escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Violência sobre os Enfermeiros na Urgência:

Que realidade?

Fabiana Costa

Coimbra, outubro de 2018

escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Violência sobre os enfermeiros na Urgência:

Que realidade?

Fabiana Costa

Orientadora: Professora Doutora Verónica Rita Dias Coutinho,

Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, outubro de 2018

“Mais do que máquinas, precisamos de humanidade
Mais do que inteligência, precisamos de bondade e gentileza
Sem essas qualidades, a vida será de violência e tudo estará perdido”
Charles Chaplin

A ti, LARA, que me, ensinas,

o verdadeiro significado da palavra AMOR

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui o meu agradecimento a todas as pessoas que tornaram possível a concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Verónica Coutinho, pela sábia orientação, disponibilidade, apoio e incentivo, bem como pelas palavras de alento no momento de dúvida, incerteza e dificuldade.

Aos enfermeiros, que voluntariamente participaram nesta investigação, partilhando as suas vivências, e sem os quais não teria sido possível seguir o caminho planeado.

Ao meu marido, Nuno Lobeiro e à minha filha, Lara pela compreensão das minhas ausências, companheirismo e paciência.

Aos meus Pais e Irmão, pelo apoio incondicional, motivação e por acreditarem sempre em mim.

Aos meus amigos Rita, Márcia e Pedro, pela interajuda, partilha de conhecimentos e também pelos bons e maus momentos partilhados no decurso desta longa caminhada.

A toda a família, amigos e colegas pela compreensão, amizade, força e apoio.

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação.

O meu sentido e sincero MUITO OBRIGADO!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AGO - Associação para o desenvolvimento e Cooperação Garcia D'Orta

ANA - American Nurses Association

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Art. - Artigo

Cal-OSHA – California Occupational Safety and Health Administration

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS - Direção-Geral da Saúde

Doi - Digital object identifier

Et al. - E outros

HER^{+} - Health Event & Risk Management

ICN - International Council of Nurse

ILO - International Labour Office

INE - Instituto Nacional de Estatística

N.º - Número

NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health

OE - Ordem dos Enfermeiros

OSHA - Occupational Safety and Health Administration

P. - Página

PNS - Plano Nacional de Saúde

PP. - Páginas

PSI - Public Services International

PSP - Polícia de Segurança Pública

QVEDNP – Questionnaire on Violence in the Emergency Department in the Nurses' Peception

QVSUPE - Questionário sobre Violência no Serviço de Urgência na Perceção dos Enfermeiros

RISI - Expert Software Solutions

SAP - Serviço Atendimento Permanente

S.d. - Sem data

SHST - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SISQUAL – Empresa de I&D de Sistemas Informáticos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

SRSul - Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Sul

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

VLT – Violência no Local de Trabalho

WHO - World Health Organization

RESUMO

A violência sobre os enfermeiros revela-se num problema frequente em todo o mundo, tornando-se numa temática de extrema importância, não só por serem os enfermeiros as principais vítimas, mas também por ser um problema que requer ação tanto a nível preventivo como a nível interventivo. Esta temática deve ser assumida como um problema que interessa a todos, a todos afeta, e, logo todos devem procurar o seu controlo. Desenvolveu-se um estudo com o intuito de caracterizar a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país, do tipo descritivo-exploratório. Foi analisada, uma amostra de 127 enfermeiros, a exercer funções há mais de 6 meses nos serviços de urgência. Os dados foram colhidos pela aplicação do Questionário sobre Violência no Serviço de Urgência na Perceção dos Enfermeiros e, efetuada análise descritiva com recurso ao SPSS. Verificou-se que a violência sobre os enfermeiros é uma situação "recorrente", evitável e que a maioria dos enfermeiros não notifica o episódio. A agressão verbal é o tipo mais frequente de violência vivida pelos enfermeiros. O doente e o familiar/acompanhante são os perpetradores mais frequentes. O turno da tarde foi o período do dia apontado para a ocorrência de mais episódios de violência. A sala de tratamentos, a triagem, a sala de observação médica e a sala de emergência são os locais onde ocorrem mais violência. A falta de informação/comunicação ao doente/acompanhante, a falta de segurança, os problemas socioeconómicos, a vida profissional, a doença do doente e o grande número de visitas foram apontados como fatores de risco potenciadores de violência. Verificou-se que da ocorrência de violência advém menor satisfação profissional, menor saúde física, menor saúde mental, menor desempenho profissional, menor qualidade dos cuidados e deterioramento das relações pessoais/familiares. Os episódios de violência nos serviços de urgência ameaçam a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes aos doentes. Em suma, a violência sobre os enfermeiros caracteriza-se por ser uma temática muito importante, recorrente, frequente e evitável com consequências quer nos cuidados quer na saúde e desempenho do enfermeiro, uma problemática que requer prevenção, formação e notificação.

