

A pergunta número 9 procura saber se o profissional foi ou não vítima de violência no local de trabalho. O facto do profissional, responder que nunca teve nenhum incidente em que se considerasse ser vítima de qualquer tipo de violência, leva a que esse questionário esteja preenchido na totalidade, porque essa é a sua perceção.

As restantes 11 perguntas caracterizam a violência que o profissional percecionou ter sofrido, se o profissional considera ter sido vítima de um ou mais episódios de violência, identificam-se as variáveis que caracterizam o agressor, ou agressores, tentando perceber quais os espaços físicos considerados mais propícios para comportamento violento e quais os tipos de violência que o profissional considera ser vítima. Procuramos saber se considerou importante notificar alguém ou pedir ajuda e quais as consequências desses episódios de violência.

A pergunta 13 – “Frequência da violência nos últimos 6 meses” foi a única que limitou a resposta do profissional num espaço de tempo.

3.6 - Procedimentos

Para a realização do estudo foi encaminhado o processo para o centro de formação e investigação do CHUA no dia 25 de setembro, onde nos foram solicitados os seguintes documentos: (Anexo II)

Pedido de Autorização à Enfermeira Diretora;

Pedido de Autorização à Presidente do Conselho de Administração;

Projeto de Investigação, detalhando todos os processos de recolha de dados;

Instrumento final de Recolha de Dados;

Consentimento Livre e Informado para os participantes;

Pedido de Parecer à Comissão de Ética para a Saúde do CHUA;

Currículo vitae da Investigadora;

Declaração de Orientação Pedagógica;

Comprovativo de inscrição da investigadora em curso académico

Os participantes foram informados dos objetivos e convidados a colaborar respondendo ao questionário. Foi garantido o anonimato dos profissionais que participaram e a confidencialidade. Foi divulgado pelo investigador o assunto em estudo, os objetivos, e dada a liberdade aos profissionais de participarem ou não no preenchimento dos questionários, assim como o poderem reter os questionários e devolverem outro dia, explicada a necessidade de separar os consentimentos informados dos questionários preenchidos para manter o anonimato. Os profissionais que participaram não tiveram qualquer contrapartida remuneratória em bens ou dinheiro. Os questionários foram numerados aleatoriamente de 0 a 263.

Os questionários foram distribuídos do seguinte modo:

Urgência de Faro, colheita de dados diretamente pelo investigador, que se deslocou pessoalmente ao serviço nos turnos da manhã, tarde e noite, nos dias 12 a 17 de novembro inclusive. Com a devolução de 172 questionários preenchidos, e o mesmo número de consentimentos informados.

SUB de Albufeira e Loulé entrega presencial pelo investigador, dos questionários ao enfermeiro responsável de turno no dia 15 de novembro. Os questionários ficaram na posse da equipa de enfermagem, e recolha presencial dos mesmos no dia 18 de novembro. Com a devolução de 17 questionários preenchidos em Albufeira e de 8 questionários preenchidos em Loulé, com mesmo número de consentimentos informados.

SUB de VRSA envio dos questionários ao cuidado do enfermeiro responsável de turno na manhã de 24 de novembro, devolvidos pela enfermeira chefe do serviço no dia 27 de novembro em envelope fechado. Com a devolução de 17 questionários preenchidos.

Urgência de Portimão, entrega presencial dos questionários ao enfermeiro responsável por turno no dia 24 de novembro com colheita de dados dos profissionais de serviço nesse turno. Os questionários ficaram na posse da equipa de enfermagem do serviço, e recolha pessoalmente no dia 26 de novembro dos questionários que foram

entregues á equipa de enfermagem, não tendo sido possível obter alguns questionários dos assistentes administrativos por ser domingo, e se encontrarem no gabinete da chefe. Com a devolução total de 38 questionários preenchidos.

Urgência de Lagos, entrega dos questionários presencialmente, no dia 26 de novembro, ao enfermeiro responsável por turno, ficaram na posse da equipa de enfermagem e foram devolvidos por expediente pelo chefe de equipa de enfermagem da SUB de Lagos, dirigido ao enfermeiro chefe do SU do Hospital de Faro, no dia 28 de dezembro. Com a devolução de 11 questionários preenchidos.

As pesquisas nos sites oficiais da OE, e DGS realizaram-se em julho e agosto de 2017, com consulta da legislação e normas em vigor referente ao tema violência contra profissionais de saúde ou enfermeiros.

Na elaboração do presente trabalho atendeu-se ainda às considerações éticas tentando transmitir fielmente o estado da arte, respeitando os enunciados da literatura disponível, bem como, os seus autores, e no caso de citação de experiências advindas da prática vivenciada no local de trabalho, manter o anonimato dos utentes e familiares mencionados.

3.7 - Tratamento estatístico

Após a colheita de dados, efetuamos uma visualização a todos os questionários, e eliminamos a pergunta que se referia á idade do agressor na caracterização do agressor, porque muitos questionários tinham esse espaço em branco, e foi manifestado pelos participantes que as idades eram muito variadas e múltiplas que não conseguiam referir-se a um único valor.

Os questionários da SUB de VRSA, Loulé e Albufeira foram introduzidos no sistema SPSS como sendo da unidade de Faro, por estas unidades serem geridas pela unidade de Faro.

Foi efetuada uma base de dados e após recolha foram introduzidos os dados e foi efetuado o tratamento estatístico dos mesmos utilizando o programa Stastical Package Social Science 21.0 para o Windows e Word Microsoft.

Para dados recolhidos da nossa pesquisa, recorreremos à estatística descritiva e à estatística analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas (N) e percentuais (%) de todas as variáveis pesquisadas no questionário, medidas de tendência central como médias e o valor residual entre as variáveis.

“Os valores residuais serão positivos sempre que o valor observado for maior do que o valor esperado e negativos quando o valor observado for menor que o valor do que o valor esperado. As categorias que mais contribuem para explicar a relação existente, apresentam resíduos inferiores a -1,96 ou superiores a +1,96.” (Pestana & Gageiro, 2003, p 140)

4 - Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados neste estudo, provêm de uma análise descritiva dos dados obtidos, após tratamento estatístico.

“Os estudos descritivos correlacionais têm por objetivo explorar relações entre variáveis. Na sua interpretação, o investigador considera o quadro concetual ou teórico” (Fortin, 2009, p.479).

Tem por finalidade descrever as características principais dos participantes, do espaço físico da agressão e do agressor. Permitem examinar a distribuição dos valores das variáveis, e explorar relações entre as variáveis.

“Na interpretação dos resultados, o investigador deve somente descrever as relações entre as variáveis e não se ocupar a fazer predições nem estabelecer relações de causalidade” (Fortin, 2009, p.480).

4.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Participaram 263 profissionais de saúde, sendo 173 do sexo feminino (65,8%) e 90 do sexo masculino (34,2%).

Pela análise da tabela 1, podemos constatar que o grupo etário mais representativo possui idade superior ou igual a 41 anos, que corresponde a 36,1% dos profissionais, seguido de 35% dos profissionais com idades entre os 31 e 40 anos.

Com valores semelhantes verificamos que 36,6% dos profissionais trabalha há 10 anos ou mais, correspondendo a 96 profissionais. A maioria com 92% têm vínculo com a instituição. Quanto ao estado civil a maioria com 56,7% não vive com companheiro.

O grupo profissional com uma amostra mais significativa são os enfermeiros (4,1%) e prevalece o género feminino com 46,2%. O grupo dos médicos e outros é o segundo grupo mais representado (31,2%) e prevalece o género masculino com 43,3%.

Os valores residuais indicam que existe relação entre as variáveis, sexo feminino e ser profissional de enfermagem, com um valor residual de 2,4, e entre o sexo masculino e ser profissional de medicina/outros, com um valor residual de 3,1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Caraterização	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Grupo etário										
≤ 30	26	28,9	50	28,9	76	28,9	0,0	0,0		
31-40	29	32,2	63	32,6	92	35,0	-0,7	0,7		
≥ 41	35	38,9	60	34,7	95	36,1	0,7	-0,7		
Anos de profissão										
≤ 2	30	33,3	53	30,6	83	31,6	0,4	-0,4		
3-9	27	30,0	57	32,9	84	31,9	-0,5	0,5		
≥ 10	33	36,7	63	36,4	96	36,5	-	-		
Local de trabalho										
Faro	77	85,6	137	79,2	214	81,1	1,3	-1,3		
Portimão	8	8,9	30	17,3	38	14,4	-1,8	1,8		
Lagos	5	5,6	6	3,5	11	4,2	0,8	-0,8		
Habilitações literárias/académicas										
Ensino secundário	20	22,2	41	23,7	61	23,2	-,3	0,3		
Ensino superior	70	77,8	132	76,3	202	76,8	0,3	-,3		
Vínculo com a instituição										
Sem vínculo	11	12,2	10	5,8	21	8,0	1,8	-1,8		
Com vínculo	79	87,8	163	94,2	242	92,0	-1,8	1,8		
Estado civil										
Sem companheiro	47	52,2	102	59,0	149	56,7	-1,0	1,0		
Com companheiro	43	47,8	71	41	114	43,3	1,0	-1,0		
Grupo profissional										
A. operacional	16	17,8	27	15,6	43	16,3	0,5	-0,5		
A. técnico	7	7,8	23	13,3	30	11,4	-1,3	1,3		
Enfermeiro	28	31,1	80	46,2	108	41,1	-2,4	2,4		
Médico/outros	39	43,3	43	24,9	82	31,2	3,1	-3,1		

4.5 - Caracterização e contexto da violência

Pela tabela 2 verificamos que a maioria dos profissionais (64,3%), de ambos os sexos assinalaram serem vítimas de violência e os restantes 35,7%, assinalaram nunca terem tido um incidente relacionado com a violência no local de trabalho.

Dos profissionais que assinalaram serem vítimas, 60% são do género masculino e 66,5% do género feminino, com um valor residual inferior a 1,96 que quer dizer que não há evidencia de associação entre as duas variáveis.

Tabela 2 - Vítima de incidente de violência em função do género

Vítima	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Sim	54	60,0	115	66,5	169	64,3	-0,1	1,0		
Não	36	40,0	58	33,5	94	35,7	0,1	-0,1		
Total	90	100,0	173	100,0	263	100,0				

Na tabela 3 podemos verificar que com exceção do grupo dos médicos/outros em que um pouco menos de 50% sofreu violência (48,8%), em todos os outros grupos a maioria já sofreu atos de violência.

