



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

VIOLÊNCIA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – A REALIDADE OCULTA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Por
Joana Isabel Lopes Correia

Porto – março de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**VIOLÊNCIA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – A REALIDADE
OCULTA**
VIOLENCE IN HEALTHCARE PROFESSIONALS – A HIDDEN REALITY

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Por
Joana Isabel Lopes Correia

Sob a orientação de Doutor João Neves Amado

Porto – março de 2023

Resumo

Foi o presente relatório, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, e descreveu o percurso realizado no Estágio Final.

Os contextos de saúde geram ambientes vulneráveis e propensos à violência que decorrem de um conjunto de situações com origem multifatorial. Representam sérias consequências na saúde física e mental dos profissionais, nos cuidados que prestam e que se repercutem na qualidade da relação que desenvolvem com as pessoas que os procuram. Verificou-se que é um fenómeno que afeta a qualidade dos serviços, impedindo a sua sustentabilidade devido às repercussões na organização e nas relações de trabalho, assim como no desempenho dos trabalhadores.

Este estágio foi realizado numa Unidade de Saúde Pública do Porto, onde foi analisada a problemática da violência nos profissionais de saúde.

Este trabalho teve como objetivo relatar o percurso da criação da plataforma para a vigilância epidemiológica da violência, identificou-se a prevalência do fenómeno da violência e elaborou-se intervenções que possam ser utilizados no futuro. Para dar resposta aos objetivos construiu-se um questionário baseado em conteúdos e formas de apresentação de outros questionários já existentes a nível nacional e internacional. Elaborou-se em simultâneo uma revisão da literatura de forma a dar resposta à questão: *Quais são as estratégias de mitigação na prevenção da violência no local de trabalho dos profissionais de saúde?*. Como resultados obteve-se um modelo de análise da prevalência da violência nos profissionais de saúde e foi elaborado um processo automatizado de análise que apoiará a vigilância regular deste fenómeno assim como alicerça a proposta de intervenções.

Palavras-chave: Violência no Trabalho; Pessoal de Saúde; Estratégias de Saúde

Abstract

This report, developed within the framework of the Master's Course in Nursing with Specialization in Community and Public Health Nursing at the Institute of Health Sciences, of Universidade Católica Portuguesa, reports the path taken in the Final Internship.

Health contexts generate vulnerable environments prone to violence that result from a set of multifactorial situations. They represent serious consequences on the physical and mental health of professionals, on the care they provide and that have repercussions on the quality of the relationship they develop with the people who seek them. It is a phenomenon that affects the quality of services. Affects their sustainability due to the repercussions on the organization and labor relations, as well as on the performance of workers.

This internship was developed in a Public Health Unit in Porto, where the problem of violence in health professionals was analyzed.

The objective of this work was to describe the creation of the platform for the epidemiological surveillance of violence, to identify the prevalence of violence and to develop interventions that could be use in the future. In order to respond to the objectives, a test was constructed based on contents and forms of presentation of other training programs that already exist at national and international level.

A literature review was simultaneously carried out in order to answer the question: "What are the mitigation strategies in the prevention of violence in the workplace of health professionals?"

The results obtained were a model for analyzing the prevalence of violence against healthcare professionals, and an automated analysis process was developed to support the regular surveillance of this phenomenon, as well as provide a foundation for proposed interventions.

Mesh Terms: Workplace Violence; Health Personnel; Health Strategies

“Não existe um caminho para a felicidade. A felicidade é o caminho.”
Mahatma Gandhi

*Obrigada ao Professor João Amado pela motivação e ideias
que trouxe sempre ao projeto,*

*Obrigada à Enfermeira tutora pela disponibilidade, apoio e
determinação com que sempre me ajudou,*

*Obrigada aos meus amigos pela compreensão que
demonstraram,*

*Obrigada às amigas que surgiram deste curso por fazerem
este caminho comigo,*

Obrigada aos meus pais por todo o apoio e estímulo,

*Obrigada ao meu marido por estar sempre presente e me
ajudar com todos os constrangimentos informáticos que
foram surgindo,*

*Obrigada às minhas filhas, por todo o tempo em que não
estive presente, vocês são a luz da minha vida...*

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Autoridade Regional de Saúde
CE	Comissão de Ética
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
EPVA	Equipa de Prevenção da Violência nos Adultos
NOTIFICA	Sistema Nacional de Notificação de Incidentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
SIT	Secretaria Internacional do Trabalho
SPI	Serviços Públicos Internacional
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
USP	Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA PROBLEMÁTICA	21
1.1. Conceito de Violência.....	22
1.2. Tipologia da Violência	23
1.3. Modelo ecológico da violência	25
1.4. Prevenção da violência	28
1.5. Violência nos profissionais de saúde	31
1.6. Estratégias de mitigação na prevenção da violência no local de trabalho dos profissionais de saúde – revisão da literatura	35
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
2.1. Descrição do contexto de estágio	43
2.2. Projeto de Intervenção	45
2.2.1. Finalidade e objetivos	47
2.2.2. Caracterização da População/amostra	48
2.2.3. Instrumento de colheita de dados	48
2.2.4. Recolha e tratamento de dados	48
2.2.5. Resultados do questionário.....	49
2.2.6. Proposta de Intervenção.....	54
2.2.7. Avaliação e reflexão crítica	58
3. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	61
3.1. Competências desenvolvidas no Estágio I.....	61
3.2. Competências desenvolvidas no Estágio Final	63
4. CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

Anexos

Anexo I: Parecer da CE da ARS Norte

Apêndices

Apêndice I: Cronograma

Apêndice II: Questionário de Opinião aos Profissionais de Saúde

Apêndice III: Pedido de autorização para o estudo

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais por sexo (n=135)	50
Gráfico 2 - Comportamentos que os profissionais identificaram como violência (n=135).....	50
Gráfico 3 - % de vítimas de violência nos últimos 6 meses (n=135)	51
Gráfico 4 - Tipos de violência (n=42).....	51
Gráfico 5 - Frequência da Violência nos últimos 6 meses (n=42)	52
Gráfico 6 - Reação dos Profissionais perante a violência (n=42).....	52
Gráfico 7 - % de profissionais com conhecimento dos procedimentos para denúncia da violência (n=135).....	53
Gráfico 8 - Notificação por escrito (n=42).....	53
Gráfico 9 - Razões de não notificar (n=21).....	54

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tipologia da Violência (Fonte: Krug et al, 2002)	24
Figura 2 - Modelo Ecológico da Violência (Adaptado de Krug et al, 2002)	26
Figura 3 - Etapas da Abordagem da Saúde Pública (Adaptado de: World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, objectives and activities, 2022-2026)	29
Figura 4 - Folha de Excel com as respostas ao questionário	55
Figura 5 - Folha do Excel com as respostas compiladas	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Tipificação dos Principais Crimes relacionados com Violência no Setor da Saúde – Código Penal Português (Fonte: Plano Nacional Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, 2020).....	34
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no seguimento da realização da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, do Instituto Ciências da Saúde – Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

Esta unidade decorreu no terceiro semestre, entre 5 de setembro de 2022 e 2 de janeiro de 2023, com um total de 360h de contato, numa Unidade de Saúde Pública do Porto (USP), sob a orientação do Doutor João Neves Amado e sob a tutoria da Enfermeira Especialista.

Na elaboração deste documento utilizamos uma metodologia descritiva com recurso à análise crítica e reflexiva. Diversas estratégias/recursos, entre as quais a pesquisa bibliográfica, reuniões tutoriais e utilização de documentos elaborados no decorrer do estágio, servem de base para a elaboração deste relatório. Encontra-se um Cronograma, apresentado no Apêndice I, de forma a esquematizar as atividades realizadas.

Para além de servir de instrumento de avaliação, pretendemos com a elaboração deste relatório, alcançar os seguintes objetivos:

- Descrever as atividades realizadas durante o estágio, inerentes ao desenvolvimento de competências;
- Compreender a importância da USP enquanto contexto para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública;
- Descrever a forma de implementação do projeto de estágio;
- Desenvolver competências na utilização do processo de Planeamento em Saúde, adequando-o ao processo de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública;

- Refletir de forma crítica sobre o processo de aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e das competências de Mestre em Enfermagem.

No estágio efetuado no 2º semestre: Saúde Comunitária - Vigilância e Decisão Clínica, para além de conhecer a dinâmica da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) onde estagiei, existiu a oportunidade de intervir na área da Saúde Escolar, nomeadamente no Bullying.

A temática abordada neste relatório, “A Violência nos Profissionais de Saúde – a realidade oculta”, é uma escolha por permitir dar continuidade ao projeto anterior, e pelo facto da enfermeira tutora pertencer à Equipa Prevenção de Violência em Adultos (EPVA), da USP onde decorreu o estágio. Foi também uma sugestão da USP abordar este tema devido à crescente vaga de violência presente no Agrupamento de Centros Saúde (ACES) relacionada com os profissionais de saúde.

De modo a dar resposta aos objetivos acima enumerados, e ao plano de estudo, estruturamos o relatório em três partes. No ponto 1 é apresentada uma fundamentação teórica do tema, bem como uma revisão da literatura realizada no decorrer do estágio, de forma a fundamentar a escolha do projeto. No segundo ponto, estão descritas as atividades realizadas ao longo do estágio, no âmbito da metodologia do planeamento em saúde, fazendo referência ao diagnóstico em saúde e todas as suas fases e posteriormente à determinação de prioridades e ao projeto de intervenção. O terceiro ponto demonstra a reflexão sobre o desenvolvimento de competências.

A forma de referenciação das citações no texto, e a elaboração das referências bibliográficas no final do documento, seguem as normas da ISO 690 – primeiro elemento e data.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA PROBLEMÁTICA

O enfermeiro na sua prática profissional obriga-se a cumprir o código deontológico em todo o contexto da sua atuação. No mesmo documento fica expresso, no artigo 101º, que existe dever para com as comunidades com as quais enfermeiro interaja sob as quais o enfermeiro:

“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido;
- b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.” (Enfermeiros, 2015)

Quando assumimos este dever para com a comunidade estamos desde logo a assumir também que há conjuntos de indivíduos alvo dos nossos cuidados em diversos contextos. Os contextos poderão ser os mais diversos existentes e contemplam, por exemplo, as famílias ou mesmo o conjunto de funcionários de uma determinada atividade profissional ou empresa.

Nos contextos empresariais é cada vez mais emergente atender às necessidades em saúde. Também nestes contextos tem vindo a ser cada vez mais relevante a identificação e atuação atempadas e também atuação perante situações de violência no contexto laboral.

Em reunião de análise com os profissionais da USP onde se realizou o estágio emergiu a necessidade de abordar a temática da violência nos profissionais de saúde tornando-se necessária uma abordagem aprofundada sobre o tema.

Neste capítulo abordou-se a definição de violência, os tipos de violência, formas de prevenção e o papel da saúde pública na prevenção da mesma. O projeto foi

suportado por uma revisão da literatura que contribuiu para o desenvolvimento de competências na área da especialidade.

1.1. Conceito de Violência

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Violência é um “Comportamento agressivo: demonstração enérgica de ações ou do uso desleal de força ou de poder com a finalidade de ferir ou causar dano; maus tratos ou agressão: ações violentas; agredir; prejudicial; ações ilegais ou culturalmente proibidas para com outros; estado de luta ou conflito pelo poder. (Enfermeiros, 2010)

Violência é “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação.” (Krug, et al., 2002)

Esta definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) engloba várias noções fundamentais, nomeadamente, as de intencionalidade, poder, alvo, natureza e impacto.

A intencionalidade está relacionada com o ato em si mesmo, independentemente do dano causado, pelo que não estão incluídas ações não intencionais, como, por exemplo, os acidentes (de viação, queimaduras ou outros). É de salientar que mesmo que a violência seja distinta de atos não intencionais que resultem em lesões, a presença da intenção da utilização da força física não remete, necessariamente, para a ideia de tentar causar dano. Todavia, a OMS defende que, em situações em que um perpetrador cometa intencionalmente um ato considerado perigoso e altamente provável de resultar em efeitos adversos à saúde, mesmo que o próprio não o entenda ou assuma como tal, é considerado um ato violento. Para a intencionalidade a prática cultural não a justifica, uma vez que se define violência como estando relacionada com a saúde e bem-estar dos indivíduos.

A noção de poder encontra-se incluída na violência alargando a sua natureza, não estando apenas restringida à força física, mas também presente na assimetria de

poder existente nas relações com violência, com base em ameaças e intimidação, assumindo uma relação hierárquica entre agressor e vítima (o alvo da violência).

O conceito da natureza da violência é suficientemente abrangente, ao englobar questões relacionadas com negligência ou atos de omissão, para além de todos os tipos de ações violentas de natureza física, psicológica ou sexual, comportamentos suicidas e outras formas de agressão autodirigida.

O impacto ultrapassa o domínio físico da lesão ou da morte, incluindo os danos psicológicos, morais e sociais que, muitas vezes, acompanham as vítimas ao longo do seu ciclo vital, podendo atravessar várias gerações tendo como resultado custos sociais para toda a Humanidade. (Saúde, 2016)

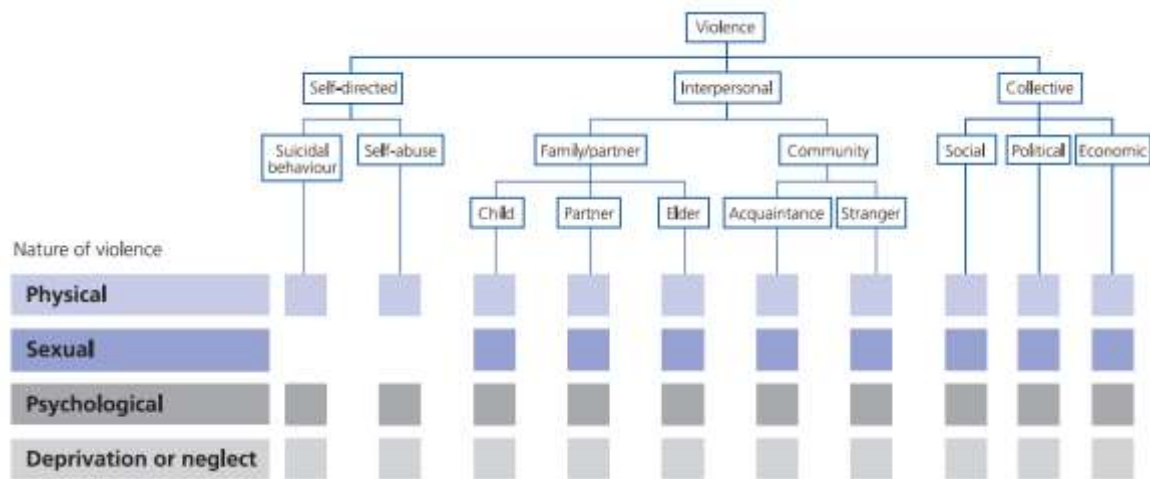
1.2. Tipologia da Violência

Em 1996, a violência foi declarada um dos principais problemas de saúde pública, pela Assembleia Mundial da Saúde e nesse sentido a OMS desenvolveu uma tipologia de violência que caracteriza os diferentes tipos de violência e as ligações entre eles. (Krug, et al., 2002)

A OMS divide a violência em três grandes categorias de acordo com as características de quem comete o ato violento: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva.

Esta categorização distingue entre a **Violência** que uma pessoa inflige a si mesma, a **Violência** infligida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos e a **Violência** infligida por grupos maiores, como Estados, grupos políticos organizados, grupos de milícias e organizações terroristas (Krug, et al., 2002), e pode ser representada graficamente conforme apresentado na *Figura 1*.