Palavras-chave: Violência no local de trabalho, enfermeiros, serviço de urgência

ABSTRACT

Violence against nurses has proved to be a frequent problem throughout the world, becoming a topic of extreme importance, not only because nurses are the main victims, but also because it is a problem that requires both preventive and preventive action. level. This issue has to be assumed as a problem that matters to everyone, affects everyone, and soon everyone should seek their control. A study was carried to characterize violence against nurses in the multi-purpose, medical-surgical and basic emergency services of the central region of the country, in the descriptive-exploratory type. We analyzed a sample of 127 nurses who had been working for more than 6 months in the emergency department. Data were collected through the application of the Questionnaire on Violence in the Emergency Department in the Nurses' Perception and a descriptive analysis using the SPSS. It has been found that violence against nurses is a "recurrent" situation, avoidable and that most nurses don't notify the episode. Verbal aggression is the most frequent type of violence experienced by nurses. The patient and the relative / companion are the most frequent perpetrators. The afternoon shift was the period of the day pointed to the occurrence of more episodes of violence. The treatment room, the screening room, the medical observation room and the emergency room are the places where there is more violence. The lack of information / communication to the patient / companion, lack of safety, socioeconomic problems, professional life isues, sickness of the patient and the large number of visits were pointed as risk factors for violence. It was verified that the occurrence of violence leads to lower professional satisfaction, lower physical health, lower mental health, lower professional performance, lower quality of care and deterioration of personal / family relationships for the nurses. Episodes of violence in the emergency department threaten the provision of safe and effective health care to patients. In short, violence against nurses is characterized as a very important, recurrent, frequent and preventable issue with consequences both in nursing care and in nurses' health and performance, thus a problem that requires prevention, training and notification.

Keywords: Workplace violence, nurses, emergency department

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo ……...…… 72

Tabela 2 – Distribuição da amostra por idade, tempo de serviço total, tempo de serviço no SU ……..……. 72

Tabela 3 – Distribuição da amostra por habilitações académicas …….……... 73

Tabela 4 – Distribuição da amostra por nível de SU onde exercem funções …… 73

Tabela 5 – Distribuição da amostra por horário ……...…… 74

Tabela 6 – Distribuição da amostra pela importância que atribuem à violência no local de trabalho …….……. 74

Tabela 7 – Distribuição da amostra por formação ……...…… 75

Tabela 8 – Distribuição da amostra por importância que atribuem à formação 75

Tabela 9 – Distribuição da amostra por existência de medidas/procedimentos de notificação de violência …….…….. 75

Tabela 10 – Distribuição da amostra por importância que atribuem à notificação 76

Tabela 11 – Distribuição da amostra pala opinião sobre existência dos fatores de risco para a ocorrência de violência …….…… 78

Tabela 12 – Distribuição da amostra sobre a existência de outro fator de risco para a ocorrência de violência ……..…… 80

Tabela 13 – Falta de Informação …….…… 81

Tabela 14 – Falta de segurança …… 81

Tabela 15 – Socioeconómicos ……..……... 82

Tabela 16 – Profissionais …….……... 82

Tabela 17 – Doença da pessoa …….…….. 83

Tabela 18 – Presença de acompanhantes …….…….. 83

Tabela 19 - Distribuição da amostra pala opinião sobre as consequências da ocorrência de violência ……..……... 84