Os enfermeiros foram o grupo mais representativo com 108 profissionais, correspondendo a 41,1% do total dos profissionais. Entre os enfermeiros, 73,1% referiu já ter sofrido incidentes de violência. No total dos grupos profissionais, 64,3% são vítimas de violência e 35,7% não são vítimas de violência.

Tabela 3 – Vítima de incidente de violência em função do grupo profissional

Grupo Vítima	A. Operacional		A. Técnico		Enfermeiro		Médico/outro		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	24	55,8	26	86,7	79	73,1	40	46,8	169	64,3
Não	19	44,2	4	13,3	29	26,9	42	51,2	94	35,7
Total	43	100,0	30	100,0	108	100,0	82	100,0	262	100,0

Notificação da Violência

Como se pode observar na tabela 4, a maioria dos profissionais, 67,5%, não notificaram a ocorrência do incidente. Quando analisados por género, 70,4% dos homens, não notificaram e 66,1% das mulheres também não notificaram. Com valores residuais inferiores a 1,96 o que quer dizer que não há evidencia de associação entre as variáveis.

Tabela 4 – Notificou por escrito a ocorrência do incidente em função do género.

Género Notificou	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Sim	16	29,6	39	33,9	55	32,5	-0,6	0,6
Não	38	70,4	76	66,1	114	67,5	0,6	-0,6
Total	54	100,0	115	100,0	169	100,0	-	-

De acordo com a tabela 5, dos 55 profissionais que notificaram a ocorrência do incidente, 67,3% notificaram o superior hierárquico. A 2ª opção mais escolhida foi o registo no diário do doente (38,2%) seguido de queixa na PSP/GNR. A opção menos referida foram as notificações online da página da DGS, em que apenas dois profissionais do género feminino assinalaram essa opção.

Tabela 5 – A quem notificou, em função do género

Notificou	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Superior hierárquico	9	56,3	28	71,8	37	67,3	-1,1	1,1		
Administração da instituição	4	25,0	6	15,4	10	18,2	0,8	-0,8		
DGS (notificações online)	-	0,0	2	5,1	2	3,6	-0,9	0,9		
Queixa na PSP/GNR	5	31,3	9	23,1	14	25,5	0,6	-0,6		
Registos no diário do doente	7	43,8	14	35,9	21	38,2	0,5	-0,5		

Procuramos saber quem teve conhecimento do episódio de violência e pela tabela 6, verificamos que a opção “outros funcionários” foi a opção mais assinalada por 133 profissionais que corresponde a 78,7%. A opção “utentes e acompanhantes” como tendo conhecimento do incidente violento foi assinalada por 45% dos profissionais. O “chefe de equipa”, foi a opção menos assinalada com 34,9%. Não há evidência de associação entre as variáveis “Quem teve conhecimento da agressão” e o género dos profissionais.

Tabela 6 – Conhecimento do incidente, em função do género

Quem teve conhecimento	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Vítima e agressor	28	51,9	44	38,3	72	42,6	1,7	-1,7		
Outros funcionários	40	74,1	93	80,9	133	78,7	-1,1	1,1		
Utentes e acompanhantes	25	46,3	51	44,3	76	45,0	0,2	-0,2		
chefe de equipa	18	33,3	41	35,7	59	34,9	-0,3	0,3		

Tipo de Violência e género

Na tabela 7 referente ao tipo de violência, em função do género, a violência verbal é a opção mais assinalada por ambos os profissionais, com 94,1% a consideram sofrer violência verbal, seguida de 34,9% dos profissionais que consideraram sofrer violência física. O “dano contra bens da instituição” foi a terceira opção assinalada por 18,3% dos profissionais, nenhum profissional assinalou abuso sexual/violação, um homem e 7 mulheres assinalaram “assédio sexual”, que corresponde a 1,9% dos homens e 6,1% das mulheres.

A violência moral ou mobbing, foi apenas assinalada por 10,1% dos profissionais. Do total de 17 sinalizações, 14 foram referidas por elementos do género feminino. Pelos valores residuais encontrados não há evidência de associação entre as variáveis.

Tabela 7 – Tipo de violência, em função do gênero

Tipo de violência	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Física	19	35,2	40	34,8	59	34,9	0,1	-0,1
Verbal	51	94,4	108	93,9	159	94,1	0,1	-0,1
Ameaça com objeto	8	14,8	15	13,0	23	13,6	0,3	-0,3
Ameaça com arma branca	3	5,6	2	1,7	5	3,0	1,4	-1,4
Ameaça de morte	6	11,1	11	9,6	17	10,1	0,3	-0,3
Dano contra bens da instituição	11	20,4	20	17,4	31	18,3	0,5	-0,5
Contra propriedade pessoal	2	3,7	3	2,6	5	3,0	0,4	-0,4
Assédio moral/mobing	3	5,6	14	12,2	17	10,1	-1,3	1,3
Assédio sexual	1	1,9	7	6,1	8	4,7	-1,2	1,2
Abuso sexual/violação	-	0,0	-	0,0	-	0,0		

Violência e grupo profissional

A tabela 8 que relaciona a variável tipo de violência com o grupo profissional, mostra-nos que também por grupos a violência verbal foi a opção mais selecionada por todos os grupos profissionais, em que 100% dos assistentes técnicos, prestadores de cuidados indiretos, assinalaram esse tipo de violência, seguem-se os médicos (95,0%), os enfermeiros (94,9%) e os assistentes operacionais (83,3%).

O segundo tipo de violência mais assinalado já depende do grupo profissional, sendo a violência física assinalada por 66,7% dos assistentes operacionais, 40,5% dos enfermeiros, e 20% dos médicos. Para os assistentes a 2ª opção mais assinalada foi a ameaça com objeto (26,9%) e só depois vem a violência física com 11,5%, igualando com a opção ameaça de morte. Os assistentes operacionais com 20,8% e os enfermeiros com 25,3% assinalaram a violência contra bens da instituição como 3º tipo de violência mais sofrida. Os médicos referiram com 15% a ameaça com objeto.

Nenhum profissional assinalou a opção “abuso sexual/violação”, mas os médicos além dessa, não sofrem agressões com arma branca. Os assistentes operacionais, não são vítimas de ameaça com arma branca, não sofreram ameaça de morte, nem violência contra propriedade pessoal.

No grupo, assistentes operacionais, aparece o valor residual de 3,5 na variável violência física, o que quer dizer que há associação entre a agressão física e esta classe profissional. O mesmo se verifica com os assistentes técnicos no que respeita à agressão por ameaça com objeto. No grupo profissional dos enfermeiros o valor residual de 2,2 na variável violência contra bens da instituição e o valor de 2,1 para assédio moral/mobbing, significa que estes profissionais presenciam e vivenciam mais este tipo de violência.

Tabela 8 – Tipo de violência, em função do grupo profissional

Tipo de violência	Gênero	A. Operacional		A. Técnico		Enfermeiro		Médico		Total		Residuais			
		nº	%	nº	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
Física		16	66,7	3	11,5	32	40,5	8	20,0	59	34,9	3,5	-2,7	1,4	-2,3
Verbal		20	83,3	26	100,0	75	94,9	38	95,0	159	94,1	-2,4	1,4	0,4	0,3
Ameaça com objeto		4	16,7	7	26,9	6	7,6	6	15,0	23	13,6	0,5	2,2	-2,1	0,3
Arma branca		-	0,0	2	7,7	3	3,8	-	0,0	5	3,0	-0,9	1,5	0,6	-1,3
Ameaça de morte		-	0,0	3	11,5	11	13,9	3	7,5	17	10,1	-1,8	0,3	1,6	-0,6
Contra bens instituição		5	20,8	2	7,7	20	25,3	4	10,0	31	18,3	0,3	-1,5	2,2	-1,6
Propriedade pessoal		-	0,0	1	4,0	3	3,8	1	2,5	5	3,0	-0,9	0,3	0,6	-0,2
Assédio moral/mobing		1	4,2	1	3,8	12	15,2	3	7,5	17	10,1	-1,0	-1,1	2,1	-0,6
Assédio sexual		1	4,2	2	7,7	3	3,8	2	5,0	8	4,7	-0,1	0,8	-0,5	0,1
Abuso sexual/violação		-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-	-	-

Violência e habilitações literárias

A violência verbal é o tipo de violência mais referida nos dois grupos das habilitações literárias com valores superiores a 90%. O segundo tipo de violência mais assinalado foi a violência física, com 41,5% nos profissionais com ensino básico e 32,8% nos profissionais do ensino superior. No grupo do ensino básico o 3º tipo de violência mais assinalado, com 26,8% foi a ameaça com objeto enquanto que nos profissionais com ensino superior foi o dano contra bens da instituição com 18,8% seguido do assédio moral/mobbing com 12,5%.

Como já referido anteriormente, o tipo de violência abuso sexual/violação não foi selecionado por nenhum profissional.

Ao analisar a existência da associação significativa entre estas variáveis, encontramos nos profissionais com ensino básico um valor positivo significativo de 2,8 para ameaça com objeto e um valor significativo com residuais de 1,9 para os profissionais com curso superior no respeitante a assédio moral/mobbing.

Tabela 9 – Tipo de violência, em função das habilitações literárias

Tipo de violência	Habilitações	Básico		Superior		Total		Residuais	
		nº	%	nº	%	nº	%	Basic	Sup.
Física		17	41,5	42	32,8	59	34,9	1,0	-1,0
Verbal		37	90,2	122	95,3	159	94,1	-1,2	1,2
Ameaça com objeto		11	26,8	12	9,4	23	13,6	2,8	-2,8
Ameaça com arma branca		2	4,9	3	2,3	5	3,0	0,8	-0,8
Ameaça de morte		3	7,3	14	10,9	17	10,1	-0,7	0,7
Dano contra bens da instituição		7	17,1	24	18,8	31	18,3	-0,2	0,2
Contra propriedade pessoal		-	0,0	5	3,9	5	3,0	-1,3	1,3
Assédio moral/mobing		1	2,4	16	12,5	17	10,1	-1,9	1,9
Assédio sexual		2	4,9	6	4,7	8	4,7	1,0	-1,0
Abuso sexual/violação		-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-

Frequência da Violência

Na tabela 10 verificamos que para a maioria dos profissionais a violência é esporádica (57,4%). A opção menos escolhida é a violência contínua (10,1%). Há mais mulheres vítimas de violência contínua (13,9%)

Encontramos um valor residual significativo que relaciona a violência contínua e o género feminino, com um valor positivo de 2,4.