Figura 1 - Tipologia da Violência (Fonte: Krug et al, 2002)



A **Violência autodirigida** é subdividida em comportamento suicida e auto abuso. O comportamento suicida inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios consumados. O auto abuso inclui atos como a automutilação. (Krug, et al., 2002)

A **Violência interpessoal** é dividida em duas subcategorias: Violência Familiar e Violência Comunitária.

Violência Familiar e por parceiro íntimo consiste em violência principalmente entre membros da família e parceiros íntimos, embora possa ocorrer em casa ou no exterior da mesma. Neste grupo inclui-se formas de violência como abuso infantil, violência praticada pelo parceiro íntimo e abuso de idosos.

Violência comunitária consiste em violência entre indivíduos sem parentesco, que podem ou não se conhecer, geralmente ocorrendo fora de casa. Pode incluir violência juvenil, atos aleatórios de violência, violação ou agressão sexual por estranhos e violência em ambientes institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos. (Krug, et al., 2002)

A **Violência coletiva** está subdividida em violência social, política e econômica. A violência coletiva inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras e conflitos violentos relacionados, violência do Estado e atos semelhantes perpetrados por grupos maiores. A violência econômica é motivada por ganhos

económicos e fruto de grupos maiores de pessoas, como ataques realizados com o objetivo de interromper a atividade económica, negar o acesso a serviços essenciais ou criar divisão e fragmentação económica. (Krug, et al., 2002)

A natureza dos atos violentos pode ser: física; sexual; psicológica; envolvendo privação ou negligência.

Esta tipologia da violência fornece uma estrutura útil para entender os complexos padrões de violência que ocorrem em todo o mundo, bem como a violência na vida quotidiana de indivíduos, famílias e comunidades. (Krug, et al., 2002)

Colocando a abordagem ao nível da violência interpessoal, subdividimos em violência física, psicológica e sexual.

A violência física pode englobar atos como por exemplo: empurrar, pontapear, esbofetear, atirar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros.

A violência psicológica pode incluir insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revistar objetos pessoais, privar de documentação pessoal, negar o acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros.

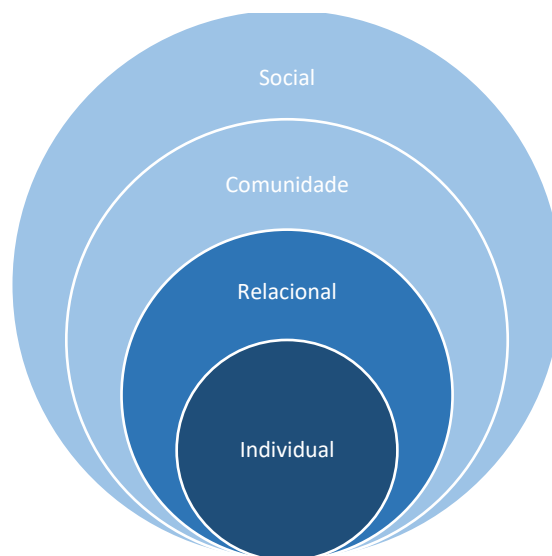
A violência sexual abrange atos como obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação marital. (Redondo, et al., 2012)

1.3. Modelo ecológico da violência

Nenhum fator isolado explica por que alguns indivíduos se comportam de forma violenta em relação a outros ou por que a violência é mais prevalente em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Compreender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para prevenir a violência. (Krug, et al., 2002)

De forma a compreender melhor a natureza multifacetada da violência, a OMS adotou desde 2002 um modelo ecológico (*Figura 2*). O modelo explora a relação entre fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto de múltiplos níveis de influência sobre o comportamento. Este modelo baseia-se no modelo conceptual do desenvolvimento humano desenvolvido por Broffebrenner, e de acordo com o modelo, são conceptualizados quatro níveis de fatores que interagem entre si: fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. (Saúde, 2016)

Figura 2 - Modelo Ecológico da Violência (Adaptado de Krug et al, 2002)



Atendendo ao modelo ecológico da violência apresentado identificamos o nível mais restrito, como sendo o primeiro necessário para a análise, o nível individual. O modelo identifica os fatores biológicos e da história pessoal que um indivíduo traz para o seu comportamento. São considerados para além dos fatores biológicos e demográficos, fatores como impulsividade, baixa escolaridade, abuso de substâncias e história prévia de agressão e abuso. Este nível do modelo ecológico contém as características do indivíduo que aumentam a probabilidade de ser vítima ou perpetrador de violência. (Krug, et al., 2002)

No mesmo modelo, mas num nível mais abrangente que o individual encontramos o denominado nível Relacional. O segundo nível analisa como as relações sociais

próximas, relações com pares, parceiros íntimos e familiares aumentam o risco de vitimização violenta e perpetração de violência. (Krug, et al., 2002)

No modelo o nível apresentado após o relacional é a Comunidade. No terceiro nível são então examinados os contextos comunitários nos quais as relações sociais estão inseridas, escolas, locais de trabalho e bairros, e procura identificar as características desses ambientes que estão associadas a serem vítimas ou perpetradores de violência. São exemplos desses fatores: alto nível de mobilidade residencial, heterogeneidade e alta a densidade populacional. Existem outros fatores que também podem ser determinantes como: comunidades caracterizadas por problemas como tráfico de drogas, altos níveis de desemprego ou isolamento social generalizado. (Krug, et al., 2002)

O quarto e último nível do modelo é o Social. Neste nível mais abrangente, são examinados os fatores sociais mais amplos que influenciam as taxas de violência. Estão incluídos os fatores que criam um clima aceitável para a violência, aqueles que reduzem as inibições contra a violência e aqueles que criam e sustentam lacunas entre diferentes segmentos da sociedade ou tensões entre diferentes grupos ou países. (Krug, et al., 2002)

Esta estrutura do modelo ecológico da violência destaca as múltiplas causas da violência e a interação de fatores de risco que operam dentro da família e da comunidade mais ampla, contextos sociais, culturais e económicos. O modelo ecológico relaciona a violência causada por diferentes fatores em diferentes fases da vida. (Krug, et al., 2002)

Embora alguns tipos de violência tenham fatores de risco exclusivos, na maioria os tipos de violência partilham vários fatores de risco, nomeadamente normas culturais predominantes, pobreza, isolamento social e fatores como abuso de álcool, abuso de substâncias e acesso a armas de fogo. Como resultado, alguns indivíduos em risco de violência sofrem mais de um tipo de violência.

Devido aos vínculos que existem entre a violência e a interação entre fatores individuais e contextos sociais, culturais e económicos, abordar os fatores de risco

nos vários níveis do modelo ecológico pode contribuir para a diminuição de mais de um tipo de violência. (Krug, et al., 2002)

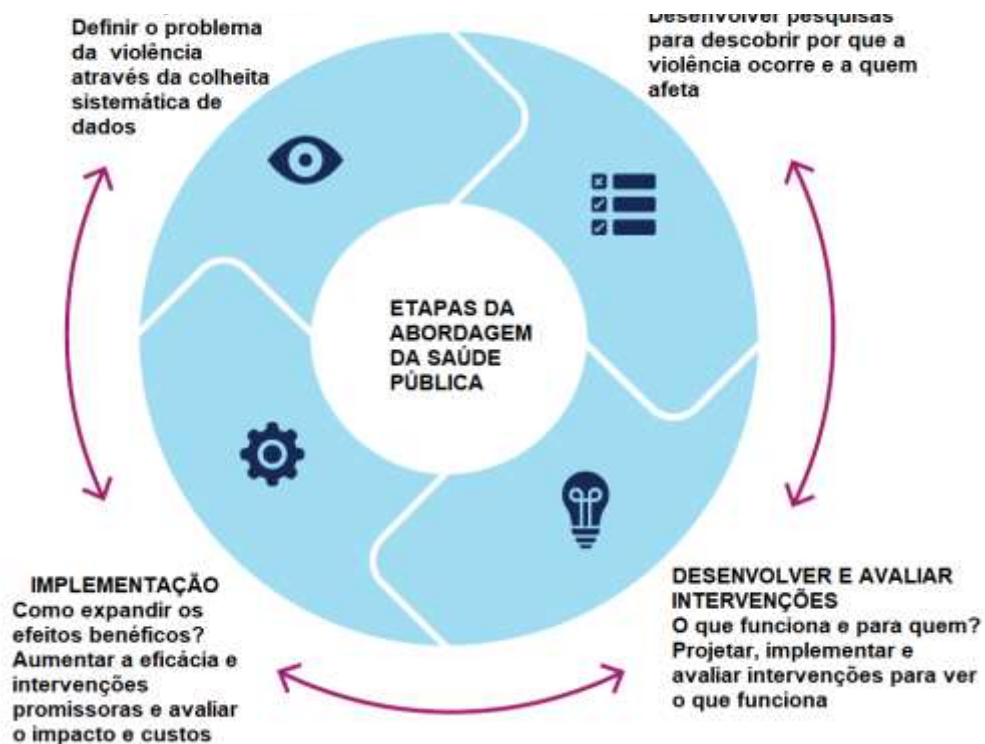
1.4. Prevenção da violência

Por definição, a saúde pública concentra-se em lidar com as condições e problemas que afetam a saúde e visa proporcionar o máximo benefício para o maior número de pessoas. A preocupação da saúde pública é prevenir a saúde e problemas e estender melhores cuidados e segurança a populações inteiras. A abordagem da saúde pública oferece aos profissionais, governantes e investigadores um guia que pode ser aplicado a programas de planeamento, políticas e investigação (Organization, 2022) e é apresentado pela OMS como uma aplicação cíclica baseada em fases, conforme apresentado na *Figura 3*.

A abordagem da saúde pública para a violência é baseada sobre rigorosos requisitos científicos e tem quatro etapas principais:

- Vigilância, revelando tanto conhecimento básico quanto possível sobre todos os aspetos da violência através da coleta sistemática de dados sobre a magnitude, abrangência, características e consequências de violência a nível local, nacional e níveis internacionais.
- Investigar por que a violência ocorre, realizando pesquisas para determinar: as causas e correlatos da violência; os fatores que aumentam ou diminuem o risco para violência; os fatores que podem ser modificáveis através de intervenções.
- Explorar formas de prevenir a violência, usando informações ao projetar, implementar, monitorar e avaliar intervenções.
- Implementar, numa variedade de configurações, intervenções que se mostram promissoras, divulgar informações de forma ampla e determinar o custo-eficácia dos programas. (Krug, et al., 2002)

Figura 3 - Etapas da Abordagem da Saúde Pública (Adaptado de: World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, objectives and activities, 2022-2026)



Em relação à violência, o principal papel e responsabilidade da saúde pública é a prevenção. Os profissionais de saúde pública estão numa posição única para abordar as desigualdades e combater as causas profundas dos conflitos em situações locais, comunitárias e internacionais. (Health, 2016)

A Prevenção da violência pode ser realizada em 3 níveis. A Prevenção primária visa prevenir a violência antes que ela ocorra, em grande parte centrada em questões organizacionais. A Prevenção secundária concentra-se nas respostas mais imediatas à violência, como serviços de emergência e tratamento médico. A Prevenção terciária concentra-se em cuidados de longo prazo, como reabilitação e reintegração, e tenta diminuir o trauma ou reduzir a incapacidade de longo prazo. (International Labour Organization, 2005)

Prevenção primária da violência – objetivo primordial da saúde pública

A violência demonstra a imensa desigualdade dentro dos países e internacionalmente. As desigualdades na violência e as consequências de conflitos violentos, como refugiados e encargos ambientais, são na maior parte das vezes piores para os países mais pobres, tendo sido o aumento da desigualdade social associado ao aumento de crimes violentos em vários países. As evidências sugerem que aqueles expostos a abuso, negligência e stress na infância são mais propensos a recorrer à violência para tentar resolver os seus próprios problemas. Prevenir as causas profundas dos conflitos violentos é essencial para melhorar a saúde global e contribuir para um mundo livre de violência.

A resolução visa promover e desenvolver uma resposta multissetorial nacional eficaz e abrangente à violência interpessoal. (Health, 2016)

Prevenção secundária da violência – intervenção precoce

Quando não é possível prevenir a violência deve ser realizada uma intervenção precoce de forma a mitigar a sua escalada. A prevenção secundária envolve deteção e intervenção precoce, mitigação e tratamento de conflitos. A infraestrutura de saúde pública precisa ser fortalecida para aumentar a capacidade de identificar, responder e prevenir problemas de importância para a saúde pública.

Os profissionais de saúde pública precisam de ser formados para melhor identificar, responder e prevenir as consequências do terrorismo para a saúde e promover a visibilidade e disponibilidade de serviços de saúde pública nas comunidades que atendem. (Health, 2016)

Prevenção terciária da violência – mitigação e resposta

Os sistemas de saúde pública e os profissionais de saúde pública devem ser efetivamente mobilizados em resposta, para aos locais onde ocorre a violência. A prevenção terciária envolve respostas à violência e às consequências da violência, incluindo resposta, tratamento e reabilitação.

O sistema de saúde pública deve atender às necessidades de saúde mental das populações, deve assegurar a proteção do meio ambiente, o abastecimento de alimentos e água, a saúde e a segurança dos profissionais de resgate e recuperação.

Os profissionais de saúde pública devem estar envolvidos na construção e manutenção dos sistemas de saúde pública para coletar dados sobre as consequências da violência e de outros desastres para a saúde e a saúde mental das vítimas, socorristas e comunidades, e desenvolver definições uniformes e sistemas padronizados de classificação de dados de morte e ferimentos resultantes de violência e outros desastres, sendo também crucial a promoção do desenvolvimento sustentável, a fim de aumentar a resiliência em caso de ações violentas. (Health, 2016)

1.5. Violência nos profissionais de saúde

A Convenção sobre Violência e Assédio de 2019 (n. 190), no seu artigo 1.º (alínea a), n.º 1) apresenta a definição abrangente de "violência e assédio" como:

"... um conjunto de comportamentos inaceitáveis, práticas ou ameaças originadas por uma ocorrência única ou de forma recorrente, que visam, resultam ou são suscetíveis de causar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou económicos."