Tabela 20 - Distribuição da amostra sobre a existência de outra consequência da ocorrência de violência ……..……... 85

Tabela 21 – Profissional ……..…… 86

Tabela 22 – Emocional ……...……. 86

Tabela 23 – Pessoal/familiar ……...…… 87

Tabela 24 – Distribuição da amostra por violência sofrida no serviço de urgência ……... 87

Tabela 25 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à sua frequência …… 88

Tabela 26 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à sua recorrência ……..……. 88

Tabela 27 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao tipo de situação ……..…….. 88

Tabela 28 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à tipologia da violência ……..……. 89

Tabela 29 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao tipo de violência psicológica ……..…….. 89

Tabela 30 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao perpetrador 90

Tabela 31 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à ocorrência por turno ……..……. 90

Tabela 32 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao local da ocorrência ……..…….. 91

Tabela 33 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à sua reação . 91

Tabela 34 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à inevitabilidade ……..…… 92

Tabela 35 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à existência de lesão ……..……... 92

Tabela 36 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao tipo de lesão ……. 92

Tabela 37 – Descrição da lesão sofrida ……..…….. 93

Tabela 38 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à notificação 93

Tabela 39 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à razão da não notificação ……..…….. 94

Tabela 40 – Notificação ……..…… 95

Tabela 41 – Distribuição da amostra por violência presenciada no serviço de urgência ……..…….. 96

Tabela 42 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à sua frequência ……..…….. 96

Tabela 43 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à sua recorrência ……..……. 96

Tabela 44 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao tipo de situação ……..…….. 97

Tabela 45 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à tipologia ……... 97

Tabela 46 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao tipo de violência psicológica ……..…….. 98

Tabela 47 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao perpetrador ……..……. 98

Tabela 48 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à sua ocorrência diária ……..……. 99

Tabela 49 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao local da ocorrência ……..…….. 99

Tabela 50 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à inevitabilidade ……..…… 99

Tabela 51 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à existência de lesão ……..…….. 100

Tabela 52 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao tipo de lesão 100

Tabela 53 – Descrição da lesão presenciada ……..…….. 101

Tabela 54 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à notificação …….…….. 101

Tabela 55 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à razão da não notificação …….……... 102