Tabela 10 – Frequência da violência, em função do género

Frequência	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Única	22	40,7	33	28,7	55	32,5	1,6	-1,6
Esporádica	31	57,4	66	57,4	97	57,4	-	-
Contínua	1	1,9	16	13,9	17	10,1	-2,4	2,4
Total	54	100,0	115	100,0	169	100,0	-	-

Período da violência

As horas com mais episódios de violência são das 16h às 24 horas, o correspondente ao turno da tarde, assinalado por 60,4% (ver tabela 11) O horário com menos episódios de violência foi o horário da noite com 26,6% referências. Os profissionais podiam assinalar mais do que um horário.

O valor residual positivo de 2,1 mostra que há evidência significativa de associação entre o turno da noite com mais violência nos profissionais do género masculino.

Tabela 11 – Turno com mais violência, em função do género

Turno (horas)	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
0-8	20	37,0	25	21,7	45	26,6	2,1	-2,1
8-16	14	25,9	37	32,2	51	30,2	-0,8	0,8
16-24	32	59,3	70	60,9	102	60,4	-0,2	0,2

Serviços e locais de violência

Pela tabela 12 verificamos que a maioria dos episódios de violência ocorreu em Faro (81,7%) seguido de Portimão com 14,8%.

Em Faro e Lagos os homens queixam-se de ser mais vítimas e em Portimão a percentagem de mulheres (16,5%) que se queixam de serem vítimas de violência é superior à dos homens (11,1%).

Tabela 12 - Unidades onde ocorreu o episódio de violência, em função do género

Género Notificou	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Faro	46	85,2	92	80,0	138	81,7	0,8	-0,8
Portimão	6	11,1	19	16,5	25	14,8	-0,9	0,9
Lagos	2	3,7	4	3,5	6	3,6	0,1	-0,1
Total	54	100,0	115	100,0	169	100,0	-	-

Pela observação da tabela 13, podemos constatar que globalmente no conjunto dos três serviços os episódios de violência acontecem no sector da decisão clínica (38,5%) e na triagem (36,1%). Na unidade de Faro o setor da decisão clínica / balcão 2 é o local onde ocorrem mais episódios de violência, assinalado por 40,6% dos profissionais.

O setor da triagem apresenta 35,5% dos episódios de violência em Faro, e em 3º lugar o setor do balcão 1/sala 5 e 6 das consultas com 24,6% dos episódios de violência, que é o setor dos consultórios médicos. O setor sala de reanimação não foi selecionado por nenhum profissional em Faro.

Na unidade de Portimão, os setores selecionados com mais episódios de violência são a admissão de doentes, a decisão clínica, e a sala de tratamentos, todos estes setores com 36%. Em 2º lugar aparece o sector da triagem com 32,0%. Os setores de ortopedia e pequena cirurgia não foram escolhidos por nenhum profissional.

Na unidade de Lagos, o setor assinalado com mais episódios de violência é a triagem com 66,7%, seguidos da sala de espera e pequena cirurgia com 50%.

Tabela 13 – Setor onde ocorreu violência, em função da unidade

Setor	Unidade	Faro		Portimão		Lagos		Total	
		nº	%	nº	%	N	%	n	%
Admissão		18	13,0	9	36,0	1	16,7	28	16,6
Triagem		49	35,5	8	32,0	4	66,7	61	36,1
Sala de espera		17	12,3	7	28,0	3	50,0	27	16,0
Balcão 1/Sala 5 e 6		34	24,6	5	20,0	2	33,3	41	24,3
Balcão 1 /Corredor /sala aerossol		21	15,2	6	24,0	2	33,3	29	17,2
Ortopedia		8	5,8	-	0,0	-	0,0	8	4,7
Pequena cirurgia		17	12,3	-	0,0	3	50,0	20	11,8
Decisão clínica		56	40,6	9	36,0	-	0,0	65	38,5
Sala de reanimação		-	0,0	1	4,0	-	0,0	1	0,6
UCISU/tratamentos		7	5,1	9	36,0	2	33,3	18	10,7

Tipo de dano e consequências

A análise da tabela 14, mostra-nos que o tipo de dano mais referido pelos profissionais é a perturbação emocional assinalada por 86,4%, seguindo-se a lesão física,

assinalada por 20,7%. Os Custos pessoais são opção menos assinalada com 5,3% dos profissionais.

Tabela 14 – Tipo de Dano, em função do género

Dano	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Lesão física	14	25,9	21	18,3	35	20,7	1,1	-1,1		
Perturbação emocional	45	83,3	101	87,8	146	86,4	-0,8	0,8		
Custos pessoais	3	5,6	6	5,2	9	5,3	0,1	-0,1		
Custos instituição	7	13,0	14	12,2	21	12,4	0,1	-0,1		

A maioria dos profissionais (42%) refere que o episódio de violência não teve consequências. Se o tipo de violência mais assinalado foi a violência verbal, e o tipo de dano mais assinalado foi a perturbação emocional, aqui verificamos que 42% dos profissionais referem que esse tipo de violência e esse dano não tiveram consequências.

De realçar ainda a irritabilidade com 39,6% e o desinteresse pela profissão com 23,7%.

As consequências “dano permanente” e necessidade de” atestado médico/ ausências ao serviço” apenas foram assinaladas pelo género feminino.

Tabela 15 – Consequências da violência, em função do género

Consequência	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Nenhuma	24	44,4	47	40,9	71	42,0	0,4	-0,4		
Observação/tratamento	3	5,6	10	8,7	13	7,7	-0,7	0,7		
Dano permanente	-	0,0	3	2,6	3	1,8	-1,2	1,2		
Medo de regressar	4	7,4	8	7,0	12	7,1	0,1	-0,1		
Incompetência e culpa	5	9,3	13	11,3	18	10,7	-0,4	0,4		
Atestado médico /ausência	-	0,0	3	2,6	3	1,8	-1,2	1,2		
Insónias/sonos curtos	4	7,4	10	8,7	14	8,3	-0,3	0,3		
Irritabilidade	20	37,0	47	40,9	67	39,6	-0,5	0,5		
Desinteresse pela profissão	14	25,9	26	22,6	40	23,7	0,5	-0,5		

Na tabela 16 apresentamos as consequências da violência em função dos 4 grupos profissionais. Verificamos que é nos Assistentes Técnicos que se verificam relação entre estes profissionais e insónias (residuais de 3,0) e irritabilidade (residuais de 2,5).

Na análise por grupos podemos verificar que nos Assistentes Operacionais a maioria não refere consequências e em 2º lugar aparece o desinteresse com 16,7%.

Nos Assistentes Técnicos é evidente a irritabilidade com 61,5% seguido das insónias e desinteresse com 23,1%.

Nos Enfermeiros surge em 1º lugar a irritabilidade com 43,0% e 36,7% referem não ter consequências. Em 3º lugar surge o desinteresse com 29,1%.

Nos médicos a maioria com 55% refere não ter consequências e em 2º lugar surge a irritabilidade com 37,5% seguido de desinteresse com 17,5%.

Tabela 16 – Consequências da violência, em função do grupo profissional

Género Consequências	A. Operacional		A. Técnico		Enfermeiro		Médico		Total		Residuais			
	nº	%	nº	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
Nenhuma	14	58,3	6	23,1	29	36,7	22	55,0	71	42	1,7	-2,1	-1,3	1,9
Observação/tratamento	2	8,3	1	3,8	9	11,4	1	2,5	13	7,7	0,1	-0,8	1,7	-1,4
Dano permanente	-	0,0	1	3,8	2	2,5	-	0,0	3	1,8	-0,7	0,9	0,7	-1,0
Medo de regressar	1	4,2	2	7,7	6	7,6	3	7,5	12	7,1	-0,6	0,1	0,2	0,1
Incompetência e culpa	-	0,0	2	7,7	11	13,9	5	12,5	18	10,7	-1,8	-0,5	1,3	0,4
Atestado médico	1	4,2	1	3,8	1	1,3	-	0,0	3	1,8	1,0	0,9	-0,5	-1,0
Insónias	1	4,2	6	23,1	3	3,8	4	10,0	14	8,3	-0,8	3,0	-2,0	0,5
Irritabilidade	2	8,3	16	61,5	34	43,0	15	37,5	67	39,6	-3,4	2,5	0,8	-0,3
Desinteresse	4	16,7	6	23,1	23	29,1	7	17,5	40	23,7	-0,9	-0,1	1,6	-1,1

4.6 - Caracterização do Agressor

Quanto à caracterização do agressor, pela tabela 17 verificamos que quem mais agride são os utentes (81,1%), seguindo-se o familiar do utente (54,4%), e o acompanhante (34,3%). O profissional da mesma instituição é referido em 4º lugar (10,7%).

Tabela 17 – Caracterização do Agressor, em função do género

Caraterização do agressor	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Utente	45	83,3	92	80,0	137	81,1	0,5	-0,5		
Familiar do utente	26	48,1	66	57,4	92	54,4	-1,1	1,1		
Acompanhante	16	29,6	42	36,5	58	34,3	-0,9	0,9		
Visitante	3	5,6	8	7,0	11	6,5	-0,3	0,3		
Grupo de cidadãos	2	3,7	3	2,6	5	3,0	0,4	-0,4		
Profissional da mesma instituição	3	5,6	15	13,0	18	10,7	-1,5	1,5		
Profissional de outra instituição	1	1,9	3	2,6	4	2,4	-0,3	0,3		

A tabela 18 caracteriza o perfil do agressor e 80,5% dos profissionais caracterizaram o agressor como sendo na sua maioria do sexo masculino. O agressor com estado aparentemente etilizado é referido por 23,7% dos profissionais. Agressor com história de doença mental ou neurológica, é assinalado por 27,8% e sem doença mental ou neurológica nem etilizado é assinalado 40,8% dos profissionais. Se para os doentes que recorrem à urgência o facto de estarem etilizados ou com doença mental ou neurológica poderá compreender-se, consideramos o valor de 40,8% bastante elevado de agressores sem apresentarem aqueles distúrbios.