Esta definição aplica-se a episódios de violência e assédio "ocorridos durante, relacionados ou decorrentes do trabalho:

- (a) nos locais de trabalho, incluindo espaços públicos e privados, que sejam locais de trabalho;
- (b) em locais onde o trabalhador recebe pagamentos, faz pausas de descanso ou toma refeições, ou instalações sanitárias, balneários e vestiários;
- (c) durante viagens relacionadas com o trabalho, formação, eventos ou atividades sociais;
- (d) através de comunicações relacionadas com o trabalho (...); e, em alojamentos disponibilizados pelas entidades empregadoras, e;
- (f) durante as deslocações de e para o trabalho" (Artigo 3.º). (Trabalho, 2020)

Em 1997 a Comissão Europeia considerou Violência no Setor da Saúde, todas as situações em que um/a trabalhador/a, a desempenhar funções numa instituição que presta cuidados ou serviços de saúde, independentemente do seu vínculo jurídico, é submetido/a a qualquer tipo de violência relacionada com o seu trabalho, onde se incluem também as deslocações para e do trabalho, onde é colocada em risco, de forma direta ou indireta, a sua segurança, bem-estar ou saúde ou as de terceiros. (Biscaia, et al., 2020)

A violência no ambiente de trabalho da saúde difere da violência vivenciada por trabalhadores de outros setores. Os profissionais de saúde devem interagir de perto com seus pacientes/clientes e as suas famílias, muitas vezes em circunstâncias difíceis. Pacientes/clientes podem agir de forma agressiva devido à sua condição médica ou à medicação prescrita. Podem ter um histórico de comportamento violento ou sentir-se frustrados e com raiva como resultado de suas circunstâncias. (Columbia, 2005)

Segundo a OMS, os profissionais de saúde têm alto risco de sofrer violência em todo o mundo. Entre 8% e 38% dos profissionais de saúde sofreram violência física em algum momento de suas carreiras. A agressão verbal é provavelmente a mais comum. A maior parte da violência é praticada por pacientes e visitantes. As categorias de profissionais de saúde com maior risco incluem enfermeiros e outros funcionários diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, como por exemplo a equipa de emergência. (Organization, 2022)

Embora todas as profissões no setor da saúde estejam potencialmente em risco de violência no local de trabalho, algumas parecem estar em risco especial:

- Enfermeiros e paramédicos: risco extremamente alto;
- Médicos, equipa de suporte e equipa técnica: risco alto;
- Todos os outros profissionais de saúde: em risco. (International, 2002)

A violência contra os profissionais de saúde não é aceitável. Tem um impacto negativo no bem-estar psicológico e físico do pessoal de saúde e também afeta a sua motivação. Como consequência, essa violência compromete a qualidade do atendimento e coloca em risco a prestação de serviços de saúde. (Organization, 2022)

A violência no local de trabalho contribui de forma significativa para mortes e lesões em muitas partes do mundo. Na União Europeia, estima-se que 3 milhões de trabalhadores tenham sofrido violência física no trabalho. A violência no trabalho envolve o comportamento físico, mas também psicológico. Muitos trabalhadores

sofrem *Bullying*, assédio sexual, ameaças, intimidações e outras formas de violência psicológica. (Krug, et al., 2002)

A violência no local de trabalho causa perturbações imediatas e muitas vezes duradouras nas relações interpessoais e em todo o ambiente de trabalho. Os custos de tal violência podem incluir custos diretos, indiretos e intangíveis. Como custos diretos podemos ter: acidentes, doença, invalidez e morte, absenteísmo e rotatividade de pessoal. Nos custos indiretos podemos incluir: redução do desempenho do trabalho, menor qualidade dos produtos ou serviços e produção mais lenta e diminuição da competitividade. Por fim, com os custos mais intangíveis temos: danos à imagem de uma organização, diminuição da motivação e moral, diminuição da lealdade à organização, níveis mais baixos de criatividade e um ambiente menos propício ao trabalho. (Krug, et al., 2002)

A resposta tradicional à violência no trabalho, baseada exclusivamente no cumprimento das normas, não abrange muitas situações diversas. Torna-se necessária uma abordagem abrangente, que dê importância às causas da violência no local de trabalho, com o objetivo de tornar a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores parte integrante do desenvolvimento da organização.

Existem várias medidas que estão cada vez mais a ser adotadas pelas instituições de forma a prevenir a violência. Estas incluem uma colaboração ativa de organizações de trabalhadores e empregadores na formulação de políticas e programas anti violência no local de trabalho; apoiar a legislação e diretrizes do governo nacional e local; a divulgação de estudos de caso de boas práticas na prevenção da violência no trabalho; melhorias no ambiente de trabalho, estilos de gestão e organização do trabalho; maiores oportunidades de formação e aconselhamento e apoio às vítimas. (Krug, et al., 2002)

Escolher a abordagem certa é tão importante quanto escolher o tipo de intervenção necessária para combater a violência no local de trabalho. A prevenção consiste numa resposta pró-ativa à violência no local de trabalho com ênfase na eliminação das causas e numa avaliação a longo prazo de cada intervenção. Combater o problema da violência na sua origem é a forma mais eficaz de combater a violência no local de trabalho no setor de saúde.

Embora, em sentido preciso, a prevenção exija abordar o problema da violência no local de trabalho antes que ela se manifeste (prevenção primária), as intervenções em resposta à violência imediatamente após um evento ou a longo prazo devem abordar as raízes do problema (prevenção secundária e terciária). (International Labour Organization, 2005)

Legislação em Portugal

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa consagra o direito fundamental de qualquer trabalhador em usufruir de trabalho digno e de ambiente de trabalho saudável e seguro.

A violência sobre trabalhadores no setor da saúde, é matéria prevista no Código Penal Português, e é suscetível de integrar a prática de crimes de natureza pública ou semipública, quando praticada contra funcionário público ou profissional encarregado de serviço público e quando a violência acontece no exercício de funções ou por causa delas. Tratando-se de crimes públicos ou semipúblicos, qualquer pessoa pode denunciar os factos. (Biscaia, et al., 2020)

Tratando-se de crimes contra profissionais da saúde, encontram-se organizados na seguinte qualificação jurídico-criminal, de acordo com o Código Penal:

Crimes Públicos	Ofensa à integridade física simples ou grave (qualificadas)	Artigos 143.º, n.º 1, 144.º, 145.º, n.ºs 1, alíneas a) e c) e 2
	Ameaça, coação e perseguição (agravadas)	Artigos 153.º, 154.º, 154.º-A e 155.º, n.º 1, alínea c)
	Sequestro	Artigo 158.º, n.º 2, alínea f)
Crimes Semipúblicos	Injúria, difamação, publicidade e calúnia	Artigos 180.º, 181.º, 183.º e 184.º

Tabela 1 - Tipificação dos Principais Crimes relacionados com Violência no Setor da Saúde – Código Penal Português (Fonte: Plano Nacional Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, 2020)

De acordo com o artigo 242º do Código Penal, para além da queixa do próprio trabalhador que é vítima de violência, a denúncia da violência é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos. A direção/responsável da instituição de saúde que tiver conhecimento de participação de ato de violência, contra um trabalhador da saúde no local de trabalho (ou fora dele, mas por causa

do exercício de funções) tem de denunciar aos serviços do Ministério Público territorialmente competente, para efeitos de instauração de inquérito crime. (Biscaia, et al., 2020)

1.6. Estratégias de mitigação na prevenção da violência no local de trabalho dos profissionais de saúde – revisão da literatura

A revisão integrativa da literatura apresentada neste relatório tem como objetivo primordial identificar quais as estratégias de mitigação mais utilizadas para a prevenção da violência nos profissionais de saúde.

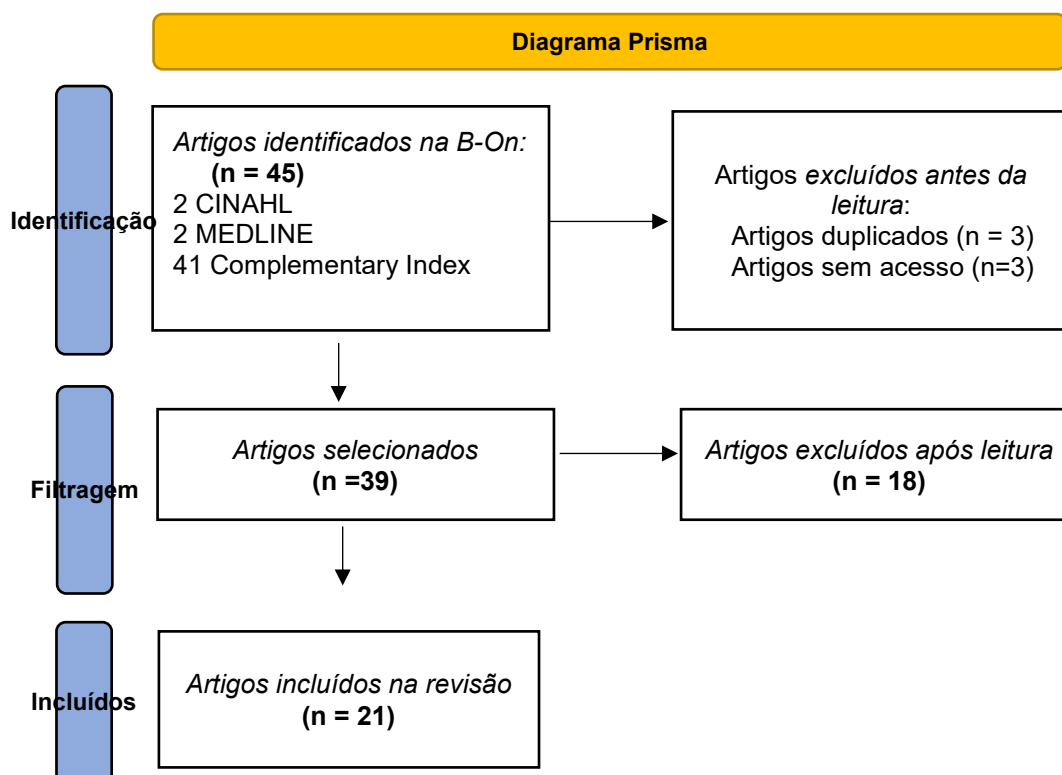
Atendendo à abordagem teórica já realizada, surge uma questão complementar à qual consideramos necessário procurar o estado da arte para resumir o que já sabemos sobre o assunto. Perante a questão “**Quais são as estratégias de mitigação na prevenção da violência no local de trabalho dos profissionais de saúde?**”, propusemo-nos a realizar uma revisão da literatura.

Para encontrar respostas à questão, utilizamos como metodologia a pesquisa de publicações científicas indexadas na base de dados *B-On* no mês de novembro de 2022. Recorremos às bases de dados CINAHL, MEDLINE e Complementary Index.

A seleção dos artigos foi realizada com recurso aos descritores em saúde: ("workplace violence") AND ("healthcare professional" or "healthcare professionals" or "healthcare worker" or "healthcare workers") AND ("violence prevention") AND ("mitigation strategies" or "mitigation plans").

Foi utilizado o período temporal 2017-2022 e obtivemos uma amostra de 45 artigos. Destes artigos 3 eram de acesso reservado, portanto foram excluídos. Após a leitura dos artigos constatamos a existência de 3 artigos repetidos, portanto também foram eliminados. 18 dos artigos finais não respondiam à questão de investigação, portanto foram também eliminados, tendo ficado um total de 21 artigos.

Deste modo, obtivemos um Diagrama Prisma:



A análise e síntese dos dados obtidos foram realizadas de forma descritiva com o propósito de comparar e discriminar os resultados, de modo a obter o conhecimento produzido sobre o tema em estudo procedendo-se à discussão dos mesmos.

Segundo a “Joint Commission” as recomendações da gestão da violência baseiam-se em quatro etapas: descrever e reconhecer; comunicar; dados e planeamento e resposta e prevenção. Descrever e reconhecer um evento é o primeiro passo essencial. Os incidentes de violência no local de trabalho devem ser definidos de forma ampla, e qualquer situação em que um profissional de saúde se sinta inseguro, independentemente do dano, deve desencadear uma investigação. A “Joint Commission” recomenda a implementação de sistemas de relatórios simples, confiáveis e seguros para remover todas as barreiras e capturar, rastrear e analisar cada incidente de violência no local de trabalho. Relatórios abrangentes possibilitam a colheita de dados e o planeamento estratégico. As organizações de saúde devem rever e analisar quaisquer fatores contribuintes para determinar prioridades e intervenções apropriadas para cada incidente relatado, incluindo

condições do local de trabalho, tendências de dados, iniciativas de melhoria de qualidade e estratégias de redução da violência. A resposta ao problema e a forma de prevenção adotadas devem ser o resultado final da ação. Os estabelecimentos de saúde devem oferecer acompanhamento e apoio adequados aos funcionários após cada ocorrência de violência no local de trabalho. Podem ser necessárias mudanças institucionais no ambiente físico, nas práticas de trabalho e nos procedimentos administrativos. (Weaver, et al., 2019)

As direções dos estabelecimentos têm um papel fundamental na prevenção da violência. Desta forma existem várias políticas e procedimentos que as instituições devem implementar na prevenção da violência contra os profissionais de saúde.

Um programa abrangente de prevenção de prevenção da violência no local de trabalho destina-se a reduzir e possivelmente eliminar os incidentes da mesma.

Este deve incluir avaliação de risco e controlo do perigo, deve incluir um sistema de manutenção de registos da organização e do processo de avaliação do programa. Quaisquer políticas direcionadas a esta temática devem ter uma ligação clara com as políticas relacionadas, como um código geral de conduta, assédio, segurança, proteção e políticas relacionadas à saúde, e não ser autónomas.

Dada a crescente ameaça às operações de negócios representada pela violência no local de trabalho, os esforços de mitigação para minimizar a incidência e o impacto da violência no local de trabalho exigem o compromisso da administração e o envolvimento dos funcionários. As políticas e procedimentos formam a espinha dorsal de qualquer esforço para mitigar o risco dentro de uma organização. (Simeone, et al., 2018)

Na prevenção da violência podemos adotar uma abordagem interprofissional de forma a desenvolver um plano abrangente para a redução de incidentes de violência no local de trabalho numa organização. Uma das estratégias possíveis passa por criar um Fórum de Violência no Local de Trabalho com representantes da administração, enfermagem, segurança, qualidade, defesa do paciente, gestão de riscos, recursos humanos, gestão de emergências, saúde comportamental e comunitária, comunicação corporativa e educação clínica, de forma a criar um plano de prevenção da violência no local de trabalho que poderá incluir várias estratégias

como: sistemas de crachás para visitantes, segurança aprimorada e cobertura da polícia; entrada do leitor de crachás para a unidade de terapia intensiva; implementação de uma área de saúde comportamental do Departamento de Emergência; políticas revisadas de violência no local de trabalho; direitos e responsabilidades atualizados do paciente; educação da comunidade e dos funcionários sobre violência no local de trabalho. (Pennington, et al., 2020)

Verificou-se que uma avaliação de risco e um plano de ação corretiva constroem o Plano de Prevenção da Violência no local de trabalho e pode mitigar possíveis exposições da equipa à violência. Um programa de formação efetiva e interativa que seja específico para educar os funcionários sobre procedimentos de segurança realistas pode fornecer orientação e suporte à equipa durante tempos difíceis. O papel do enfermeiro de saúde ocupacional é fundamental para a equipa interdisciplinar responsável pela prevenção, resposta e notificação de incidentes de violência no local de trabalho. (Gooch, 2018); (The effects of skill-based team learning curriculum in workplace violence prevention for nurses, 2019)

Os Programas de Treino de Gestão e Prevenção da Violência no Local de Trabalho existentes nas instituições têm efeitos positivos no desenvolvimento de um compromisso de objetivo mais forte, melhorando a autoeficácia ocupacional, aumentando a confiança na capacidade de lidar com situações violentas e modificando atitudes em relação às causas e gestão da violência em enfermeiros de emergência. (Liu, 2022) (Chang, 2022)

Mais educação na prevenção da violência e criação de áreas ou espaços nos serviços de internamento onde os pacientes que apresentam comportamento violento possam ser melhor atendidos, em 'quartos seguros', por exemplo, foram algumas sugestões fornecidas pelos profissionais a quem foi aplicada a escala "Violence Prevention Climate". A incorporação de políticas de tolerância zero foi apoiada com sugestões em torno da redução do tempo de espera do paciente como forma de prevenir e gerenciar a violência. Recomenda-se um apoio profissional de saúde mental mais frequente, tendendo a ter profissionais de saúde mental permanentes baseados em serviços como serviços de emergência. A conscientização sobre o clima de violência no nosso ambiente clínico do ponto de

vista do paciente e do profissional de saúde, pode permitir que os profissionais de saúde facilitem uma abordagem multidisciplinar para a prevenção e o gerenciamento da violência. (Brunero, 2021)