Tabela 56 – Notificação …….……. 103

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ……..……... 23

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL ..…….……..... 29

1. SERVIÇO DE URGÊNCIA ..……..……...……. 31

1.1. NÍVEIS DE RESPOSTA ..……..……. 35

2. VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO ……..……. 39

2.1. TIPOLOGIA DE VIOLÊNCIA ..……..……... 42

2.2. FATORES DE RISCO …...…..……..……...…….. 44

3. VIOLÊNCIA SOBRE OS ENFERMEIROS ……...……..…… 47

3.1. PROBLEMÁTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA ...….……. 48

3.2. CONSEQUÊNCIAS .....……..…… 50

3.3. PREVENÇÃO ...…….……. 51

3.4. NOTIFICAÇÃO ..……..…….. 54

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO …….……..... 57

4. METODOLOGIA ...…….……... 59

4.1. TIPO DE ESTUDO ……..…….……...…… 59

4.2. QUESTÃO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO …….…..……. 60

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA .……..……... 62

4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS ..……..…… 63

4.5. PROCEDIMENOS ÉTICOS E LEGAIS ..……... 66

4.6. TRATAMENTO DOS DADOS ...……..…….. 67

PARTE III – ESTUDO EMPIRICO …….…….. 69

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ..…….…… 71

5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA …….. 71

5.2. CARACTERIZAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO ... 74

5.3. CARACTERIZAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 87

5.3.1. Violência sofrida no Serviço de Urgência …..……... 87

5.3.2. Violência presenciada no Serviço de Urgência …….……... 96

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS ...……..……. 105

CONCLUSÃO ……..…….. 121

BIBLIOGRAFIA …….....…..……. 125

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

ANEXO II – Pedido de colaboração

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética

INTRODUÇÃO

A violência entre pessoas e grupos está enraizada na história da humanidade. Nas últimas décadas assumiu especial atenção, sendo um problema atual em crescimento exponencial um pouco por todo o mundo. O seu abrandamento/irradicação constitui-se, deste modo como, um desafio à sociedade contemporânea e gerações emergentes. A violência incide transversalmente em toda a comunidade, contudo os grupos socialmente mais suscetíveis são as crianças, os idosos, as mulheres e as pessoas pobres. No entanto, atualmente não é imprudente afirmar que este fenómeno afeta, direta ou indiretamente, toda a população.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015), a violência é considerada como uma violação dos direitos humanos, pois sendo eles, essenciais a todas as pessoas de uma sociedade, o seu desrespeito implica sempre uma violência. Em Portugal, em termos legais, o direito à "não-violência" encontra-se consignado na VII Revisão Constitucional da Constituição da República Portuguesa (2005), tendo como princípios fundamentais: O Principio da Igualdade: "Todos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei" (Art. 13º da Constituição da República Portuguesa); O Direito de Resistência: "Todos têm direito de resistir a qualquer ordem que ofenda os seus direitos, liberdades e garantias e de repelir pela força qualquer agressão, quando não seja possível recorrer à autoridade pública" (Art. 21º da Constituição da República Portuguesa); O Direito à Integridade: "A integridade moral e física das pessoas é inviolável" e "ninguém pode ser submetida a tortura, nem a maus-tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos" (n.º 1 e 2 do Art. 25º da Constituição da República Portuguesa). Segundo a mesma fonte, a discriminação, a ameaça/agressão verbal, pressão moral e o assédio sexual, constituem crimes particulares. A ofensa à integridade física grave e qualificada são crimes públicos.

Tendo por base o supramencionado, o *Internacional Council of Nurses* (ICN, 2017) condena veementemente os atos de violência perpetrados por qualquer pessoa contra *qualquer pessoa*, incluindo, enfermeiros, outros profissionais de saúde, doentes, familiar e outros membros da sociedade. Tais ações violam os direitos humanos de todas as pessoas que têm direito à liberdade, e como tal, de não serem prejudicadas no seu local de trabalho e nos ambientes de saúde.

A cada ano que passa, os índices das diversas formas de violência tendem a aumentar, levando os sectores sociais a desenvolver medo e insegurança. O ambiente de trabalho, enquanto espaço social, também é afetado intensamente pelo crescimento da violência (Vasconcellos, Abreu & Maia, 2012).

Violência no local de trabalho é definida como qualquer ação, incidente ou comportamento, baseado numa conduta voluntária, de uma pessoa contra outra, em consequência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ofendido, humilhado ou sofre dano ou lesão durante a sua prática profissional (Di Martino, 2003; Chappell & Di Martino, 2006; Najafi, Fallahi-Khoshknab, Ahmadi, Dalvandi & Rahgozar, 2017). Para Vasconcellos et al., (2012) o trabalhador é, então, considerado, em todos os locais de trabalho, como estando sob alto risco, inclusivamente no meio hospitalar.

A violência no local de trabalho afeta negativamente a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, de outros profissionais de saúde, dos doentes e suas famílias. Esta, pode ser destrutiva e tem um impacto profundamente negativo sobre os diretamente envolvidos no incidente, bem como os observadores podendo, estes, vivenciar efeitos físicos e psicológicos que variam de leve a grave. Os efeitos de violência no local de trabalho podem prolongar-se para além do local de trabalho, afetando a vida familiar e social das vítimas e dos observadores. Pode dizer-se que a violência envenena o local de trabalho sendo universal e penetrante (ICN, 2017).

O Serviço de Urgência (SU), uma unidade onde a predisposição para a violência é, geralmente, maior, tanto a nível nacional como internacional. Estes locais, são propícios à ocorrência de violência devido à grande procura de atendimento, à sobrelotação, ao ritmo acelerado e à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. Destes profissionais, sobressaem os enfermeiros, como cuidadores de vítimas de violência e como vítimas de ameaças e agressões por utilizadores do serviço e/ou colegas. Considera-se tal facto, relacionado com a proximidade que têm para com o doente, sendo consequentemente, os primeiros onde são depositadas as manifestações de insatisfação do atendimento (Vasconcellos et al., 2012).