O valor residual significativo que mostra evidência de associação significativa é o que relaciona o agressor do sexo feminino com o profissional do mesmo sexo, com o valor de 2,6.

Tabela 18 – Perfil do agressor, em função do género

Caraterização do agressor	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Sexo feminino	19	35,2	65	56,5	84	49,7	-2,6	2,6		
Sexo masculino	42	77,8	94	81,7	136	80,5	-0,6	0,6		
Aparentemente etilizado	17	31,5	23	20,0	40	23,7	1,6	-1,6		
História de doença mental ou neurológica	15	27,8	32	27,8	47	27,8	0	0		
Sem doença mental ou neurológica nem etilizado	18	33,3	51	44,3	69	40,8	-1,4	1,4		

Procura de ajuda do profissional após a violência

A tabela 19 relaciona o género do profissional com o fato de solicitar ou não tratamento após a agressão, podemos constatar que 94,1% dos profissionais não solicitaram qualquer tratamento. Os valores residuais mostram que há evidência de associação significativa entre as variáveis onde o sexo feminino solicitou tratamento e o masculino não solicitou.

Tabela 19 – Se solicitou algum tipo de tratamento, em função do género

Tratamento	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Masc	Fem
Sim	1	1,9	9	7,8	10	5,9	-1,5	1,5		
Não	53	98,1	106	92,2	159	94,1	1,5	-1,5		
Total	54	100,0	115	100,0	169	100,0	-	-		

Em relação ao tipo de ajuda solicitada, tabela 20, dos 10 profissionais que responderam afirmativamente alguns deles procuram mais de um tipo de ajuda. A procura de ajuda de amigos/familiares foi a mais assinalada, referido por 60% dos profissionais. Metade dos profissionais que procuraram ajuda consumiu analgésicos. Verificamos que houve um profissional que necessitou de apoio psicológico/psiquiátrico, um outro tomou antidepressivos e outro recorreu a medicinas alternativas.

Tabela 20 – Tipo de ajuda solicitada

Tipo de tratamento	Género		Total	
	nº	%	nº	%
Psicológico/psiquiátrico	1	10,0		
Ajuda de amigos/familiares	6	60,0		
Antidepressivos/Para dormir	1	10,0		
Consumo analgésicos	5	50,0		
Medicinas alternativas	1	10,0		

5 - Análise e discussão dos resultados

Caraterização Sociodemográfica da Amostra

Participaram no estudo 263 profissionais de saúde, sendo 173 do sexo feminino (65,8%) e 90 do sexo masculino (34,2%). O grupo etário mais representativo possui idade superior ou igual a 41 anos, que corresponde a 36,1% dos profissionais, seguido de 35% dos profissionais com idades entre os 31 e 40 anos. Com valores semelhantes verificamos que 36,6% dos profissionais trabalha há 10 anos ou mais. A maioria dos participantes 81,1% trabalham na unidade de Faro, valor que se deve a dois fatores, por ser a unidade polivalente, com maior população em relação às unidades de Portimão e de Lagos, e por ser a unidade onde os dados foram colhidos com presença do investigador.

Verifica-se que 76,8% dos profissionais têm curso superior, número que se justifica pelo grau académico necessário para exercerem as profissões de enfermeiro e de médico, sendo estas as profissões mais representativas na nossa amostra. A maioria com 92% têm vínculo com a instituição. Quanto ao estado civil a maioria com 56,7% não vive com companheiro. O grupo profissional com uma amostra mais significativa são os enfermeiros (4,1%) onde prevalece o género feminino com 46,2%. O grupo dos médicos/outros é o segundo grupo mais representado (31,2%) e prevalece o género masculino com 43,3%. Verifica-se relação estatisticamente significativa entre o género masculino e a profissão de médico, e o género feminino e a profissão de enfermagem.

As mulheres escolhem mais o curso de enfermagem e os homens o curso de medicina, o que vem de encontro ao referido no trabalho pesquisado por Lima (2015) que considera que numa sociedade machista, a profissão do “cuidar” como sendo uma atividade feminina, e que a classe médica tende a ser um grupo de homens.

Caraterização e Contexto da Violência

A maioria dos profissionais (64,3%), de ambos os sexos assinalaram serem vítimas de violência e 35,7%, assinalaram nunca terem tido um incidente relacionado com a violência no local de trabalho. O relatório da (DGS, 2015a) teve um total de 582 notificações de violência em 2014.

Os profissionais que assinalaram não serem vítimas de violência podem estar inseridos na cultura de aceitação em torno da violência no local de trabalho referida por

Comeskey (2016) ou como referido pela (OE, 2009), este valor pode justificar-se por nem todos os profissionais possuírem o mesmo entendimento de violência, existindo uma variação temporal e espacial do seu significado, justificando na atualidade uma reflexão mais detida sobre estes atos. Os profissionais que assinalaram não serem vítimas de violência podem associar a violência a atos de agressão física, que deixa um dano palpável, para diferenciar da violência invisível (Heloani, 2003). Dos profissionais que assinalaram serem vítimas, 60% são do género masculino e 66,5% do género feminino. Estes resultados vão de encontro aos dados publicados no relatório anual da DGS (2015), onde também se observaram mais notificações dos profissionais de saúde do sexo feminino, com 73,2% de notificações femininas e 26,8% de notificações masculinas.

À exceção do grupo profissional dos “médicos/outros” em que um pouco menos de 50% sofreu violência (48,8%), em todos os outros grupos profissionais a maioria a já sofreu atos de violência no local de trabalho.

Os assistentes técnicos foram o grupo mais sujeito a violência, (86,7%), seguidos dos enfermeiros com 73,1%. Palagi (2015) refere que um dos motivos pelo qual a enfermagem é das categorias profissionais mais atingidas pela violência no local de trabalho é pela cultura de tolerância a atos agressivos.

Notificação da Violência

A maioria dos profissionais, 67,5%, não notificou a ocorrência do incidente. Quando analisados por género, 70,4% dos homens, não notificaram e 66,1% das mulheres também não notificaram. Segundo Kvas (2014), o principal motivo referido pelos profissionais para não comunicarem estes incidentes, é o facto de que apesar de se relatar o caso, isso não mudaria nada. O nosso resultado vai de encontro á revisão da literatura que faz referência de que os profissionais não registam, nem denunciam os episódios de violência de que são vítimas. Copeland & Henry (2017) referem o seu estudo que os enfermeiros apenas relataram 13,9% dos casos. Pompeii (2016) refere no seu estudo que apenas 19% dos eventos de violências foram relatados em sistemas de relatórios oficiais.

No relatório da DGS (2015b), as conclusões foram diferentes. Por grupo profissional, os enfermeiros foram os que mais notificações de violência apresentaram, com 53,1%, seguido dos profissionais médicos, com 25,0% de notificações, os assistentes técnicos com 10,7% e os assistentes operacionais com 8,0% de notificações.

Dos 55 profissionais que notificaram a ocorrência do incidente, 67,3% notificaram ao superior hierárquico. A 2ª opção mais escolhida foi o registo no diário do doente (38,2%) seguido de queixa na PSP/GNR. A opção menos referida foram as notificações online da página da DGS, em que apenas dois profissionais do género feminino assinalaram essa

opção. À semelhança do referido por Copeland & Henry (2017) verificamos no nosso estudo que alguns profissionais de saúde notificam os atos de violência no diário /registos/notas do utente, contudo esses dados não são extraídos para estudos de prevalência ou incidência. Neste estudo, 38,2% dos profissionais registaram no diário do doente, em detrimento da página da DGS em que apenas 3,6% dos episódios foram registados.

Quando procuramos saber quem teve conhecimento do episódio de violência, verificamos que a opção “outros funcionários” foi a opção mais assinalada por 78,7% dos profissionais. A opção “utentes e acompanhantes” como tendo conhecimento do incidente violento foi assinalada por 45% dos profissionais. O “chefe de equipa”, foi a opção menos assinalada com 34,9%.

Tipo de Violência e género

A violência verbal é a opção mais assinalada por ambos os sexos, com 94,1% a consideram sofrer violência verbal, seguida de 34,9% dos profissionais que consideraram sofrer violência física. O “dano contra bens da instituição” foi a terceira opção assinalada por 18,3% dos profissionais, nenhum profissional assinalou abuso sexual/violação, e assinalaram “assédio sexual” 1,9% dos homens e 6,1% das mulheres.

Ao caracterizarmos o tipo de violência mais frequente no serviço de urgência dos hospitais do Algarve, podemos referir a violência verbal foi o tipo de violência mais frequente com 94,1% dos 169 profissionais que assinalaram serem vítimas de violência. A violência verbal é um tipo de violência visível, de acordo com a bibliografia consultada, faz parte do meio de persuasão que o utente considera ser mais eficaz para pressionar os profissionais e atingir os seus objetivos, e por norma os agressores antes de agredirem fisicamente, mesmo os que estão sob o efeito de drogas ou álcool, agredem primeiro verbalmente e depois fisicamente.

A violência moral ou mobbing, foi assinalada por 10,1% dos profissionais. O facto de o assédio moral/mobbing ser referido na sua maioria pelo género feminino tem um valor significativo, principalmente para as mulheres, pois foi assinalada por estas profissionais em 5º lugar numa lista de 10 tipos de violência, porque como se trata de um tipo de violência que, como refere Heloani (2003), tem um alto grau de subjetividade, e a dificuldade no seu tratamento está na sua invisibilidade. Resultado diferente dos estudos realizados no Brasil, onde os participantes do estudo de Palagi (2015) referiram 100% de violência psicológica, 83,3% de assédio moral e só depois a agressão física com 66,6%.

Quanto ao tipo de violência os nossos resultados na região do Algarve foram diferentes dos nacionais apresentados no relatório da DGS (2015b), que caracteriza a

violência em discriminação/ameaça como a mais notificada (55,0%), seguida da injúria (52,9%) e da pressão moral (44,2%), e que apesar da principal agressão ser verbal, a pressão moral surge em terceiro lugar e a violência física (23,0%) em 6º lugar. Os resultados foram idênticos para o assédio sexual que tanto no Algarve como a nível nacional é o tipo de violência menos frequente.