Frequentemente, as intervenções para a prevenção da violência são baseadas em métodos de simulação, formação de sensibilidade para profissionais e mudanças no processo de gestão de cuidados de saúde. O treino pode ajudar a identificar os sinais de alerta de comportamento violento para orientar o desenvolvimento de estratégias de prevenção e difundir uma situação violenta. Foi identificada a necessidade de hospitais e dos médicos melhorarem as habilidades de comunicação. Também é salvaguardada a necessidade de estruturação de canais que favoreçam a adequada formação para ajudar os profissionais de saúde com estratégias diante de atos de violência e gestão de suas emoções de longo prazo. As alterações nas configurações, como alteração de cargas de pacientes, restrição do número e tipos de visitantes permitidos e ajuste do tamanho das unidades de saúde também podem ser utilizadas. Lidar com as insatisfações subjacentes, como tempo de espera, acesso a serviços e medicamentos, níveis de pessoal e outras questões de qualidade de atendimento, são questões fundamentais dos sistemas de saúde que devemos considerar como prioritárias. O fortalecimento da infraestrutura de saúde e a melhoria das habilidades de comunicação do pessoal de saúde ajudará na mitigação do problema. Uma formação com “STAMP” (olhar e contato visual, tom e volume de voz, ansiedade, murmúrios e estimulação) foi também indicada como uma estratégia como medida preventiva precoce para reduzir a agressão. (Ruco, 2022) (Lafta, 2021) (Singh, 2022) (Jain, 2021)

Outra forma de enfrentar o problema pode passar pela aplicação de escalas que avaliem a possibilidade de violência logo à chegada do paciente ao hospital, como por exemplo através da aplicação da Brøset Violence Checklist (BVC). Este procedimento pode ser integrado no gráfico de observação de enfermagem ao lado de uma matriz de gestão e é conhecido como os comportamentos de preocupação. Um processo que inclui avaliação de risco de violência, agressão ocupacional de rotina, estrutura de notificação e resposta reduziu eventos de segurança não planejados e aumentou a confiança da equipa no reconhecimento e gestão

proactiva da violência. Essa abordagem poderá ser adequada para uso mais amplo em Departamentos de Emergência. (Senz, 2021)

Verificou-se que os funcionários afiliados a departamentos de alta exposição à violência (psiquiatria e medicina de emergência) tiveram um nível mais alto de confiança em lidar com situações de violência no local de trabalho. Verificou-se que o suporte organizacional percebido e a participação em cursos de formação relacionados com a prevenção da violência no local de trabalho podem afetar significativamente o comportamento violento ou a confiança em lidar com a violência no local de trabalho. O apoio social percebido da administração e dos colegas é essencial para que os profissionais de saúde desenvolvam profissionalismo e mecanismos de gestão ao lidar com pacientes agressivos. (Chen, 2022)

Outras estratégias surgiram que podem ser utilizadas tendo em atenção a este contexto específico. Nos hospitais estudados a indisponibilidade dos medicamentos necessários muitas vezes resultou no uso de restrições de força e isolamento para controlar a agressão. Apesar da inclusão de uma variedade de medicamentos psicotrópicos de várias classes terapêuticas nas listas de medicamentos essenciais, a maioria das instalações não é compatível com o stock de medicamentos mais novos, como a olanzapina para sedação. Comportamentos percebidos como desumanizadores, degradantes e desrespeitosos podem provocar a violência do paciente. Os resultados mostraram que quase todos os funcionários, especialmente do quadro clínico, sofreram agressões violentas de uma forma ou de outra. A estatística descritiva mostrou que, em comparação com os homens, as mulheres correm mais risco de ambos os tipos de agressão. As experiências de agressões violentas físicas e não físicas foram estatisticamente e significativamente altas entre os enfermeiros. Esse achado pode ser atribuído ao fato de os enfermeiros estarem principalmente na linha de frente do atendimento, incluindo na administração de medicamentos, no aconselhamento, na contenção de pacientes agressivos e na resposta às solicitações de atendimento do utente. (Atinga, 2021)

Outros estudos demonstram que existem menores taxas de agressão em hospitais que praticavam trabalho de equipa positivo, com funcionários que expressam sentirem-se menos pressionados, com menor carga de trabalho e referindo sentirem mais apoio. Também foi observado que as enfermarias que trabalhavam em meios rurais relataram significativamente menos incidentes físicos e verbais do que as enfermarias da cidade. As vistas rurais podem ser percebidas como mais agradáveis e potencialmente mais relaxantes do que as estruturas feitas pelo homem. A inclusão de mais espaço ao ar livre também foi altamente recomendada para ajudar a reforçar a interação social e a recuperação; no entanto, questões como a disponibilidade limitada de pessoal para acompanhar os pacientes até os espaços externos podem impedir que isso aconteça. (Bellman, 2022)

Desenvolver uma nova consciência e compreensão da violência no local de trabalho contra os enfermeiros envolve a identificação, reconhecimento e relato de situações em que há força verbal e física intencional que é potencialmente prejudicial. A maior parte da violência sofrida por enfermeiros que trabalham em ambiente pré-hospitalar decorre de situações de crise de saúde mental do paciente e/ou intoxicação. Torna-se um desafio moral e ético para os enfermeiros o desenvolvimento na prática ferramentas de avaliação mais sensíveis que identifiquem claramente os gatilhos ambientais que possam levar à violência.

No entanto, também há evidências que sugerem que os enfermeiros necessitam de informações, experiência e interesse nos primeiros sinais de alerta de violência e estratégias de prevenção associadas. Por vezes, os enfermeiros podem nem mesmo reconhecer atos violentos como violentos, optando por aceitar a violência de pacientes e visitantes como parte do trabalho. (Hou, et al., 2022)

Segundo Bilici et al. (2016) devem ser tomadas estratégias para reduzir as agressões violentas contra médicos e enfermeiros e outros profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham em serviços de urgência. É necessário existir um reforço dos profissionais de segurança e formação para mitigar a violência no local de trabalhos segundo Tucker et al. Estratégias de comunicação devem ser elaboradas, bem como campanhas públicas necessárias para anular as lacunas de comunicação (Davey et al. 2020).

Gillespie et al. conduziram um estudo em que sugeriram outras estratégias de proteção para combater as consequências negativas da violência, como praticar autodefesa, instruir os perpetradores a deixarem de ser violentos, autoapoio social e limitar as interações com perpetradores de violência em potencial ou conhecidos. (Chakraborty, et al., 2022)

A natureza multifacetada da violência no local de trabalho torna difícil resolver esta questão completamente. No entanto, medidas podem ser tomadas para a reduzir. Podem ser realizadas sessões educativas que visem identificar os sinais de alerta de comportamento violento, o desenvolvimento de estratégias de prevenção para difundir uma situação violenta e estratégias de gestão após enfrentar atos de violência. Algumas das sessões poderão ser baseadas em casos reais para educar os profissionais sobre si mesmos, técnicas de defesa, desenvolvendo sistemas de código para violência e formando equipas interprofissionais para lidar com os episódios de violência. (Kumari, et al., 2020)

Tornou-se claro algumas estratégias comuns a todos os estudos. Todas as estratégias apresentadas tinham por base a formação dos profissionais nesta temática e a notificação da violência. Sem formação dos profissionais não é possível uma clara identificação dos casos de violência, sendo necessário aumentar a perceção e visão dos profissionais nesta temática. Ao mesmo tempo o profissional tem de compreender a importância da notificação dos casos, sendo crucial o papel das administrações e dos superiores hierárquicos, motivando e incentivando esse *report*.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentamos a unidade onde se realizou o estágio e todo o processo do Planeamento em Saúde que foi realizado ao longo do desenvolvimento do Estágio Final, bem como o projeto que foi implementado.

2.1. Descrição do contexto de estágio

O Estágio Final decorreu numa USP da Zona Metropolitana do Porto. A intervenção da USP abrange os residentes e presentes nos vários equipamentos e estruturas da área geográfica da sua influência. A população residente é de 98545 cidadãos, segundo os censos de 2021. (Ferreira, et al., 2022)

A USP desenvolve a sua atividade em várias vertentes:

1. Vigilância

Mantém a vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, incluindo a recolha de dados para a elaboração de estatísticas, e medidas de acompanhamento nas áreas das doenças comunicáveis e não comunicáveis, saúde mental, saúde materna e infantil, saúde ocupacional e ambiente. Realiza também inquéritos epidemiológicos e outras medidas de seguimento de estilos de vida e padrões de comportamento.

2. Monitorização

Assegurar a monitorização e resposta a riscos e emergências em saúde pública, incluindo riscos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares.

3. Proteção da Saúde

Contribuir para assegurar a proteção da saúde nas vertentes ambiental, climática, ocupacional, alimentar e de outras constantes do Plano Nacional de Saúde.

4. Promoção da Saúde

Promover a saúde através de ações sobre os determinantes de saúde, com especial enfoque na identificação de pessoas e populações com riscos diferenciados.

5. Prevenção da Doença

Atuar na prevenção da doença, em particular pela eliminação da exposição a agentes nocivos para a saúde, garantir a cobertura vacinal adequada, a modelação de comportamentos e a participação em programas de deteção precoce.

6. Governança

Contribuir para a planificação das ações e atividades necessárias para a manutenção da saúde das populações, incluindo a avaliação de impacto na saúde de políticas transversais.

7. Recursos Humanos

Manter a formação e certificação dos recursos humanos da saúde pública.

8. Financiamento

Promover a gestão sustentável de recursos financeiros e materiais disponíveis.

9. Comunicação

Assegurar a sensibilização das pessoas, mantendo e melhorando continuamente a comunicação sobre saúde e a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública.

10. Investigação

Prosseguir na investigação em saúde pública, incluindo serviços de saúde, com vista a produzir conhecimentos para a elaboração e implementação de políticas de saúde. (Ferreira, et al., 2022)

A USP tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES.

A USP tem como visão a melhoria contínua do estado de saúde da população, pautando-se a sua prossecução pelos seguintes valores:

1. Equidade e garantia de acessibilidade aos cuidados de saúde pela população;
2. Garantia de qualidade nos serviços prestados aos utentes;
3. Responsabilidade e respeito pelo trabalho de todos os profissionais;

4. Cooperação interinstitucional e profissional;
5. Idoneidade, rigor e integridade no cumprimento das suas funções. (Ferreira, et al., 2022)

A equipa da USP é composta por profissionais da carreira médica de saúde pública, carreira de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, da carreira de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica da área de saúde ambiental, técnicos superiores, assistentes técnicos e assistentes operacionais, integrando ainda, em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública, médicos internos, alunos ou profissionais em estágio. (Ferreira, et al., 2022)

2.2. Projeto de Intervenção

A USP do ACES onde foi realizado o estágio, realizou em abril de 2022 um Diagnóstico de Situação de Saúde onde procurou caracterizar a população através da descrição e análise da distribuição da doença, mortalidade e dos seus fatores determinantes. Teve como objetivo identificar os principais problemas de forma priorizar as atividades da USP. (Pública, 2022)

Neste diagnóstico de situação de saúde foram identificadas seis ocorrências relativas a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho em 2021:

- “4 Por violência verbal (pelo utente ou familiar/acompanhante);
- 1 Por agressão/assédio verbal (pelo utente);
- 1 Violência verbal e ameaça de morte (pelo utente).

As vítimas de violência foram dos seguintes grupos profissionais:

- Assistentes Técnicos (n=4);
- Médicos (n=1)
- Enfermeiros (n=1)”. (Pública, 2022)

Apesar de a violência contra os profissionais de saúde não ser dos problemas mais determinantes na unidade é um tema que tem estado cada vez mais presente na nossa sociedade e sobre o qual é necessário intervir.

Este tema foi priorizado por sugestão da coordenadora da USP, com a necessidade de aprofundar a realidade sobre a violência nos profissionais do ACES. Esta necessidade deveu-se ao fato de existirem mais relatos de violência do que aqueles que estariam documentados, sendo uma preocupação da coordenadora e dos elementos da USP.

Com o objetivo de perceber se o número de casos de violência contra profissionais de saúde no ACES registados correspondia à realidade, realizamos um pedido de autorização ao diretor do ACES (apêndice III) e posteriormente foi elaborado um projeto para a Comissão de Ética (CE) da Autoridade Regional de Saúde (ARS) Norte de forma a dar a conhecer o estudo que pretendíamos realizar, o parecer veio positivo a 13 de dezembro de 2022 (anexo I).

Para dar início ao projeto aplicamos o questionário de opinião intitulado “Violência nos Profissionais de Saúde – a realidade oculta”.

Este questionário permitiu obter dados que permitiram aplicar a metodologia do Planeamento em Saúde, realizando um diagnóstico de situação, definindo problemas prioritários, elaborando um projeto de intervenção, evitando intervenções isoladas, promovendo a eficácia de recursos existentes e deste modo favorecer a saúde dos profissionais. (Imperatori, et al., 1982)

Após a revisão de literatura efetuada constatamos que a base para a prevenção da violência era a formação. A formação dos profissionais nesta temática está inerente ao trabalho da EPVA no ACES.

Em 2013 foram criadas as EPVA que têm como funções:

- “Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais administrativos e técnicos, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida;
- Difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos.” (Saúde, 2023)

Consideramos que a formação aos profissionais estaria assegurada, mas a vigilância epidemiológica deste fenômeno era inexistente. Como constatamos na pesquisa bibliográfica efetuada, a vigilância epidemiológica de um fenômeno faz parte das Etapas da Abordagem da Saúde Pública para um problema e foi nesse sentido que iniciamos este processo.

2.2.1. Finalidade e objetivos

Em 1986, a OMS, na Carta de Ottawa, apresenta a definição de Promoção da Saúde como: “é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (Saúde, 1986)

Assumindo que os profissionais de saúde do ACES constituem uma comunidade, torna-se pertinente abordar o conceito de empoderamento comunitário, que consiste num processo, no qual as pessoas, de forma individual ou coletiva, constroem estratégias e ações para atingir os seus objetivos, nesta circunstância, a prevenção da violência. (Melo, 2020)

Objetivo geral: Empoderar os profissionais de saúde na prevenção da violência.

Objetivos específicos:

- Conhecer o fenômeno de violência dirigida aos profissionais de saúde, no ACES;
- Identificar a prevalência da violência no local de trabalho no ACES;
- Caracterizar os tipos de violência, as vítimas e os agressores no local de trabalho;

- Definir orientações para a intervenção em relação à violência dirigida a profissionais de saúde, no ACES;
- Divulgar orientações para a intervenção em relação à violência dirigida a profissionais de saúde aos profissionais do ACES;
- Desenvolver um modelo de intervenção de vigilância epidemiológica da violência para os profissionais do ACES.

2.2.2. Caracterização da População/amostra

A população em estudo foram os profissionais que constituem o ACES da região metropolitana do Porto.

A amostra corresponde aos profissionais que respondam ao questionário enviado.

2.2.3. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de recolha de dados foi elaborado através da adaptação do questionário da Direção Geral da Saúde (DGS) para as notificações online da violência contra os profissionais e do questionário Estudo de Caso sobre Violência no Local de Trabalho no Setor da Saúde elaborado pelas entidades Secretaria Internacional do Trabalho (ILO), Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Serviços Públicos Internacional (PSI), seguindo todos os pressupostos legais e os requisitos éticos e deontológicos foram salvaguardados.

Não foram identificados questionários validados para Portugal que estivessem direcionados para a temática que se pretende estudar. Foi elaborado com a colaboração de um grupo de peritos.

Este instrumento de recolha de dados tinha como objetivo servir de instrumento de diagnóstico de situação para esta temática. É constituído por duas partes, a primeira parte consiste na caracterização do profissional, a segunda parte avalia a violência sofrida por parte do profissional (apêndice II).

2.2.4. Recolha e tratamento de dados

O instrumento de recolha de dados foi divulgado aos profissionais através do e-mail institucional da Equipa Prevenção da Violência no Adulto (EPVA) e esteve disponível para preenchimento do dia 21 de dezembro de 2022 até ao dia 31 de janeiro de 2023. Este instrumento foi elaborado na plataforma Qualtrics. Esta plataforma é de pesquisa empresarial e permite criar, testar, modificar e programar o uso de fluxos em questionários de forma instantânea. Através desta ferramenta online é possível criar questionários com inúmeros tipos de questões e distribuí-los através de endereço acessível por todos a quem for enviado ou, se indicado, envio direto e personalizado a cada um dos contactos inserido no sistema. Durante o processo em curso, e mesmo na redação dos resultados, foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que poderiam possibilitar a identificação do(s) a(s) participante(s).

2.2.5. Resultados do questionário

A avaliação consiste numa das etapas mais importantes do Planeamento em Saúde pois é nesta etapa que é avaliada a eficácia de um projeto e a necessidade de o melhorar para o futuro. (Imperatori, et al., 1982)

Apresentamos alguns dos dados que resultaram da aplicação do questionário, que consideramos ser relevantes para o documento.

No ACES exercem funções 380 profissionais, no entanto 18 estariam ausentes quando foi divulgado o questionário. Como população-alvo tínhamos 362 profissionais. Desses 362 obtivemos 135 respostas, o que constitui a amostra e que corresponde a uma taxa de resposta de 37,29%.

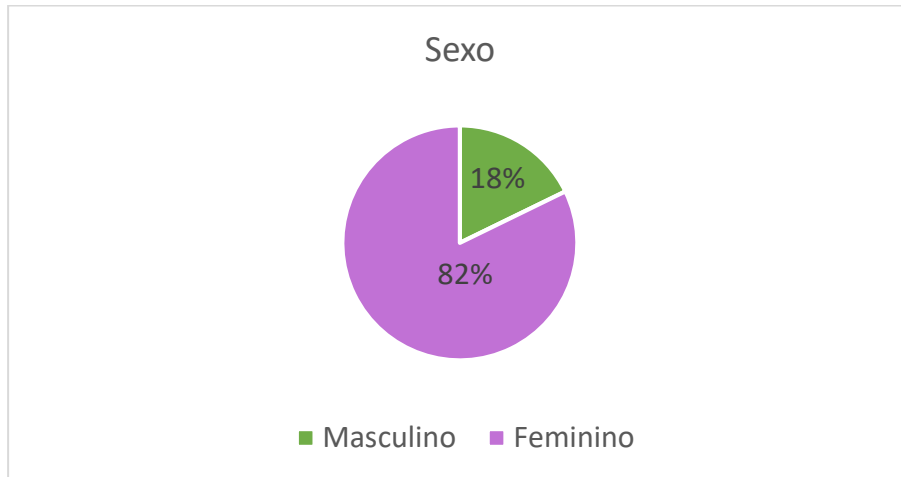
Com estes dados podemos calcular a taxa de resposta ao proposto formulário através do indicador abaixo apresentado.

Indicador - Percentagem de profissionais de saúde das unidades funcionais que responderam ao questionário:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de profissionais que responderam ao questionário}}{n^{\circ} \text{ de profissionais do ACES presentes no periodo de divulgação}} \times 100 = \frac{135}{362} \times 100 = 37.29\%$$

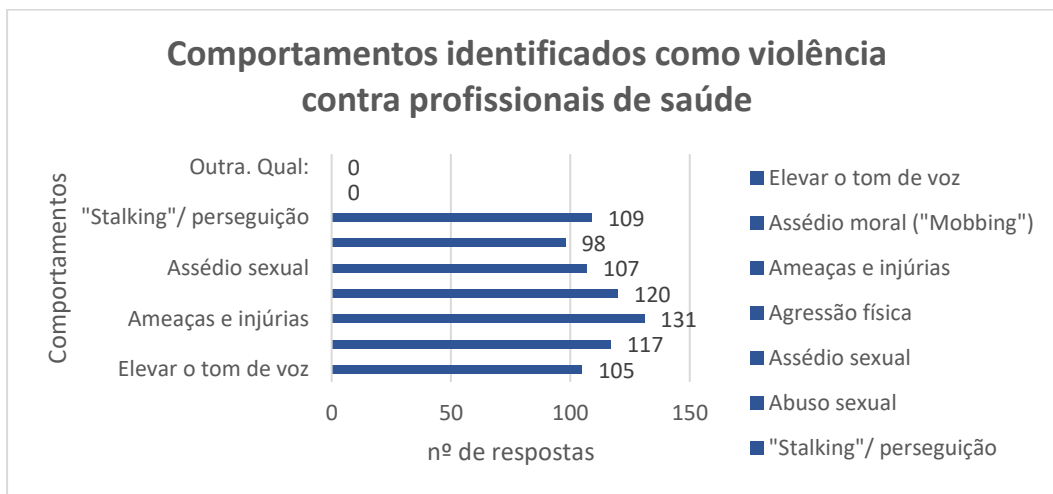
Com base nas respostas recolhidas podemos caracterizar a amostra do estudo como sendo essencialmente do sexo feminino (82%, gráfico 1), com média de idades de 45 anos e com média de 13 anos de atividade profissional no ACES.

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais por sexo (n=135)



Quando inquiridos sobre o que considerariam violência, os profissionais, consideraram a resposta mais relevante “ameaças e injúrias”. Nesta questão poderiam selecionar as respostas todas que considerassem relevantes, no entanto as opções não obtiveram o mesmo número de respostas, o que demonstra que a perceção de violência não é igual para todos os profissionais.

Gráfico 2 - Comportamentos que os profissionais identificaram como violência (n=135)



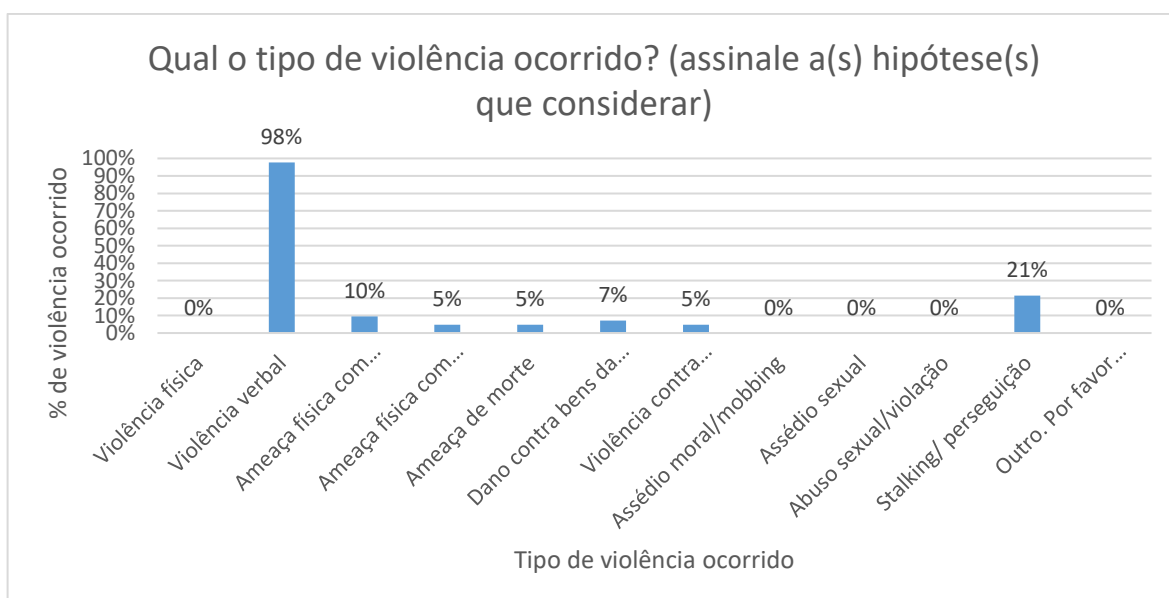
Dos 135 profissionais que responderam ao questionário, 42 profissionais afirmaram terem sido vítimas de violência nos últimos 6 meses (31,1%, Gráfico 3).

Gráfico 3 - % de vítimas de violência nos últimos 6 meses (n=135)



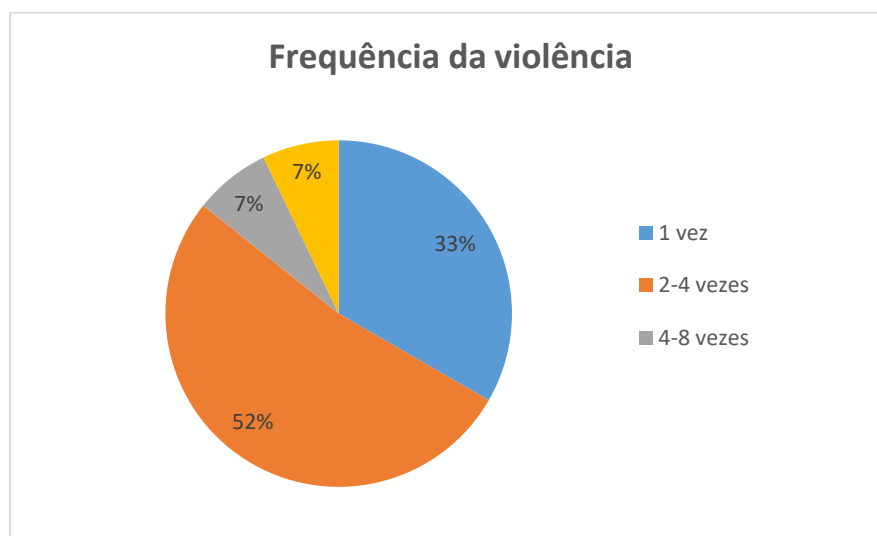
A violência verbal é aquela que existe na maioria dos casos como tendo sido vivenciada pelos profissionais nos últimos 6 meses, mas existindo em simultâneo com outros tipos de violência (gráfico 4).

Gráfico 4 - Tipos de violência (n=42)



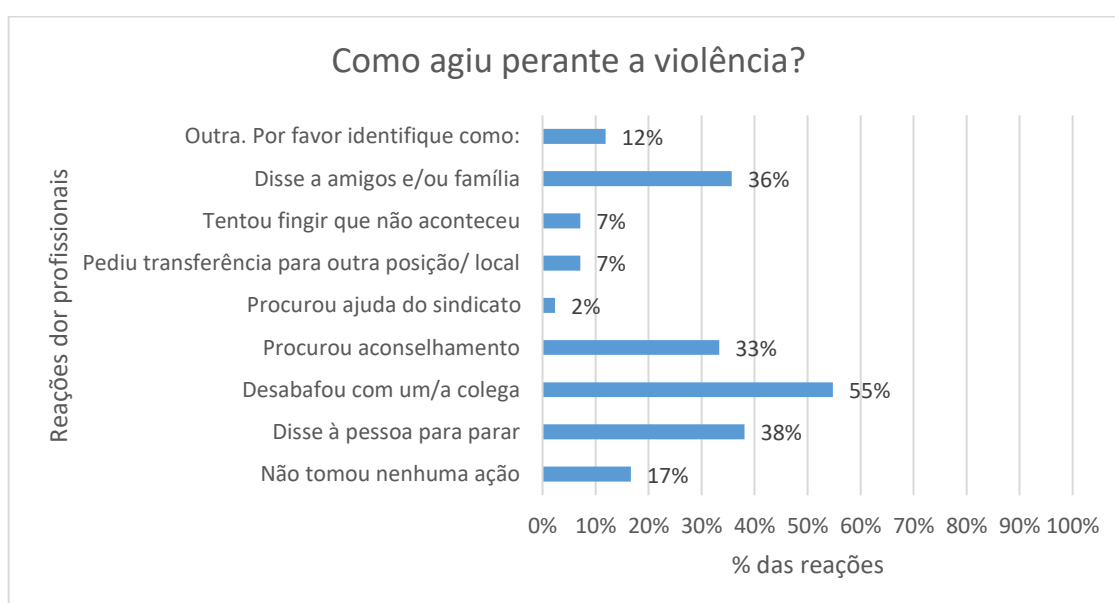
Como demonstrado pelos resultados obtidos a violência não é apenas um caso isolado, mas um caso recorrente entre os profissionais (gráfico 5).

Gráfico 5 - Frequência da Violência nos últimos 6 meses (n=42)



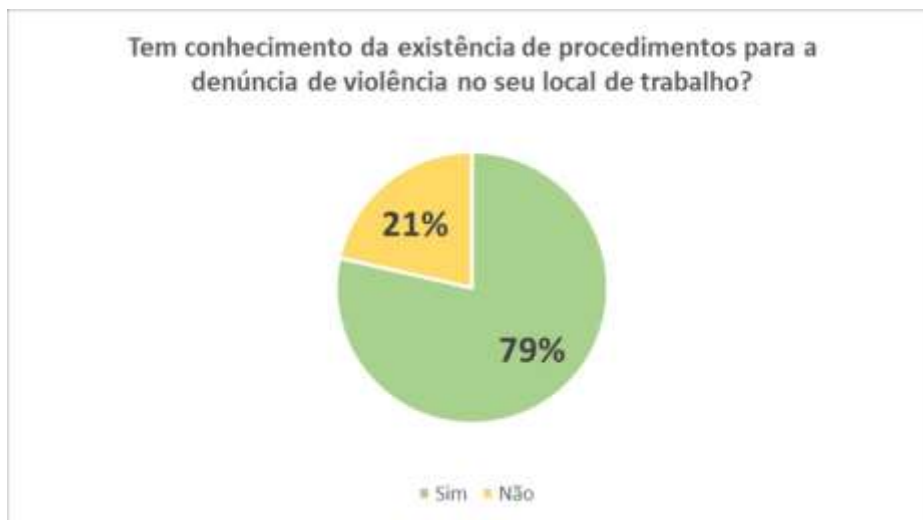
Perante a violência os profissionais tiveram várias ações (gráfico 6) mas a mais comum foi a confiança com os colegas de trabalho. Alguns profissionais selecionaram a opção “Outra” e relataram o seguinte: “Disse à pessoa para parar, sem sucesso”, “Apresentação de queixa no Ministério Público, Notifica e gabinete do cidadão”, “tomei diligencias necessárias nestes casos”, “Notifiquei e solicitei exclusão da minha lista de utentes”, “notifiquei no notific@”.