Ninguém referiu ser vítima de abuso sexual ou violação e Lima (2015) refere o assédio sexual como o tipo de violência registado em menor proporção. Tal como verificado no nosso trabalho, Palagi (2015) no seu estudo também não encontrou nenhum participante que relatasse assédio sexual.

Violência e grupo profissional

No nosso estudo o grupo profissional de enfermagem é dos que apresenta valores mais elevados (73,1%). Palagi (2015) refere que, entre outros motivos, a enfermagem é a categoria profissional mais atingida pela violência no local de trabalho, por ser o grupo de profissionais que interage mais tempo com o utente e acompanhante, com mais proximidade, e por prestarem cuidados diretos em situações de estresse e sofrimento. Condições que se verificam neste setor em que os enfermeiros estão 24 horas em contato direto com os utentes e acompanhantes por ser um espaço aberto onde podem permanecer mais de 40 pessoas em maca, e com o respetivo acompanhante.

A violência verbal foi a opção mais selecionada por todos os grupos profissionais, em que 100% dos assistentes técnicos, prestadores de cuidados indiretos, assinalaram esse tipo de violência, seguindo-se os médicos (95,0%), os enfermeiros (94,9%) e os assistentes operacionais (83,3%). Pompeii (2016) relata a existência de elevado risco de violência contra enfermeiros e médicos enquanto prestadores de cuidados diretos, mas também noutros trabalhadores que não prestam cuidados diretos.

O segundo tipo de violência mais assinalado já depende do grupo profissional, sendo a violência física assinalada por 66,7% dos assistentes operacionais, 40,5% dos enfermeiros e 20% dos médicos. Para os assistentes a 2ª opção mais assinalada foi a ameaça com objeto (26,9%) e só depois vem a violência física com 11,5%, igualando com a opção ameaça de morte. Os assistentes operacionais com 20,8% e os enfermeiros com 25,3% assinalaram a violência contra bens da instituição como 3º tipo de violência mais sofrida, 15% dos médicos referiram a ameaça com objeto.

Nenhum profissional assinalou a opção “abuso sexual/violação”, mas os médicos além dessa, não sofrem agressões com arma branca. Os assistentes operacionais, não são vítimas de ameaça com arma branca, não sofreram ameaça de morte, nem violência contra propriedade pessoal.

No grupo assistente operacional, aparece o valor residual de 3,5 na variável violência física, o que quer dizer que há associação entre a agressão física e esta classe profissional. O mesmo se verifica com os assistentes Técnicos no que respeita à agressão por ameaça com objeto. No grupo profissional dos enfermeiros o valor residual de 2,2 na variável violência contra bens da instituição e o valor de 2,1 para assédio moral/mobbing, significa que estes profissionais presenciam e vivenciam mais este tipo de violência.

Os enfermeiros são vítimas de violência moral, como referido na revisão da literatura, por Hirigoyen (2015), nos setores de produção, a violência é mais direta, verbal ou física. Quanto mais se sobe na hierarquia e na escala sociocultural, mais as agressões são sofisticadas, perversas e difíceis de caracterizar, na luta interna pelo poder, para afastar a concorrência de outros profissionais mais competentes.

Violência e habilitações literárias

Relativamente às habilitações dividimos os profissionais em dois grupos: básico e superior. A violência verbal é o tipo de violência mais referida nos dois grupos com valores superiores a 90%. O segundo tipo de violência mais assinalado foi a violência física, com 41,5% nos profissionais com ensino básico e 32,8% nos profissionais do ensino superior. No grupo do ensino básico o 3º tipo de violência mais assinalado, com 26,8% foi a ameaça com objeto enquanto que nos profissionais com ensino superior foi o dano contra bens da instituição com 18,8% seguido do assédio moral/mobbing com 12,5%.

Ao analisarmos a existência da associação significativa entre estas variáveis, encontramos nos profissionais com ensino básico um valor residual positivo significativo de 2,8 para ameaça com objeto e um valor significativo com residuais de 1,9 para os profissionais com curso superior no respeitante a assédio moral/mobbing. Esta relação poderá ter explicação ou pela perceção de violência, em que os setores dos profissionais com menos escolaridade poderão não identificar as formas de assédio moral/mobbing ou porque os agressores sentem estes profissionais com menos poder e como tal exercem sobre eles uma violência de cariz mais direto.

Frequência da Violência

Para a maioria dos profissionais a violência é esporádica (57,4%). A opção menos escolhida é a violência contínua (10,1%). As mulheres são mais vítimas de violência contínua (13,9%). Encontramos um valor residual significativo na violência contínua no género feminino com um valor positivo de 2,4, o que significa que existe relação entre o sexo feminino e a violência contínua.

Período da violência

As horas com mais episódios de violência são das 16h às 24 horas, o correspondente ao turno da tarde, assinalado por 60,4%. O horário com menos episódios de violência foi o horário da noite com 26,6% referências. Os nossos resultados quanto ao período de maior violência são diferentes dos referidos no relatório da DGS (2015), em que 44% das notificações referem-se à ocorrência de violência entre as 8h e 13h59m. Contudo, no que respeita ao período de menor violência, é coincidente com o nosso, pois foi referido como menos violento o período das 1h às 7h 59m com 6,0% das notificações.

Embora o período da noite seja o menos violento, o valor residual positivo de 2,1 mostra que há evidência significativa de associação no turno da noite referida pelos profissionais do género masculino. Poderá estar relacionado com o facto de no turno da noite estarem mais elementos do sexo masculino de serviço ou serem estes a enfrentar os episódios de violência.

Serviços e locais de violência

Pela tabela 12 verificamos que a maioria dos episódios de violência ocorreu em Faro (81,7%) seguido de Portimão com 14,8%. Este facto justifica-se pela dimensão dos serviços e pela afluência de utentes às urgências.

Em Faro e Lagos os homens queixam-se de ser mais vítimas de VCPSLT e em Portimão a percentagem de mulheres (16,5%) que se queixam de serem vítimas de violência é superior á dos homens (11,1%). Os episódios de violência acontecem no sector da decisão clínica (38,5%) e na triagem (36,1%). Na unidade de Faro o setor da decisão clínica é o local onde ocorrem mais episódios de violência, assinalado por 40,6% dos profissionais. É o local onde os utentes aguardam pela decisão clínica e ficam dias á espera por internamento em macas inadequadas. Palagi (2015) encontrou resultados semelhantes e refere como factores que contribuem para isso a falta de recursos humanos, de pijamas e os serviços estarem superlotados.

O setor da triagem apresenta 35,5% dos episódios de violência em Faro, e em 3º lugar o setor do balcão 1/sala 5 e 6, com 24,6% dos episódios de violência, que é o setor dos consultórios médicos. O setor sala de reanimação não foi selecionado por nenhum profissional em Faro.

Na unidade de Portimão, os setores selecionados com mais episódios de violência são a admissão de doentes, a decisão clínica, e a sala de tratamentos, todos estes setores com 36%. Em 2º lugar aparece o sector da triagem com 32,0%. Os setores de ortopedia e pequena cirurgia não foram escolhidos por nenhum profissional.

Na unidade de Lagos, o setor assinalado com mais episódios de violência é a triagem com 66,7%, seguidos da sala de espera e sala de pequena cirurgia assinalada com 50% em cada uma delas.

Segundo Palagi (2015) um dos fatores para comportamento violento no sector da triagem são serviços superlotados que levam à demora nos tempos de espera para o atendimento antes de entrarem para o serviço, e quando são chamados são os elementos da triagem os primeiros a receber os doentes e familiares.

Palagi (2015), refere que a prestação de cuidados nem sempre acontece de forma eficaz, limitando-se ao cuidar técnico, o que pode levar ao descontentamento do utente, adicionando outros fatores como aglomeração de pessoas em estruturas físicas inadequadas e deficientes recursos humanos.

Tipo de dano e consequências

O tipo de dano mais referido pelos profissionais é a perturbação emocional assinalada por 86,4%, seguindo-se a lesão física, assinalada por 20,7%.

A maioria dos profissionais (42%) refere que o episódio de violência não teve consequências. Se o tipo de violência mais assinalado foi a violência verbal, e o tipo de dano mais assinalado foi a perturbação emocional, aqui verificamos que 42% dos profissionais referem que esse tipo de violência e esse dano não tiveram consequências. De realçar a irritabilidade com 39,6% e o desinteresse pela profissão com 23,7%, valores estes que consideramos importantes pelas consequências que podem ter na vida pessoal e profissional.

Apenas foi referido pelo género feminino que tiveram como consequência o dano permanente (2,6%) e necessidade de atestado médico ausências ao serviço também referido por 2,6%.

Renker (2015) no seu estudo, refere que a violência tem como consequências, faltas ao trabalho, diminuição da produtividade, custos de assistência médica e psicológica para os profissionais, e compensações por indemnizações. Tem custos relacionados com a diminuição da satisfação dos utentes, aumento de queixas, e alterações na reputação do hospital.

Podemos concluir que há diferenças entre as 3 unidades do CHA: em Faro a opção mais assinalada é a opção “nenhuma” consequência, assinalada por 47,1% dos profissionais, seguindo-se a irritabilidade, assinalada por 58% dos profissionais; na unidade de Portimão a consequência mais frequente é a “irritabilidade”, assinalada por 64% dos profissionais, seguindo-se o “desinteresse pela profissão”, assinalado por 28% dos

profissionais, na unidade de Lagos a principal consequência é o “desinteresse pela profissão, assinalado por 50% dos profissionais, seguindo-se “nenhuma” consequência e consequência de “dano permanente” assinaladas por 2 profissionais e que correspondem a 33,3% das consequências assinaladas.

A irritabilidade é a consequência mais assinalada pelos Assistentes Técnicos com 61,5% seguido das insónias e desinteresse com 23,1%. Verificamos que nestes profissionais os valores residuais são significativos no que respeita às insónias (residuais de 3,0) e irritabilidade (residuais de 2,5).

A maioria dos Assistentes Operacionais não refere consequências (58,3%) e em 2º lugar aparece o desinteresse com 16,7%.