Gráfico 6 - Reação dos Profissionais perante a violência (n=42)



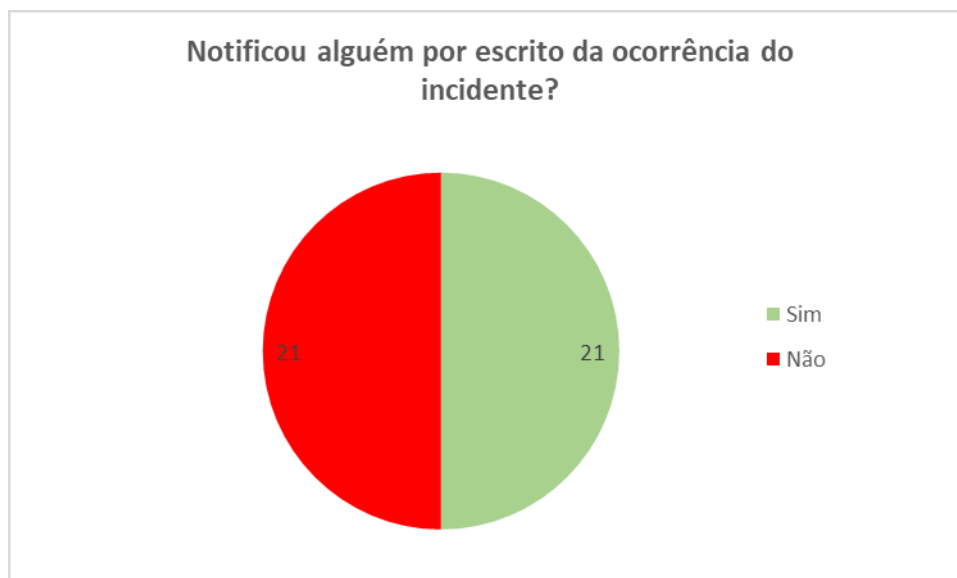
Quando inquiridos, 21% dos profissionais, afirmaram não conhecer quais os procedimentos existentes no ACES para a denúncia da violência.

Gráfico 7 - % de profissionais com conhecimento dos procedimentos para denúncia da violência (n=135)



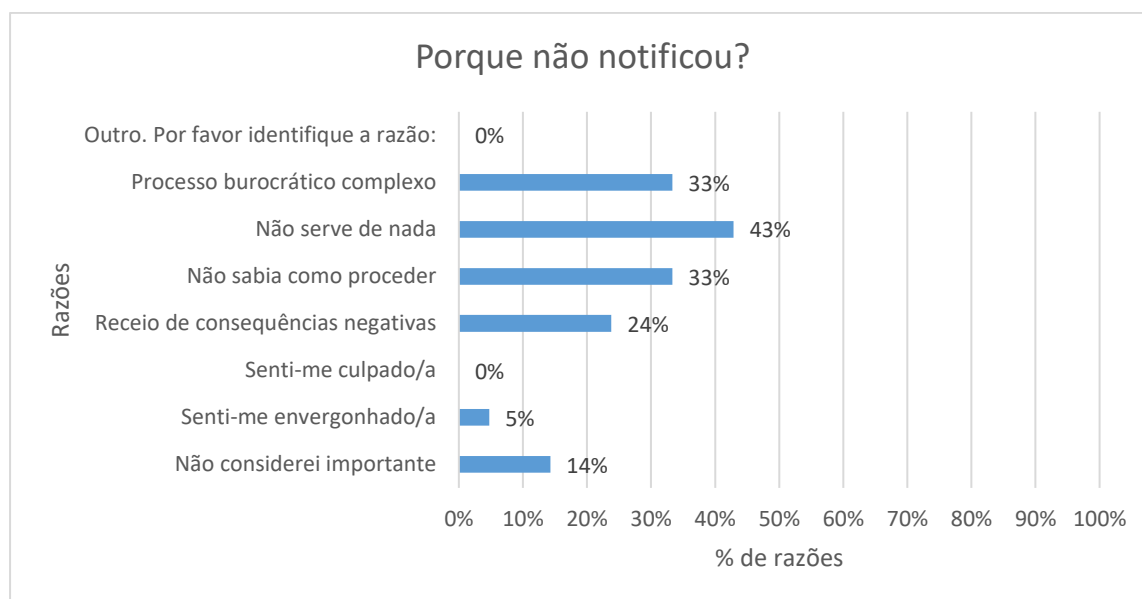
Apenas 21 das 42 profissionais vítimas de violência, notificaram (gráfico 7).

Gráfico 8 - Notificação por escrito (n=42)



Apresentamos em seguida as razões que contribuíram para a ausência de notificação:

Gráfico 9 - Razões de não notificar (n=21)



2.2.6. Proposta de Intervenção

Com a revisão da literatura constatamos que a formação dos profissionais e a notificação da violência eram consideradas as estratégias chave para a diminuição da incidência desta temática.

Na USP a formação dos profissionais sobre a violência no local de trabalho foi identificada como estando assegurada por parte das equipas competentes na saúde pública. No entanto, mesmo estando assegurada a formação foi identificada a necessidade de compreender melhor o fenómeno e perceber o que seria necessário mudar.

De forma a dar resposta a esta necessidade da USP, foi elaborada uma estratégia de vigilância epidemiológica da violência. Isto irá permitir estudar o fenómeno com regularidade no ACES.

Assumindo o instrumento de colheita de dados implementado, o passo seguinte foi a construção de um livro de cálculo para análise automatizada dos dados recolhidos. Pretende-se com o referido ficheiro que os responsáveis consigam uma leitura rápida, fiável e comparável em períodos temporais afim de promover a melhoria dos resultados da atuação perante a violência.

Figura 4 - Folha de Excel com as respostas ao questionário

	S	T	U	V	W	X	Y	Z	
1	Q3	Q4	Q9	Q10	Q11	Q12	Q5	Q5_10_TEXT	Q13
2	Idade	Sexo	Anos (completos) de ex	Habilitações literárias/ acadêm	Estado civil	Vínculo com a instituição	Grupo profissional a que pertence - Selec	Grupo profissional a que	Qualis de
3	39	Feminino	11	Especialização	Solteiro	Contrato de trabalho em funções públ	Médico(a)/ Interno		Avaliação
4	24	Feminino	1	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho termo certo	Enfermeiro/a		Eleva
5	34	Feminino	1	Mestrado Integrado	Solteiro	Contrato de trabalho em funções públ	Médico(a)/ Interno		Eleva
6	40	Masculino	15	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Enfermeiro/a		Eleva
7	52	Feminino	27	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Técnico(a) Saúde Ambiental		Avaliação
8	45	Feminino	15	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Técnicos(a) Superior		Avaliação
9	47	Feminino	3	Até ao 12º ano	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho termo certo	Assistente técnico		Eleva
10	50	Feminino	27	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Técnicos(a) diagnóstico e terapêutica		Eleva
11	41	Masculino	39	Até ao 12º ano	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Assistente técnico		Ameaça
12	34	Feminino	1	Mestrado Integrado	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Médico(a)/ Interno		Avaliação
13	53	Masculino	7	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Assistente técnico		Eleva
14	41	Feminino	14	Especialização	Solteiro	Contrato de trabalho em funções públ	Enfermeiro/a		Eleva
15	48	Feminino	14	Especialização	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Enfermeiro/a		Eleva
16	40	Feminino	9	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Médico(a)/ Interno		Eleva
17	44	Feminino	38	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho termo certo	Enfermeiro/a		Eleva
18	49	Feminino	26	Até ao 12º ano	Separado ou divorciado	Contrato de trabalho em funções públ	Assistente técnico		Ameaça
19	53	Feminino	26	Até ao 12º ano	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Assistente técnico		Eleva
20	44	Feminino	11	Especialização	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Enfermeiro/a		Eleva
21	48	Masculino	12	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Assistente técnico		Eleva
22	57	Feminino	14	Especialização	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Outro Qual	Medico (a)	Eleva
23	52	Feminino	30	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Assistente técnico		Avaliação
24	35	Feminino	9	Mestrado Integrado	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Médico(a)/ Interno		Eleva
25	50	Feminino	28	Licenciatura	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Enfermeiro/a		Eleva
26	56	Masculino	20	Até ao 12º ano	Casado ou a viver em unido de f	Contrato de trabalho em funções públ	Assistente técnico		Ameaça
27	28	Masculino	3	Mestrado Integrado	Solteiro	Estágio/ Interno	Médico(a)/ Interno		Eleva

Este livro de cálculo apresenta todas as questões do questionário e realiza automaticamente as contagens e os gráficos de forma a permitir a sua simples interpretação (figura 4 e 5).

Figura 5 - Folha do Excel com as respostas compiladas

1	Totais		135
2			
3	data inicio		
4	data fim		
5			
6	Idade		
7	Anos:		
8			
9	Sexo		
10	Masculino	18%	24
11	Feminino	82%	111
12			
13	Anos (completos) de exercicio de profissão no ACES		
14	Anos:		
15			
16	Habilitações literárias/ académicas		
17	Até ao 9º ano	0%	0
18	Até ao 12º ano	12%	16
19	Bacharelato	1%	2
20	Licenciatura	34%	46
21	Especialização	10%	28
22	Mestrado	10%	26
23	Mestrado Integrado	14%	19
24	Doutoramento	0%	0
25			
26	Estado civil		

Esta plataforma criada pode funcionar paralelamente ao Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), avaliando a prevalência do fenómeno e servindo de incentivo e reforço para os profissionais para o registo das ocorrências.

Perante os resultados planeamos intervir na área mais deficitária: A não adesão dos profissionais ao registo dos casos de violência. Neste sentido o conhecimento dos profissionais não foi priorizado, tendo sido priorizado o *report* dos casos de violência, visto haver discrepância nos dados obtidos.

Atualmente os profissionais podem registar os casos de violência sofridos de várias formas, mas a mais comum e utilizada é a plataforma NOTIFICA.

Em Portugal em 2014, a Norma n.º 015/2014 cria o NOTIFICA, onde foram incluídos os dados do anterior Observatório para a Violência. A monitorização das notificações de violência contra profissionais da saúde passou, em 2016, a ser efetuada através do NOTIFICA, com recurso a um questionário atualizado e em linha com as Orientações da Organização Mundial de Saúde, sendo os dados divulgados através de uma Newsletter trimestral do Notifica.

O NOTIFICA consiste num sistema nacional de notificação da violência, totalmente voluntária, que tem como objetivo monitorizar a evolução da violência em Portugal. Isto permite o planeamento ajustado das medidas de promoção de qualidade e segurança. Muitas vezes os dados não correspondem à realidade visto que tem de existir uma disponibilidade por parte do profissional para realizar esse registo. (Saúde, 2014)

Segundo dados fornecidos pela USP foram registados 34 casos de violência pelos profissionais do ACES, no mesmo período temporal da aplicação do questionário. Podemos constatar que os casos de violência não estão a ser totalmente registados e que provavelmente, visto só terem respondido ao questionário 37,29% dos trabalhadores, que existiram mais casos de violência sem registo. Comparando os episódios reportados no NOTIFICA com os episódios reportados na plataforma de vigilância elaborada obtemos os seguintes indicadores:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de episódios reportados no Notific@}}{\text{n}^\circ \text{ de profissionais do ACES}} \times 100 = \frac{34}{380} \times 100 = 8,94\%$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de episódios reportados na plataforma}}{\text{n}^\circ \text{ de profissionais que responderam ao questionário}} \times 100 = \frac{42}{135} \times 100 = 31,11\%$$

Quando analisamos as razões dos profissionais para a não notificação por escrito dos incidentes (gráfico 9), as repostas são várias, sendo as duas respostas mais frequentes: “*não serve de nada*” e “*processo burocrático complexo*”. Isto faz-nos pensar qual o papel da saúde pública na prevenção da violência neste ACES e o que pode ser feito para minorar este fenómeno.

Durante o período em que aguardávamos pelo parecer positivo da CE da ARS Norte elaboramos um conteúdo digital alojado na plataforma SWAY, da Microsoft 365, com alguma informação relevante e de fácil leitura para os profissionais sobre a violência e a notificação da mesma. Link:

<https://sway.office.com/WbOk3KQnB0h0LKEH?ref=Link>

Devido ao reduzido tempo de estágio disponível para a elaboração, aplicação e obtenção dos resultados do instrumento de colheita de dados, todas as intervenções que apresentamos poderão ser aplicadas no futuro pelos profissionais da USP, visto não ter sido possível a sua implementação no decorrer do estágio.

Segundo Baillien et al., é necessário fomentar uma cultura organizacional positiva para eliminar a violência e o assédio no trabalho. Torna-se necessário promover um ambiente de trabalho que não permita ou recompense a violência e o assédio; promover um ambiente civilizado, inclusivo e que incentive a colaboração no trabalho, dotado de processos de comunicação fortes em toda a organização aplicando boas práticas para incentivar comportamentos de trabalho respeitadores. (Trabalho, 2020)

Manter a forma física e a saúde mental é uma forma eficaz de enfrentar a violência no trabalho. Deve ser realizado com regularidade incentivo aos profissionais para o desenvolvimento de hábitos de prática regular de exercício físico, hábitos

alimentares e de sono adequados, técnicas de relaxamento e atividades de lazer. (International, 2002)

A circulação de informação e a comunicação aberta sobre a violência podem reduzir o risco de violência no local de trabalho, diminuindo a tensão e a frustração entre os trabalhadores, especialmente de forma a remover o tabu do silêncio que geralmente envolve casos de assédio sexual, mobbing e intimidação. Nesse sentido devem ser promovidos: sessões de informação, reuniões de profissionais, discussões em grupo, trabalho em equipa e formação dos profissionais. A atuação perante a violência deve também fazer parte da formação. (Malgorzata Milczarek, 2010)

Com base em toda a pesquisa realizada e apresentada, enumeramos algumas estratégias que consideramos ser possível de aplicar futuramente no ACES:

- Divulgar os dados do questionário à direção do ACES;
- Divulgar os dados do questionário aos profissionais do ACES;
- Explorar as razões que levam às respostas dos profissionais sobre a não notificação da violência;
- Realizar atividades de construção de “team building”
- Identificar estratégias de capacitação;
- Webinars sobre a notificação, de forma a reforçar e informar sobre a importância da notificação e os meios que se podem utilizar;
- Cartaz tolerância zero da violência nas unidades.

2.2.7. Avaliação e reflexão crítica

Com a realização deste projeto espera-se dar visibilidade a este problema de saúde pública, a violência. Esperamos também potenciar a realização de mais estudos sobre este tema, com o objetivo de conhecer a extensão real do problema a nível nacional. Consideramos importante alertar, principalmente a administração e chefias das instituições de forma a que seja possível a mudança da forma como é realizada a gestão deste fenómeno.

Esperamos ainda que venha a contribuir para o desenvolvimento de novas políticas organizacionais na instituição de forma a promover a saúde dos profissionais e a implementar as alterações necessárias para um ambiente de mais segurança, potenciando ganhos em saúde para os profissionais. Consideramos também importante uma cultura de prevenção em que se incentive a partilha e se quebre o silêncio que muitas vezes se encontra associado a este fenómeno.

Consideramos ter atingido os objetivos propostos para este projeto, com o desenvolvimento do modelo de vigilância epidemiológica e a sua implementação no ACES.

Como pontos positivos deste projeto podemos salientar a pertinência do tema, o baixo custo que este teve e o fato de poder vir a servir de base para futuras vigilâncias epidemiológicas desta temática.

Como fraquezas podemos apontar o espaço temporal reduzido para implementação do estudo e a impossibilidade de controlar a amostra do estudo.

Uma das principais limitações ao projeto teve por base a submissão de um pedido de autorização à CE da ARS Norte. Com tempo de resposta longo dificultou-nos a sua implementação.

3. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

As competências exemplificadas neste capítulo estão descritas no Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública elaborado pela Ordem dos Enfermeiros em 2010.

3.1. Competências desenvolvidas no Estágio I

No Estágio I desenvolvi as minhas competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, bem como as competências académicas do mestrado em Enfermagem através de várias atividades realizadas.

Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

De forma a Gerir de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada foram utilizados conteúdos adquiridos nas Unidades Curriculares do Mestrado em Enfermagem para auxiliar o desenvolvimento das competências (ex.: planeamento em saúde, epidemiologia) e foi realizada pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos sobre o tema em investigação.

Foram executadas atividades na temática da violência, mais concretamente no Bullying, com os alunos de dois agrupamentos escolares do 1º ciclo e foram desenvolvidas as capacidades comunicativas ao realizar sessões de educação para a saúde aos alunos do 1º ciclo na temática do Bullying, indo de encontro ao desenvolvimento da competência: Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a

audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Para aprofundar a competência, abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização, realizaram-se atividades na temática do Bullying, tendo em conta o público-alvo, adaptando o conteúdo das sessões de forma criativa para conseguir melhores resultados.

Foi demonstrado um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da especialização, através da realização do Planeamento em Saúde ao longo do Estágio I.

Perante um diagnóstico de saúde pré-existente foi escolhida a temática do Bullying devido à importância que esta representa na comunidade escolar, conseguindo demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização.

Foi possível incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, ao realizar prática baseada na evidência e ao fundamentar ações de intervenção na comunidade com base na evidência científica encontrada na revisão da literatura e na pesquisa apresentada sumariamente no capítulo 1 (fundamentação teórica) do presente documento.

Ao realizar as ações de educação para a saúde, foi possível demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura ao adequar a comunicação necessária à intervenção ao público-alvo.

Para demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, foi realizada uma integração na equipa multidisciplinar da UCC nas atividades de intervenção na comunidade.

Com a aplicação do projeto desenvolvido durante o Estágio I, foi possível executar uma gestão dos cuidados de enfermagem na área de especialização.

Ao desenvolver o projeto utilizando a reflexão crítica, através de revisão bibliográfica, aplicação das competências pessoais e do método científico, permitiu manter, de forma contínua e autônoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária

Ao realizar as sessões de educação para a saúde na temática do Bullying aos alunos do 1º ciclo, foi possível contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Com uma participação ativa em todas as intervenções da UCC onde foi realizado o Estágio I, foi possível integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

3.2. Competências desenvolvidas no Estágio Final

O Estágio Final tinha como objetivos:

1. Desenvolver competências na metodologia do Planeamento em Saúde na área de Especialização;
2. Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos lecionados ao longo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública;
3. Respeitar a singularidade do grupo/comunidade assegurando o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais;
4. Demonstrar responsabilidade pelas decisões e atos praticados;
5. Realizar tomada de decisão baseada na melhor evidência científica;
6. Caracterizar a USP e a comunidade envolvente;
7. Descrever a atuação da USP;
8. Analisar a exposição dos profissionais de saúde à violência laboral;
9. Realizar um diagnóstico de situação sobre a violência contra os profissionais de saúde;

- a. Identificar a prevalência de violência no trabalho;
- b. Caracterizar os tipos de violência, as vítimas e os agressores deste ato no trabalho;
- c. Implementar um projeto de prevenção de violência contra os profissionais de saúde.

Tornou-se possível atingir os objetivos concretizando e desenvolvendo as competências preconizadas para este estágio.

Competências acadêmicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

De forma a gerir de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, foram utilizados conteúdos adquiridos nas Unidades Curriculares do Mestrado em Enfermagem para auxiliar o desenvolvimento das competências, foi realizada pesquisa bibliográfica e foi realizada uma revisão da literatura de forma a aprofundar conhecimentos sobre o tema em investigação.

Foi possível desenvolver a competência de comunicar informação complexa de âmbito profissional e acadêmico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara, ao estabelecer comunicação eficaz com enfermeiro orientador e com a equipa da USP e posteriormente será realizada uma sessão de apresentação com os resultados do estágio para a equipa da USP.

A realização de uma revisão de literatura relacionada com o tema permitiu avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada, conseguindo demonstrar e apresentar os resultados obtidos da revisão da literatura e ao refletir sobre a prática dos cuidados no âmbito da especialização em enfermagem, demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da especialização.

A escolha do tema para o projeto teve por base uma demonstração com consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização. Durante o estágio existiu a necessidade de adaptar a intervenção ao tempo, que era reduzido, e às questões burocráticas existentes, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização, bem como capacidade para abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de especialização, assumindo os trabalhadores como clientes, construindo todo este percurso de identificação da realidade oculta sobre a violência.

Ao relacionar o previsto no código deontológico com a prática profissional no âmbito de enfermeiro especialista e ao realizar prática baseada na evidência, foi possível tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

De forma a incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização, foi elaborada a plataforma da vigilância epidemiológica relacionado com o tema da violência nos profissionais de saúde permitindo que os profissionais tenham acesso à investigação, seja possível a continuidade do projeto e que possam fundamentar possíveis intervenções e investigações com base no projeto já iniciado. Isto irá permitir também a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Foi realizada uma integração na equipa multidisciplinar da USP, bem como em reuniões multidisciplinares da USP, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, tendo sido o respeito pela responsabilidade e pelo âmbito da atuação dos demais elementos da equipa essencial para conseguir realizar o previsto.

Ao aplicar o projeto desenvolvido durante o Estágio Final foi possível gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização, contribuindo para o apoio à gestão na temática em análise que, conforme amplamente identificado na literatura e também nos comentários dos profissionais na resposta aberta ao questionário, são de extrema importância para a promoção de cuidados de enfermagem de excelência.

Ao longo de todo o estágio, manteve-se um elevado grau de autodesenvolvimento pessoal e profissional, de forma contínua e autónoma, com o objetivo de desenvolver o projeto utilizando sempre a reflexão crítica, através de revisão bibliográfica, aplicação das competências pessoais e do método científico.

Durante o estágio foram mantidos os padrões de qualidade especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, monitorizando indicadores de processo e resultado das atividades implementadas, conseguindo assim zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.

Competências do Especialista em Enfermagem Comunitária

Ao realizar o diagnóstico de situação relativamente à temática Violência nos Profissionais de Saúde, nos profissionais do ACES, foi possível estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com especial enfoque no diagnóstico e na componente cíclica que o planeamento em saúde exige. O instrumento produzido apresenta a possibilidade de ser aplicado ciclicamente de forma a reavaliar o ponto de situação e fundamentar decisões sobre a prioridade de intervenção.

Para contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, foi elaborada uma intervenção tendo por base a vigilância epidemiológica do fenómeno de forma a promover a mudança de comportamentos e ao empoderamento da comunidade.

De forma a integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, foi aprendido a forma de funcionamento da EPVA, bem como do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde.

A elaboração da plataforma de vigilância epidemiológica relativamente aos incidentes que ocorrem contra profissionais de saúde permitiu a realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

4. CONCLUSÃO

Neste segmento são apresentadas as principais conclusões deste relatório, bem como algumas limitações e constrangimentos que, que podem constituir em si oportunidades de reflexão, perspetivando estudos futuros.

Com a realização deste documento, consideramos que foi possível descrever as atividades realizadas, intrínsecas ao desenvolvimento de competências, assim como refletir de forma crítica sobre as competências adquiridas, atingindo os objetivos que inicialmente nos tínhamos proposto.

Em relação ao projeto de estágio, este foi possível de implementar após a autorização da CE da ARS Norte para a execução do projeto. Isto permitiu o desenvolvimento de competências na utilização do processo de Planeamento em Saúde, adequando-o ao processo de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Foi possível refletir de forma crítica sobre o processo de aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e das competências de Mestre em Enfermagem através de um processo de aprendizagem, onde existiu uma articulação entre o conhecimento teórico adquirido e a sua aplicação prática.

Todo este processo permitiu compreender a importância da USP enquanto contexto para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Este estágio permitiu também o desenvolvimento de competências instrumentais, relacionais, comunicacionais e informáticas, que serão uma mais valia para a prática profissional. As competências desenvolvidas na área da investigação ao longo deste estágio são também uma ferramenta imprescindível para promover o desenvolvimento da profissão, e evidenciar os cuidados de enfermagem baseados na evidência científica.

Surgiram algumas dificuldades neste estágio, nomeadamente no que respeita ao período temporal que consideramos que seja muito curto para as atividades que

gostaríamos de ter desenvolvido. O alto grau de exigência a nível de processo burocrático veio dificultar a implementação do projeto que só com muita resiliência e força de vontade foi possível implementar e concluir.

Apesar de todos os contratemplos e revés que foram surgindo ao longo do estágio consideramos que este estágio consistiu numa experiência enriquecedora que permitiu a aquisição de competências relevantes. Não só competências como enfermeira especialista, mas também a nível do desenvolvimento pessoal, ao melhorar a capacidade de lidar com o sentimento de frustração e impotência.

Consideramos que este estágio foi uma mais valia para a nossa vida e que irá permitir no futuro conseguir o nosso objetivo que consiste em exercer funções como enfermeira especialista na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atinga, R. A., Yarney, L., Saa-Touh Mort, K., Gariba, J. A., & Salifu Yendork, J. 2021.** Measures and narratives of the nature, causes and consequences of violent assaults and risk perception of psychiatric hospitals in Ghana: Mental Health workers' perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2021, Vol. 30 (1), pp. 1342-1353.
- Bellman, V., Thai, D., Chinthalapally, A., Russell, N., & Saleem, S. 2022.** Inpatient violence in a psychiatric hospital in the middle of the pandemic:: clinical and community health aspects. *AIMS Public Health*. 2022, Vol. 9 (2), pp. 342-356.
- Biscaia, André, et al. 2020.** *PLANO PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO SETOR DA SAÚDE*. s.l. : Direção-Geral da Saúde, 2020.
- Brunero, S., Lamont, S., Dunn, S., Varndell, W., & Dickens, G. L. 2021.** Examining the utility of the Violence Prevention Climate Scale: In a metropolitan Australian general hospital. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*. 2021, Vol. 30 (15/16), pp. 2399-2408.
- Chakraborty, Sayantan, Mashreky, Saidur Rahman e Dalal, Koustuv. 2022.** Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Journal of Public Health (09431853)*. 2022, Vol. 30 (8), pp. 1837-1855.
- Chang, Y.-C., Hsu, M.-C., & Ouyang, W.-C. 2022.** Effects of Integrated Workplace Violence Management Intervention on Occupational Coping Self-Efficacy, Goal Commitment, Attitudes, and Confidence in Emergency Department Nurses: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Internacional Journal of Environmental Research & Public Health*. 2022, Vol. 19 (5).
- Chen, F.-L., Hou, W.-H., Chen, J.-H., Tung, T.-H., & Wu, J.-C. 2022.** Organizational Factors Are Key Predictors of Physicians' Confidence in Handling Workplace Violence. *Healthcare*. 2022, Vol. 10 (4), pp. 1-11.
- Columbia, Workers' Compensation Board of British. 2005.** *Preventing violence in health care: five steps to an effective program*. s.l. : Work Safe BC, 2005.
- Enfermeiros, Conselho Internacional de. 2010.** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] fevereiro de

2010. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>.

Enfermeiros, Ordem dos. 2015. Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico*. [Online] 2015.

Ferreira, Eduarda, Monteiro, Olga e Torres, Susana. 2022. *Manual de Acolhimento - Unidade de Saúde Pública*. 2022.

Gooch, Patricia Pigde. 2018. Hospital Workplace Violence Prevention in California: New Regulations. *Workplace health & safety*. 2018, Vol. 66 (3), pp. 115-119.

Health, Faculty of Public. 2016. *The role of public health in the prevention of violence: a statement from the United Kingdom Faculty of Public Health*. UK : s.n., 21 de Outubro de 2016.

Hou, Yongchao, Corbally, Melissa e Timmins, Fiona. 2022. Violence against nurses by patients and visitor in the emergency department: A concept analysis. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*. 2022, Vol. 30 (6), pp. 1688-1699.

Imperatori, Emilio e Giraldes, Maria do Rosario. 1982. *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa : Obras avulsas, 1982.

Insider Threat Management: Operating Environments, Detection Methods and Mitigation Strategies. **Schwab, B. K. 2021.** 2021, *Journal of Physical Security*, Vol. 14 (1), pp. 13-34.

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International. 2005. *FRAMEWORK GUIDELINES FOR ADDRESSING WORKPLACE VIOLENCE IN THE HEALTH SECTOR: THE TRAINING MANUAL*. 2005.

International, International Labour Office/International Council of Nurses/ World Health Organization/ Public Services. 2002. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva : International Labour Office, 2002.

Jain, G., Agarwal, P., Sharma, D., Agrawal, V., & Yadav, S. K. 2021. Workplace violence towards resident doctors in Indian teaching hospitals: a quantitative survey. *Tropical Doctor*. 2021, Vol. 51 (3), pp. 463-465.

- Krug, Etienne, et al. 2002.** *World report on violence and health*. WHO. Geneva : World Health Organization, 2002.
- Kumari, A, et al. 2020.** Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2020, Vol. 66 (3).
- Lafta, R., Qusay, N., Mary, M., & Burnham, G. 2021.** Violence against doctors in Iraq during the time of COVID-19. *PLOS ONE*. 2021, Vol. 16 (8), pp. 1-12.
- Liu, C., Liu, W., Jiao, M., Li, Y., Zhang, G., Wei, L., Zhou, S., Li, Y., Sha, Z., Hao, Y., & Wu, Q. 2022.** A combined behavioural economics-and-simulation-based medical education to promote effectiveness among medical residents in coping with workplace violence in Northern China: A quasi-experimental study. *BMC Public Health*. 2022, Vol. 22 (1), pp. 1-13.
- Malgorzata Milczarek, European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA. 2010.** *Workplace Violence and Harassment: a European Picture*. European Agency for Safety and Health at Work. Luxemburgo : Publications Office of the European Union, 2010.
- Melo, Pedro. 2020.** *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa : Lidel, 2020.
- Organization, World Health. 2022.** Preventing violence against health workers. [Online] 2022. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>.
- . 2022.** *World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, objectives and activities, 2022-2026*. WHO. 2022.
- Pennington, Melissa, Grove, Carol e Heuston, Melanie. 2020.** Nurse-led initiatives to reduce workplace violence. *Oncology Nursing Forum*, 2020, Vol. 47, p. 154.
- Pública, Unidade de Saúde. 2022.** *Diagnóstico de Situação de Saúde*. ACES Porto Oriental. Porto : República Portuguesa, 2022.
- Redondo, João, Pimentel, Inês e Correia, Ana. 2012.** *MANUAL SARAR - SINALIZAR, APOIAR, REGISTAR, AVALIAR, REFERENCIAR: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Coimbra : Ceira: Serviço de Violência Familiar - Hospital Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2012.