Nos Enfermeiros 36,7% refere que os episódios de violência que vivenciaram não tiveram qualquer consequência. Das consequências mais referidas surge em 1º lugar a irritabilidade com 43,0%, e de realçar que 29,1% dos enfermeiros referem que estes episódios levaram ao desinteresse pela profissão.

Nos médicos a maioria com 55% refere que a violência não tem consequências e em 2º lugar surge a irritabilidade com 37,5% seguido do desinteresse pela profissão com 17,5%.

Estas consequências genericamente estão inseridas nos seis grupos de efeitos prejudiciais na saúde das vítimas referidas por Sousa (2013), no seu trabalho onde se destacam os transtornos do sono, e efeitos cognitivos e hiper reação psíquica

Caracterização do agressor

Verificamos que quem mais agride são os utentes, assinalados por 81,1% dos profissionais, seguindo-se o familiar do utente, assinalado por 54,4% dos profissionais e o acompanhante por 34,3% dos profissionais.

Renker (2015) refere que nas instituições onde os utentes são vistos como clientes, os responsáveis pelos resultados de satisfação desses clientes, toleram os comportamentos agressivos podendo ser entendido como recompensa pelo cliente, podendo por sua vez levar á repetição do mau comportamento, em vez de os responsabilizar pelas suas ações.

Verificamos que 10,7% dos profissionais referem agressões efetuadas por profissionais da mesma instituição. Heloani (2003) no seu estudo refere que esses agressores são pessoas bem vistas e admiradas pelos chefes, e quando são o superior hierárquico, comumente possuem alteração de traços de personalidade.

No nosso estudo como agressores surgem em primeiro lugar os utentes, seguidos dos familiares dos utentes e depois os acompanhantes e os profissionais da mesma instituição. De acordo com os dados nacionais divulgados no relatório da DGS (2015), as

peças que mais agredem são os utentes (53,7%), os familiares dos utentes (22,2%), os profissionais de saúde da mesma unidade (18,7%), e por último os acompanhantes do utente (2,9%). Os profissionais de saúde como agressores dos outros profissionais nos dados nacionais aparecem primeiro do que os acompanhantes dos utentes do serviço.

Contudo, no mesmo relatório e no que respeita especificamente aos serviços de urgência, das 89 notificações (dos serviços de urgência), o principal agressor mantém-se o utente (52,8%), seguido do familiar do utente (31,4%) e dos profissionais de saúde (4,5%).

O agressor é referido por 80,5% dos profissionais como sendo na sua maioria do sexo masculino. O agressor com estado aparentemente etilizado é referido por 23,7% dos profissionais. Agressor com história de doença mental ou neurológica, é assinalado por 27,8% e sem doença mental ou neurológica nem etilizado é assinalado 40,8% dos profissionais. Se para os doentes que recorrem à urgência o facto de estarem etilizados ou com doença mental ou neurológica poderá compreender-se, consideramos o valor de 40,8% bastante elevado de agressores sem apresentarem aqueles distúrbios.

O valor residual, mostra associação significativa entre o agressor do sexo feminino com o profissional do mesmo sexo, com o valor de 2,6. O que mostra que as mulheres agredem mais as mulheres. No relatório da DGS (2015b) os dados divulgados também caracterizam como principal agressor o sexo masculino (50,2%), mas muito próximo do sexo feminino (49,8%).

Procura de ajuda do profissional após a violência

Pudemos constatar que 94,1% dos profissionais não solicitaram qualquer tratamento. Os valores residuais mostram que há evidencia de associação significativa entre as variáveis onde o sexo feminino solicitou tratamento e o masculino não solicitou

Em relação ao tipo de ajuda solicitada, dos 10 profissionais que responderam afirmativamente alguns deles procuram mais de um tipo de ajuda. A procura de ajuda de amigos/familiares foi a mais assinalada, referido por 60% dos profissionais. Metade dos profissionais que procuraram ajuda consumiu analgésicos. Verificamos que houve um profissional que necessitou de apoio psicológico/psiquiátrico, um outro tomou antidepressivos e outro recorreu a medicinas alternativas

6 - Conclusões e Propostas

A violência no local de trabalho contra os profissionais de saúde faz-se sentir de um modo especial nos serviços de urgência. Vários estudos abordam esta questão e realçam a necessidade de criar métodos que garantam a segurança do pessoal e de propor intervenções para resolver este problema.

É necessário aprofundar a investigação para identificar a dimensão do problema e identificar ações que promovam um ambiente de trabalho seguro nos serviços de urgência. Os profissionais que aí trabalham conhecem essa realidade de atos violentos incluindo agressões físicas e ameaças de agressão.

Várias organizações internacionais como sejam a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o International Council of Nurses (ICN), a OMS e várias organizações profissionais e serviços públicos nacionais têm emitido directrizes sobre este tema.

Enquanto profissional a trabalhar num serviço de urgência temos sentido na primeira pessoa esta realidade. Quisemos por isso compreender e quantificar a realidade da violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência da região do Algarve

Pelo nosso estudo concluímos que os profissionais de saúde dos serviços de urgências dos hospitais do Algarve, têm consciência da violência que é exercida sobre eles, no seu local de trabalho.

Para atingir o objetivo, de saber qual é a percepção, dos profissionais de saúde, dos serviços de urgência, sobre violência, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

O primeiro, consistia em determinar a frequência da violência, contra os profissionais de saúde no local de trabalho, e podemos concluir que 64,3% dos profissionais têm a percepção de que são vítimas de violência no local de trabalho, no serviço de urgência.

Foi traçado como segundo objetivo, identificar as características ou tipos de violência exercida. Dos tipos de violência abordados no questionário, a violência verbal foi o tipo de violência mais assinalada por todos os profissionais, quer se analise em função do género, do grupo profissional ou habilitações literárias, com uma associação significativa entre os assistentes operacionais e a “violência física”, os enfermeiros e a “violência contra os bens da instituição”, e os enfermeiros e a “violência moral/mobbing”, os assistentes técnicos e a “ameaça com objeto

O terceiro objetivo consistia em explorar os fatores circunstanciais do episódio de violência. Os profissionais de saúde mulheres consideram que a violência é “contínua” existindo relação entre as duas variáveis. O período de trabalho com mais violência é o período das 16h às 24h que corresponde ao turno da tarde. Apesar do tipo de violência mais assinalado por todos os profissionais ser a violência verbal, quando se relaciona o tipo de violência com a escolaridade, existe uma relação entre a “ameaça com objeto” e os profissionais com ensino básico, e uma relação entre a violência moral/mobbing e os profissionais com curso superior. Os setores mais violentos são a sala de decisão clínica com 38,5% dos episódios e a triagem com 36,1% dos episódios de violência. O tipo de dano mais frequente é o emocional com 86,4% das opções. Existe relação entre ser mulher e sofrer violência contínua, e ser homem e sofrer mais violência no turno da noite. Na unidade de Faro foi referido maioritariamente que a violência não teve consequências. Na unidade em Portimão a violência teve maioritariamente como consequências a irritabilidade.

O quarto objetivo, consistia em relacionar a violência exercida com as características sociodemográficas do agressor. Na caracterização do agressor o mais frequente foi o utente, seguido do familiar e do acompanhante. O tipo de agressor mais assinalado foi o agressor do sexo masculino, seguido de o agressor não ter história de doença mental ou neurológica, nem estar aparentemente etilizado. Existe uma relação positiva significativa entre o agressor mulher para com a profissional de saúde mulher.

Como quinto objetivo, foi proposto identificar os grupos de profissionais vítimas de violência. A maioria dos grupos profissionais referiram terem sido vítimas de violência. Os assistentes técnicos e os enfermeiros são os mais referiram ser vítimas de violência. Os assistentes técnicos são os primeiros profissionais a contatarem com o utente e familiar, na admissão e inscrição do utente, e os responsáveis pelo gabinete de informação e apoio aos acompanhantes. Quando comparado com os números observados das notificações online da DGS de 2015, o grupo profissional das enfermeiras/ enfermeiros, é o grupo profissional com mais notificações, seguindo-se o grupo profissional das médicas/ médicos as assistentes operacionais e as assistentes técnicas.

Os enfermeiros, são os que profissionais que prestam cuidados diretos e estão mais tempo em permanência com o utente. Existe relação entre ser assistente operacional e ser agredido fisicamente. Existe relação entre ser assistente técnico e a ameaça com objeto. Existe relação entre a profissão de enfermagem e os tipos de agressão, (violência contra bens da instituição, violência moral/mobbing)

O sexto objetivo propunha-se identificar a existência de consequências da violência física e psicológica nos profissionais de saúde. Na sua maioria referem que a violência não

tem consequências e o tipo de violência mais frequente é a verbal. Dos profissionais que consideraram serem vítimas de violência no local de trabalho, 94,1% não solicitou tratamento ou ajuda, apenas 5,9% pediram ajuda ou tratamento. Dos 10 profissionais que solicitaram ajudas, contam-se 6 opções pela ajuda da família e amigos, 5 opções pelo aumento ou início de consumo de analgésicos, uma opção por apoio psicológico/psiquiátrico, outra pelo consumo de antidepressivos/ medicação para dormir, e ainda uma opção para frequentar medicinas alternativas. Existe relação entre ser assistente técnico e a violência ter como consequências as insónias e a irritabilidade.

Como sétimo, e último objetivo, foi proposto identificar os relatos escritos, de violência que são reportados junto da administração. Podemos concluir que 67,5% dos profissionais não notifica a ocorrência dos incidentes e dos 33,9% que notificam, 67,3% notifica o superior hierárquico, e 38,2% registou no diário do doente. Não há uma norma ou registo formal para o registo das agressões, que possa ser estudado posteriormente, do ponto de vista estatístico. Nenhum profissional masculino assinalou ter registado na página online da denuncia de violência da DGS, e só duas mulheres assinalaram esse registo. O que quer dizer que os valores oficiais da DGS quanto á violência contra os profissionais de saúde, continuam inferiores á realidade. No nosso trabalho, não foi perguntado o porquê de optar por denunciar ou não a violência sofrida, o que poderia trazer alguns dados justificativos para posterior análise.

Em relação á percepção que os profissionais têm sobre o facto de serem, ou não, vítimas de violência, depende do conceito que estas têm de violência, verificou-se durante o preenchimento e entrega dos questionários o comentário dos profissionais, de que além das “situações normais”, nunca foram agredidos, pois nunca ninguém lhes bateu. O que poderá justificar o facto dos profissionais que assinalaram não serem vítimas de violência, considerarem normais outro tipo de violência exceto a agressão física. Alguns assinalaram serem vítimas de violência e assinalaram “nenhuma” consequência após os incidentes, entendemos nós que poderá ser por considerarem “normal” as consequências que não apresentam ferimentos visíveis.

Apesar de expostos às mesmas circunstâncias verificamos que uns profissionais consideram ser vítimas de violência e outros não, uns referem ter consequência e outros não o que poderá dever-se ao facto de não querer pensar nesses episódios pois como nos refere Silva (2013, p.13) “São tantas as situações que são geridas e amenizadas que, na sua maioria, vemo-nos na necessidade de as querer esquecer, para não perpetuarmos o nosso próprio sofrimento pessoal”.

A violência moral ou assédio moral, foi pouco assinalada neste estudo por não ser percebida pelas próprias vítimas, que confundem com o fenómeno estresse. Alguns deles, contudo, assinalaram este tipo de violência, o que pode ser a face visível de um problema que outros profissionais ainda desconhecem.

A violência contra bens da instituição, refere-se ao fato dos agressores normalmente agredirem verbalmente o profissional e fisicamente os objetos que se encontram na área de trabalho do profissional, o que acarreta custos para a instituição e a desresponsabilização do agressor a quem não é apresentado o valor do conserto dos objetos danificados.

Os profissionais, percebem a agressão, mas não apresentam queixa podendo as razões ser o facto de não terem sido agredidos fisicamente, atitude que mudaria com alguma informação ou formação sobre técnicas para reconhecer e evitar a agressão, ou mesmo o mobbing, o que levaria a uma mudança de comportamentos, com profissionais mais saudáveis para se dedicarem ao seu trabalho, prestarem melhores cuidados aos utentes e população, melhorarem a reputação e imagem que a população tem da instituição.

Propõem-se que este estudo, para aumentar a consciência do fenómeno, seja divulgado junto das entidades de chefia e direção do centro hospitalar, para dar a conhecer a existência deste fenómeno nos serviços e das suas consequências para os profissionais e custos para a instituição, para que possam ser realizados estudos mais direcionados para os diferentes grupos profissionais.

A instituição deverá preocupar-se com este fenómeno, para investir em formação dos profissionais. Esta formação deverá incluir os dados recolhidos sobre a violência para dar a conhecer o fenómeno e todos os profissionais deverão ser motivados a participar.

Tal como nos diz Stene (2015) será necessário criar ferramentas concisas e fáceis de usar para fazer o relato em tempo real de maneira simplificada dos atos de violência ajudando os responsáveis na análise e favorecendo uma intervenção por uma equipa multidisciplinar. Esta equipa recebe os relatórios e segue individualmente cada funcionário envolvido na violência para garantir o seu bem-estar e fornecer apoio. Assim a vítima sente-se reforçada a comunicar os atos de violência

Para além da criação de um meio de denúncia anónimo interno, como referimos, é importante uma equipa multidisciplinar que poderia funcionar no departamento de higiene e segurança no trabalho, em que se averigúe a situação e se tomem medidas, para proteger o profissional envolvido.

A divulgação e aplicação de sanções para os agressores, para que se sintam desmotivados á continuidade da agressão também seria uma medida importante para desmotivar o agressor e por outro lado para transmitir às vítimas uma sensação de maior segurança. Formação e informação á população, pode melhorar a relação, entre os profissionais e entre profissionais e população e pode ser dissuasor da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho.

É necessário nos serviços de urgência desenvolver uma cultura de tolerância zero com a violência. Como nos é dito por Ramacciati (2016) poderá ser necessário alterar ou desenvolver comportamentos de relações interpessoais positivas: comunicação respeitosa, incluindo escuta ativa; respeito mútuo demonstrado por todos (ou seja, membros da equipe multidisciplinar, pacientes, visitantes e administradores); honestidade, confiança e beneficência. Os superiores hierárquicos terão de estar envolvidos promovendo uma política que defina as ações que são toleradas, bem com as consequências específicas para infrações a essa política.

Em suma desenvolver técnicas de comunicação mais eficazes, meios de registo apropriados para terem um conhecimento real da situação, criarem estruturas que transmitam a sensação de segurança, estudarem se existe alguma relação entre a elevada rotatividade de profissionais que saem da instituição com as consequências da violência no local de trabalho. Despertar o interesse dos chefes e superiores hierárquicos para o fenómeno crescente da violência moral ou invisível, para que estejam atentos a casos que possam surgir, e assim evitem a saída e o baixo rendimento de bons profissionais, ou a consequência mais drástica do suicídio.

Pensamos que a complexidade do fenómeno e a forte inter-relação entre vários fatores sugerem que o problema da violência nos serviços de urgência só poderá ser efetivamente enfrentado com múltiplas estratégias baseadas na análise "multidimensional" do fenómeno e das intervenções.

Como limitações deste estudo referimos que os dados foram recolhidos através de uma amostra de conveniência nos profissionais de saúde dos serviços de urgência da região do Algarve. Essas limitações impedem que os resultados possam ser generalizados para outros serviços de urgência.

Referências Bibliográficas

- Antunes, A., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Craveiro, I., Flores, I., Santos, O., & Ferrinho, P. (2002). Violência no local de trabalho no setor da saúde estudos de caso portugueses. Associação para o Desenvolvimento e Coordenação Garcia Orta <https://www.dgs.pt/departamento-da...na-saude/...violencia/estudonacional1-pdf.aspx>
- Aparecida Scaramal, D., Fernandez Lourenço Haddad, M. C.,Garanhani, M. L., Quina Galdino, M. J., & Cavalcante Pissinati, P. S. (2017). Significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem na dinâmica familiar e social. *Ciencia, Cuidado e Saude*,16(2), 1-8. doi:10.4025/ciencucidsaude.v16i.345332
- Centro Hospitalar do Algarve (2015). Ordem de serviço nº 22/15 de 06/05/2015: Regulamento do serviço de urgência. Disponível em: <https://www.simedicos.pt/fotos/noticias/8d18f699.pdf>
- College of emergency nurses ew zeland position statement: Zero tolerance of violence towards nurses. (2016). *Emergency Nurse New Zealand*, 9-10
- Comeskey, M. (2016). Zero tolerance of violence towards nurses. *Emergency Nurse New Zealand*, 7-8.
- Copeland, D., & Henry, M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal Of Trauma Nursing*, 24(2), 65-77. doi:10.1097/JTN.0000000000000269
- Despacho nº 10319/2014, Diário da República, 2.ª série, N.º 153, 11 de agosto.
- DL. nº. 48/95, de 15 de março, CAPITULOVI dos crimes contra a honra. http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=109A0183&nid=109&abela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas no processo de Investigação. Loures, Lusodidata
- Guimarães, L.A.M, & Rimoli, A.O. (2006). "Mobbing" assédio psicológico no trabalho: Uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 183-191.
- Heloani, R. (2003). Violência invisível. *GV-Executivo*, 2(3), 57-61. doi:<http://dx.doi.org/10.12660/gvexec.v2n3.2003.34968>
- Hirigoyen M.F. (2002). Assédio moral: A violência perversa no cotidiano (5ª ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Hirigoyen, M F. (2015). Mal-estar no trabalho: Redefinindo o assédio moral (8ªed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- International Council of Nurses, Public Services International, World Health Organization & International Labour Office. (2005). Framework guidelines for addressing Workplace violence in the health sector: The training manual. Geneva Disponível em: http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_108542/lang--en/index.htm

- International Council of Nurses. (2006). Abuso e violência contra o pessoal de enfermagem, tomada de posição
- International Council of Nurses, Adopted in 2000 Reviewed and revised in 2006 and 2017, Position Statement, Prevenção e gestão da violência no local de trabalho. Geneve. Web: www.ivn.ch
- Kvas, A. & Seljak, J. (2014), Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61, 344–351. doi:10.1111/inr.12106
- Kaplan, H. (1995). *Medicina Psiquiátrica de Emergência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lei nº 33/2009, de 14 de julho, Diário da República n.º 134/2009, Série I.
- Lei nº 15/2014, de 21 de março, Diário da República, 1.ª série, N.º 57
- Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro, Diário da República n.º 181/2015, Série I.
- Lima, G.H.A., & Sousa, S.M.A. (2015). Violência psicológica no trabalho da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 817-823. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508i>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Parecer nº 226/2009: Elaboração de parecer sobre Circular Normativa da DGS nº 8 / DSPSM / DSPCS de 25 / 05 / 2007 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos, violentos de doentes: contenção física. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional. (2009). Parecer CJ-99/2009: Procedimento do enfermeiro perante comportamentos ofensivos. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer%2099-2009%20-%20PROCEDIMENTO%20DO%20ENFERMEIRO%20PERANTE%20COMPORTAMENTOS%20OFENSIVOS%20_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional. (2016). Parecer CJ 50/2016: Recusa de cuidados a utentes agressivos ou Agressão e enfermeiros. Conselho Jurisdicional 2016-2019. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer50_2016_CJ_RecusaCuidadosUtentesAgressivosAgressaoEnf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Palagi, S., Noguez, P., Amestoy, S., & Porto, A. (2015). Violence at work: View of nurses of an urgency and an emergency service. *J Nurs UFPE on line.*, 9(9):9706-12. DOI: 10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201509
- Peixoto, A. (2010). *Dependências e outras violências estudo comparado 2004-2009*. Ponta Delgada: Edições Macaronésia
- Pestana, H., Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Silabo.