- Ruco, A., Nichol, K., Edwards, B., Roy, M., Morgan, D., Holness, D. L., & McKay, S. 2022.** Spot It, Prevent It: Evaluation of a Rapid Response Algorithm for Managing Workplace Violence Among Home Care Workers. *Workplace Health & Safety*. 2022, Vol. 70 (11), pp. 493-499.
- Saúde, Direção Geral da. 2016.** *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa : Direção-Geral de Saúde, 2016.
- Saúde, Direção Geral de. 2014.** Norma da Direção Geral de Saúde. *Direção Geral de Saúde*. [Online] 2014. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i020558.pdf>.
- Saúde, Organização Mundial de. 1986.** *Carta de Ottawa*. Ottawa, Canada : s.n., novembro de 1986.
- Saúde, Serviço Nacional de. 2023.** Estrutura de Apoio Técnico. SNS 24. [Online] 2023. <https://www.chlc.min-saude.pt/estrutura-de-apoio-tecnico/equipa-para-a-prevencao-da-violencia-em-adultos-epva/>.
- Senz, A., Iarda, E., Klim, S., & Kelly, A. 2021.** Development, implementation and evaluation of a process to recognise and reduce aggression and violence in an Australian emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 2021, Vol. 33(4), pp. 665-671.
- Simeone, Cynthia e Crimando, Steve. 2018.** Achieving an actionable corporate workplace violence prevention programme. *Journal of Business Continuity & Emergency Planning*. 2018, Vol. 12 (2), pp. 158-172.
- Singh, A., Ranjan, P., Sarkar, S., Kaur, T., Mathew, R., Gora, D., Mohan, A., & Jangra, J. 2022.** What do clinical resident doctors think about workplace violence? A qualitative study comprising focus group discussions and thematic analysis from a tertiary care center of India. 2022, Vol. 11 (6), pp. 2678-2684.
- Tavares, António. 1992.** *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa : Ministério da Saúde Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1992.
- The effects of skill-based team learning curriculum in workplace violence prevention for nurses.* **Tsai, Min-Chien. 2019.** França : European Journal of Public Health, 2019. 12th European Public Health Conference. Vol. 29.
- Trabalho, Organização Internacional do. 2020.** *Ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio*. Genebra : OIT, 2020.
- Weaver, C., et al. 2019.** Holding de line against workplace violence. *Nursing*. 2019, Vol. 49, pp. 61-63.

ANEXOS

Anexo I: Parecer da CE da ARS Norte

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA: 2022-12-14
REFERÊNCIA: CE/2022/158

PARA: CONSELHO DIRETIVO
DE: COMISSÃO DE ÉTICA
ASSUNTO: PI 20220160 - Violência nos Profissionais de saúde - a realidade oculta

EXARADO NA ATA Nº 2022_42
REUNIÃO DE 2022-12-16

DELIBERADO AUTORIZAR
2022-12-16

A - Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. recebeu o pedido de parecer sobre o projeto intitulado "Violência nos Profissionais de saúde - a realidade oculta", com o objetivo de analisar a problemática da violência nos profissionais de saúde do ACES [REDACTED] posteriormente elaborar um projeto de intervenção que possibilite mudanças e fomente a prevenção da violência. Este projeto será desenvolvido pela enfermeira Joana Isabel Lopes Correia, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da Enf. [REDACTED] ACES e do Professor Doutor João Amado, da Universidade Católica do Porto.

O pedido de parecer foi instruído com os documentos obrigatórios para a sua submissão.

B - Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, que pretende analisar a exposição dos profissionais de saúde à violência laboral, identificar a prevalência de violência no trabalho e caracterizar os tipos de violência, as vítimas e agressores no local de trabalho. Apresenta ainda os seguintes objetivos específicos: (1) Conhecer o fenómeno de violência dirigida aos profissionais de saúde, (2) Definir orientações para a intervenção em relação a? violência dirigida a profissionais de saúde, (3) Divulgar orientações para a intervenção em relação a? violência dirigida a profissionais de saúde aos profissionais, (4) Desenvolver um modelo de intervenção preventivo da violência para os profissionais.

A população em estudo serão todos os profissionais do referido ACES, que respondam ao questionário enviado. Os participantes para o estudo serão convidados através do e-mail institucional pela orientadora da USP do estágio a decorrer.

O questionário foi elaborado na plataforma Qualtrics, através da adaptação do questionário da DGS para as notificações online da violência contra os profissionais e do questionário Estudo de Caso sobre Violência no Local de Trabalho no Setor da Saúde elaborado pelas entidades Secretaria Internacional do Trabalho (ILO), Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Serviços Públicos Internacional (PSI). A resposta ao questionário é voluntária e anónima, os participantes nunca serão identificados. O acesso à plataforma Qualtrics, enquanto investigadora é restrito aos dados deste questionário estatisticamente tratados e protegidos com palavra passe. Prazo de conservação, no final do estágio os dados serão exportados da plataforma Qualtrics

e entregues à USP que os conservará durante o prazo legal de 3 anos.

Garantem os investigadores que, a informação acessível e respetivos backups estão alojados em servidores dentro da união europeia. Os data centers estão em salas de servidores seguros e as medidas de segurança e acesso aos mesmos são regularmente verificadas. Também é referido no contrato estabelecido para o fornecimento da plataforma que são realizadas (pela empresa) verificações de segurança internas e externas assim como testes de penetração nos sistemas informáticos. O acesso à área de administração da ferramenta é realizado através de ligação segura e com credenciais da única responsabilidade do CIIS, à qual o investigador não tem acesso. Na análise dos dados será utilizada a estatística descritiva de domínio inferencial e prevê que do ponto de vista estatístico a análise da distribuição de frequências.

Garantem ainda a anonimização de todos os dados recolhidos, bem como das pessoas que irão responder ao inquérito, sendo dada a possibilidade de não participarem no estudo caso assim o entendam. A aluna, no contexto da Universidade Católica Portuguesa, assim como o Professor Orientador, terão acesso aos dados anonimizados, tratando-os apenas no domínio estatístico.

As publicações que emergirem deste estudo garantirão o anonimato dos dados e a salvaguarda da confidencialidade face aos dados que, considerando a sua natureza, não possam ser apresentados. Os investigadores declaram que, não há conflitos de interesse a declarar.

Os dados serão utilizados única e exclusivamente no âmbito do estudo de investigação e não parecem colocar em causa a liberdade e os direitos dos seus titulares. A recolha e instrumentos são adequados à finalidade do estudo e o período de realização adequado aos objetivos definidos no protocolo e metodologia. Os investigadores defendem que, o estudo poderá ter algum impacto futuro na conceção que os profissionais tenham da violência e que poderá servir de incentivo à comunicação de futuros incidentes.

C - Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo e considerando que o mesmo satisfaz os requisitos éticos básicos do respeito pelos direitos e liberdades dos potenciais participantes, a Comissão de Ética deliberou, nesta data, dar parecer favorável à realização do estudo. A investigadora deverá comunicar os resultados assim que o estudo esteja concluído.

Porto, 13 de dezembro de 2022



Presidente da Comissão de Ética



Apêndices

Apêndice I: Cronograma

[Cronograma do Estágio]

Semana/Atividades	Set 2022	Out 2022	Nov 2022	Dez 2022	Jan 2023	Fev 2023	Mar 2023
Revisão Bibliográfica							
Preparação do protocolo							
Elaboração do IRD							
Pedido de autorização ao ACES e à comissão de Ética							
Aplicação do IRD							
Tratamento estatístico							
Elaboração do plano de intervenção							
Elaboração do Relatório do Projeto							
Apresentação dos resultados do estudo							

Apêndice II: Questionário de Opinião aos Profissionais de Saúde

Questionário de Opinião aos Profissionais de Saúde

Joana Isabel Lopes Correia, estudante do Mestrado de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, a realizar estágio na USP pretende realizar no âmbito da unidade curricular de Estágio Final um estudo intitulado “Violência nos Profissionais de Saúde – a realidade oculta” no ACES.

Pretende-se com este estudo analisar a exposição dos profissionais de saúde à violência laboral, identificar a prevalência de violência no trabalho e caracterizar os tipos de violência, as vítimas e agressores no local de trabalho.

Solicitamos a sua resposta ao questionário que apresentamos de seguida para possibilitar a avaliação deste problema nos profissionais de saúde do ACES.

Este questionário foi adaptado do questionário da DGS para as notificações online da violência contra os profissionais e do questionário Estudo de Caso sobre Violência no Local de Trabalho no Setor da Saúde elaborado pelas entidades Secretaria Internacional do Trabalho (ILO), Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Serviços Públicos Internacional (PSI).

Todas as respostas serão recolhidas de forma anónima e serão utilizadas unicamente para os fins de investigação, pelos responsáveis pelo estudo (ACES/UCP – EE Porto).

Contacto para alguma dúvida: 

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

A sua participação é fundamental na resposta às questões colocadas.

Aceita participar neste estudo respondendo ao questionário:

sim, aceito

não pretendo participar

I - CARACTERIZAÇÃO DO/A PROFISSIONAL

1 – Idade (anos): _____

2 – Sexo:

- Masculino Feminino

3 – Anos (completos) de exercício de profissão no ACES _____ Anos

4 – Escolaridade/ Grau mais elevado:

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

5 – Vínculo com a instituição

- Temporário/ Sazonal
 Estágio/ Interno
 Contrato de trabalho termo certo
 Contrato de trabalho em funções públicas
 Tempo parcial

6 – Estado civil:

- Solteiro
 Casado ou a viver em união de fato
 Separado ou divorciado
 Viúvo
 Prefiro não dizer

7 – Grupo profissional a que pertence:

- Assistente operacional
 Assistente técnico
 Enfermeiro/a
 Médico/a /Interno
 Técnico/a de diagnóstico e terapêutica
 Técnico/a Superior
 Técnico/a Saúde Ambiental
 Outro. Por favor indique qual _____

II - A VIOLÊNCIA PERANTE O/A PROFISSIONAL

8 – Quais destes comportamentos identifica como sendo violência contra profissionais de saúde? (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- Elevar o tom de voz
- Assédio moral (“Mobbing”)
- Ameaças e injúrias
- Agressão física
- Assédio sexual
- Abuso sexual
- “Stalking”/ perseguição
- Todos os anteriores

9 – Qual o seu nível de preocupação com a violência no seu local de trabalho atual?

(Por favor avalie: 1 = nada preocupado/a; 5 = extremamente preocupado/a)

- 1 2 3 4 5

10 – Tem conhecimento da existência de procedimentos para a denúncia de violência no seu local de trabalho?

- Sim*
- Não

*Se sim, sabe como realizá-los?

- Sim*
- Não

11 - Existe encorajamento para a denúncia de violência no seu local de trabalho?

- Sim*
- Não

*Se respondeu sim, assinale por quem (assinale a(s) hipótese(s) que considerar):

- Direção
- Coordenador/a do serviço
- Colegas
- Associação "sindical"
- Própria família e/ou amigos
- Outro. Por favor indique qual _____

12 – Foi vítima de violência no local de trabalho nos últimos 6 meses:

- Sim*
- Não**

***Se (Sim) por favor continue a responder ao questionário, responda às perguntas relativamente ao episódio mais significativo.**

**** Se (não) terminou de preencher o questionário, obrigada pela sua colaboração, a sua resposta foi submetida.**

13 - Como agiu perante a violência? (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- Não tomou nenhuma ação
- Disse à pessoa para parar
- Desabafou com um/a colega
- Procurou aconselhamento
- Procurou ajuda do sindicato
- Pediu transferência para outra posição/ local
- Tentou fingir que não aconteceu
- Disse a amigos e/ou família
- Outro. Por favor indique qual _____

14 – Notificou alguém por escrito da ocorrência do incidente?

- Sim*
- Não**

*Se respondeu sim, a quem notificou? (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- Superior hierárquico
- Administração da instituição
- DGS pelas notificações online – Notific@
- Queixa apresentada na PSP/GNR
- Interlocutor/a de Risco
- Outro. Por favor indique qual _____

**Se respondeu não, assinale o motivo: (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- Não considere importante
- Senti-me envergonhado/a
- Senti-me culpado/a
- Receio de consequências negativas
- Não sabia como proceder
- Não serve de nada
- Processo burocrático complexo
- Outro. Por favor indique qual _____

15 – Quem observou a ocorrência do incidente? (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- Só a vítima e agressor/a
- Outros profissionais
- Utentes e/ou acompanhantes

16 – Qual o tipo de violência ocorrido? (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- 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
- Stalking/ perseguição

17 – Frequência da violência nos últimos 6 meses:

- Uma vez;
- 2-4 vezes;
- 4-8 vezes;
- Mais que 8 vezes.

18 – Tipo de dano: (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- Lesão física
- Perturbação emocional
- Custos pessoais/ dano de valores pessoais
- Custos para a instituição/ unidade de saúde
- Outro. Por favor indique qual _____

19 – Consequências da violência pessoais/individuais: (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- Nenhuma
- Necessidade de observação e/ou tratamento por profissional de saúde
- Prognóstico de dano permanente
- Medo de regressar ao serviço após a agressão
- Sentimentos de incompetência e/ou culpa
- Necessidade de ausência ao trabalho
- Insónia e/ou sonos mais curtos
- Irritabilidade
- Diminuição de interesse pela profissão/ ponderar mudar de profissão
- Outro. Por favor indique qual _____

20 – Caracterização de quem perpetróu a agressão: (assinale as hipóteses(s) que considerar)

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

21 – Idade de quem perpetróu a agressão:

- Idade (anos): 0-14; 15-64; >65

22 – Sexo de quem perpetróu a agressão:

- Sexo feminino
- Sexo masculino

23 – Perfil de quem perpetrou a agressão:

- Indícios de estar etilizado/a
- História de doença mental ou neurológica
- Indícios de consumo de substâncias

24 – Solicitou algum tipo de tratamento/ acompanhamento/ajuda para si na sequência da violência?

- Sim*
- Não

*Se respondeu sim, que tipo de ajuda solicitou: (assinale a(s) hipótese(s) que considerar)

- Tratamento psicológico e/ou psiquiátrico
- Procura da ajuda de amigos e/ou família
- Tratamento com antidepressivos ou indutores do sono
- Início ou aumento de consumo de analgésicos
- Procura de medicinas alternativas
- Outro. Por favor indique qual _____

25 – Gostaria de deixar algum comentário/ sugestão?

- Sim*
- Não**

*Se respondeu sim: _____

Agradecemos a sua colaboração, a sua resposta foi submetida.

** Se respondeu não: agradecemos a sua colaboração, a sua resposta foi submetida.

Apêndice III: Pedido de autorização para o estudo

Exmo. Sr. Diretor Executivo, do ACES [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização investigação

No âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, na Universidade Católica Portuguesa, a aluna Joana Isabel Lopes Correia, do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e atualmente enfermeira no [REDACTED] pretende realizar uma investigação subordinada ao tema "Violência nos Profissionais de Saúde – a realidade oculta".

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os profissionais de saúde têm alto risco de sofrer violência em todo o mundo. Entre 8% e 38% dos profissionais de saúde sofreram violência física em algum momento de suas carreiras. A agressão verbal é provavelmente a mais comum. A maior parte da violência é praticada por pacientes e visitantes. As categorias de profissionais de saúde com maior risco incluem enfermeiros e outros funcionários diretamente envolvidos no atendimento ao paciente. A violência contra os profissionais de saúde não é aceitável. Tem um impacto negativo no bem-estar psicológico e físico do pessoal de saúde e também afeta a sua motivação para o trabalho. Como consequência, essa violência compromete a qualidade do atendimento e coloca em risco a prestação de serviços de saúde.

Pretende-se com este estudo analisar a exposição dos profissionais de saúde à violência laboral. Para isso será realizado um diagnóstico de situação sobre a violência contra os profissionais de saúde, onde será identificada a prevalência de violência no trabalho; serão caracterizados os tipos de violência, vítimas e agressores. Por fim irá ser elaborado um plano de prevenção da violência.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex^a se digne a autorizar a recolha de dados junto dos funcionários do ACES.

Todos os recursos para esta investigação serão a cargo da aluna.

Sem outro assunto agradecemos desde já a disponibilidade e atenção dispensadas e apresentamos os melhores cumprimentos.

A requerente

Joana Isabel Lopes Correia

Joana Isabel Lopes Correia