- Pompeii, L. A., Schoenfisch, A. L., Lipscomb, H. J., Dement, J. M., Smith, C. D., & Upadhyaya, M. (2015). Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *American Journal Of Industrial Medicine*, 58(11), 1194-1204. doi:10.1002/ajim.22489
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2006). Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/200: Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais. Lisboa, DGS
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde & Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. (2014). Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Lisboa: DGS
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2015a). Violência contra profissionais de saúde. Notificação on-line 2014. DGS
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2015b): Violência contra profissionais de saúde. Notificação on-line 2015. Lisboa, DGS
- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B., Lumini, E., & Rasero, L. (2016). Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emergency Medicine*, 8, 17–27. <http://doi.org/10.2147/OAEM.S69976>
- Renker, P., Scribner, S. A., & Huff, P. (2015). Staff perspectives of violence in the emergency department: Appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work* 51(1), 5-18. doi:10.3233/WOR-141893
- Silva, F.S.M.M. (2013) Os enfermeiros e a agressividade no serviço de urgência: Um pulsar latente. (dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/16205>
- Sousa, A.J.A. (2013) Campanha de comunicação: Violência no trabalho: Campanha de comunicação para a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, campanha de comunicação. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.21/3394>
- Stene, J., Larson, E., Levy, M., & Dohlman, M. (2015). Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. *The Permanent Journal* 19(2):e113-117. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/14-187>
- Tiruneh, B., Bifftu, B., Tumebo, A., Kelkay, M., Anlay, D., & Dachew, B. (2016). Prevalence of workplace violence in Northwest Ethiopia a multivariate analysis. *BMC Nursing*, 15,42. doi:10.1186/s12912-016-0162-6
- Vítolo, F. (2011). Violencia contra profesionales de la salud. Biblioteca virtual NOBLE Compañía de seguros. Disponível em: http://www.noble-arp.com/src/img_up/19042011.6.pdf
- Wand, B. (2016). Guest editorial: Active shooter: Are we complacent?. *American Association of Nurse Anesthetist Journal*, 8, (6), 388-390. Disponível em: <http://www.aana.com/newsandjournal/20102019/guestedit-1216-pp388-390.pdf>
- Whitman, E. (2016). Frequent violence in the Emergency Department doesn't have to be part of the job. *Modern Healthcare*, 46(39), 28

Wong, A. H., Wing, L., Weiss, B., & Gang, M. (2015). Coordinating a team response to behavioral emergencies in the emergency department: A simulation-enhanced interprofessional curriculum. *Western Journal Of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care With Population Health*, 16(6), 859-865. doi:10.5811/westjem.2015.8.26220

Anexos

Anexo I - Instrumento de colheita dados

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência” e cujo objetivo principal é caracterizar a violência percebida pelos profissionais de saúde no serviço de urgência, bem como os fatores associados

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação não existem questões sensíveis e que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **decido participar** neste estudo:

_____, ___/___/____

Assinatura do participante

Investigador

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Helena Gomes Martins



INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



QUESTIONÁRIO

Sou enfermeira no Hospital de Faro e no âmbito da unidade curricular de Relatório Final do curso de mestrado que estou a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu pretendo realizar uma investigação nos serviços de urgência do Centro Hospitalar do Algarve.

Este questionário pretende colher dados que permitam realizar o estudo sobre “Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência”. Pretendemos com o mesmo caracterizar a violência percebida pelos profissionais de saúde no serviço de urgência, bem como os fatores associados e depois apresentar reflexões para uma melhor compreensão do número, contribuir para a sua visibilidade, caracterizar os fatores com ela relacionados e procurar dar pistas para a prevenção da violência bem como o desenvolvimento de ações apropriadas em caso de atos de violência.

A sua participação é fundamental na resposta às questões colocadas. Responda com sinceridade, as suas respostas serão apenas lidas pelos investigadores e não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. As respostas serão confidenciais e anónimas pelo que não coloque o nome.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

Este questionário foi adaptado do questionário da DGS para as notificações online da violência contra os profissionais de saúde da DGS e do questionário utilizado na participação da gestão de risco do Hospital de Faro.

1 – Idade _____ Anos

2 – Sexo:

- Masculino
- Feminino

3 – Anos de exercício de profissão no serviço de urgência _____ Anos

4 – Local de trabalho

- Urgência do Hospital de Faro
- Urgência do Hospital de Portimão
- Urgência do Hospital de Lagos

5 – Habilitações literárias/académicas

- Até ao 9º ano
- Até ao 12º ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Especialização
- Mestrado
- Doutoramento

6 – Vínculo com a instituição

- Temporário/Sazonal
- Estagio/ Interno
- Contrato trabalho termo certo
- Contrato de trabalho em funções publicas
- Part-time

7 – Estado civil:

- Solteiro
- Casado ou a viver em união de fato
- Separado ou divorciado
- viúvo

8 – Grupo profissional a que pertence:

- Assistente operacional
- Assistente técnico
- Enfermeiro
- Médico/Interno
- Técnico de diagnostico e terapêutica
- Técnico superior de saúde

9 – Foi vítima de algum insciente relacionado com a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho:

- Sim *
- Não *

*Se (Sim) por favor continue a responder ao questionário

*Se (não) terminou de preencher o questionário, obrigada pela sua colaboração

10 – Notificou alguém por escrito da ocorrência do incidente:

- Sim *
- Não

*Se respondeu sim, assinale a quem notificou

- Superior hierárquico
- Administração da instituição
- DGS pelas notificações online
- Queixa apresentada na PSP/GNR
- Registos no diário do doente

11 – Quem teve conhecimento da ocorrência do incidente:

- Só a vítima e agressor
- Outros profissionais presenciaram
- Utentes e acompanhantes presenciaram
- Chefe de equipa, participação informal ora

12 – Assinale o Tipo de violência ocorrido:

- Violência física
- Violência verbal
- Ameaça física com objeto
- Ameaça física com arma branca
- Ameaça de morte
- Dano contra bens da instituição/unidade de saúde
- Violência contra propriedade pessoal
- Assédio moral/mobbing
- Assédio sexual
- Abuso sexual/violação

13 – Frequência da violência nos últimos 6 meses

- Única
- Esporádica (algumas vezes mês)
- Continua (todas as semanas)

14 – Em que período do dia sofreu mais atos violência

- Das 0-8 Horas
- Das 8-16 horas
- Das 16-24 horas

15 – Onde ocorreu o episódio de violência

FARO	Portimão	Lagos
Admissão	Admissão	Admissão
Triagem	Triagem	Triagem
Salas de espera	Salas de espera	Salas de espera
Balcão 1 Sala 5 e 6	Gabinete de consulta	Gabinete de consulta
Balcão 1 Sala 3 e 4	Sala aerossóis	Corredor
Ortopedia	Ortopedia	
Pequena cirurgia	Pequena cirurgia	Pequena cirurgia
Decisão clinica SO /OBS Balcão 2	Decisão clinica SO/Balcão	SO
Sala de Reanimação	Sala de Reanimação	Sala de Diretos
UISU	Sala de tratamentos	Sala de tratamentos

16 – Tipo de dano:

- Lesão física
- Perturbação emocional
- Custos pessoais/dano de valores pessoais
- Custos para a instituição/unidade de saúde

17 – Consequências da violência observada:

- Nenhuma
- Necessidade de observação extra ou pequeno tratamento
- Necessidade de procedimento prolongado ou prognóstico de dano permanente
- Medo de regressar ao serviço após a agressão
- Sentimentos de incompetência e culpa
- Necessidade de ausência da vítima ao trabalho
- Insónia ou sonos mais curtos
- Irritabilidade
- Diminuição de interesse pela profissão/ponderar mudar de profissão

18 – Caracterização do agressor:

- Utente
- Familiar do utente
- Acompanhante
- Visitante
- Grupo de cidadãos
- Profissional da mesma instituição/unidade de saúde
- Profissional de outra instituição/unidade de saúde

19 – Perfil do agressor:

- Idade do agressor ___anos
- Sexo feminino
- Sexo masculino
- Aparentemente etilizado
- História de doença mental ou neurológica
- Sem história de doença mental ou neurológica, nem aparentemente etilizado

20 – Solicitou algum tipo de tratamento/acompanhamento/ajuda na sequência da violência:

- Sim*
- Não

*Se respondeu sim, que tipo de ajuda solicitou:

- Tratamento psicológico ou psiquiátrico
- Procura da ajuda de amigos/ família
- Tratamento com antidepressivos ou indutores do sono
- Início ou aumento de consumo de analgésicos
- Procura de medicinas alternativas

Anexo II - Pedido de autorização para aplicação do Instrumento de colheita dados

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Universitário do Algarve
Rua Leão Penedo

8000-386 Faro

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da Unidade Curricular de Relatório Final na Escola Superior de Saúde de Viseu a aluna Helena Gomes Martins do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização/Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e enfermeira do CHUA, serviço de urgência polivalente do Hospital de Faro, com o número mecanográfico 2935 e contato de telemóvel 915060795, pretende realizar um estudo/investigação subordinado ao tema- "Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência".

Pretende-se com este estudo caracterizar a violência percebida pelos profissionais de saúde no serviço de urgência. Para além disso é intenção dos investigadores analisar as possíveis associações entre algumas variáveis e a existência de violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex^a se digne autorizar a recolha de dados junto dos funcionários (médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde) nos serviços de urgências do Centro Hospitalar Universitário do Algarve no Hospital de Faro, de Portimão e de Lagos durante os meses de Outubro e Novembro de 2017

Em anexo enviamos os dados do projeto e o guião/instrumento de recolha dos dados.

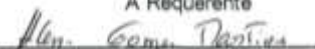
Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex^a caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que o Prof Daniel Silva da Escola Superior de Saúde de Viseu é o responsável pela orientação da investigação a levar a cabo pela enfermeira desse hospital e estudante na nossa escola, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais através do telefone da ESSV – 232 419 100.

Agradecendo uma resposta célere por forma à estudante cumprir com os prazos académicos exigidos.

Sem outro assunto agradecemos desde já a disponibilidade a atenção que possa dispensar ao assunto e apresentamos os melhores cumprimentos.

Faro, 28-09-2017

A Requerente


Helena Gomes Martins

Anexo III - Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Exma. Enf.^a Helena Gomes Martins, mestranda,

Este contacto serve para informá-la que a sua proposta de investigação no âmbito do curso de mestrado/Especialização, intitulada: *Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência*, foi autorizada, como proposta, por todo o Conselho de Administração do CHUA,EPE., a 9/11/2017.

Desta forma, pode iniciar a sua recolha de dados, nos diversos serviços de urgência hospitalar e SUB alocados ao CHUA,EPE.

Com os melhores cumprimentos,

Emanuel Mourão.

Enfermeiro,
CFIC – Área de Enfermagem, Unidade de Faro do CHUA, EPE;
289891147, Ext.: 11534;
morao@chalgarve.min-saude.pt