A doença e os fatores de potencial risco de vida provocam stress nos doentes, nos seus familiares e nos profissionais de saúde. Este stress pode agravar os fatores que conduzem à violência. Desta forma, os fatores situacionais, organizacionais, interacionais,

estruturais e sociais podem desencadear e exacerbar os incidentes de violência no local de trabalho (ICN, 2017).

A origem da violência obedece a uma combinação de causas relacionadas às pessoas, ao contexto ambiental, às condições de trabalho e à interação dos trabalhadores entre si, assim como com os seus empregadores. Isto significa que a violência no local de trabalho não se relaciona apenas a fatores pessoais e comportamentais, mas também a fatores estruturais, inclusive da própria organização do trabalho (Di Martino, 2003; Chappell & Di Martino, 2006).

Mesmo considerando que as organizações de trabalho deveriam cumprir um papel protetor, principalmente as instituições de saúde das quais se espera a proteção dos danos que ameaçam a vida humana, isso pode não ocorrer. Os hospitais não estão livres da presença da violência. Assim, torna-se premente entender os mecanismos que transformam um ambiente terapêutico num local de violência e degradação (Costa & Marziale, 2006; Palagi, Noguez, Amestoy & Porto, 2015).

A violência no local de trabalho, em qualquer das suas manifestações, pode ter efeito devastador e de longa duração nas pessoas afetadas, como tal deve ser encarado como um problema de saúde pública global (Costa & Marziale, 2006; Palagi et al., 2015).

Para o ICN (2017) a violência no local de trabalho pode ser definida como envolvendo incidentes em que o profissional é abusado, ameaçado ou agredido em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo deslocações de e para o trabalho, envolvendo desafio explícito ou implícito à sua segurança, bem-estar ou saúde, sendo os potenciais perpetradores outros enfermeiros, outros profissionais, doentes ou respetivas famílias.

A violência contra profissionais de saúde no local de trabalho tem-se revelado um problema generalizado e muito frequente não só em Portugal, mas em todo o Mundo, tal como é referida na Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da DGS e mais tarde reforçado no relatório relativo a 2015, resultante da notificação de episódios de violência contra os profissionais de saúde (DGS, 2015). A mesma fonte, calcula que cerca de 50% dos profissionais de saúde sofram pelo menos um episódio de violência física ou psicológica em cada ano.

Segundo o relatório de progresso de monitorização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, executado a partir dos registos efetuados na plataforma NotifiQ@ até 30 de junho de 2018 foram registadas 5120 notificações por parte dos profissionais de saúde,

das quais 3742 notificações foram incidentes de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho e desde o início do sistema até ao final do segundo trimestre de 2018. Estimando-se que 53% das queixas reportadas ao sistema foram efetuadas por enfermeiros (DGS, 2018).

A Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da DGS informa, ainda, que o Plano Nacional de Saúde (PNS) se refere à violência contra profissionais de saúde como um problema de particular relevância propondo medidas de promoção de combate à violência com ênfase na prevenção e no sentido de uma tolerância zero para qualquer tipo de violência, sendo propostas intervenções a nível macro, meso e micro. Como tal, a violência contra os profissionais de saúde tem de ser assumida como um problema que interessa a todos, a todos afeta, e, logo todos devem procurar o seu controlo. Problemática que foi uma prioridade no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e que continua a ser na revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020 (PNS, 2015).

O ICN (2017) apoia o desenvolvimento de políticas que reflitam uma *tolerância zero* de violência de qualquer formulário de qualquer fonte, inclusive dos próprios enfermeiros, em qualquer local de trabalho. O ICN insta todas as organizações que empregam, regulam, educam, representam ou apoiamenfermeiros, o dever de trabalhar ativamente para garantir a *tolerância zero* à violência. No entanto, o ICN também conhece que os incidentes de violência no local de trabalho continuam generalizados, sendo as causas muitas vezes complexas e multifacetadas, existindo o risco de que *zero tolerância* resulte em subnotificação.

Partindo de dados evidentes sobre a existência de violência contra os enfermeiros ser uma realidade em Portugal, nomeadamente nos serviços de urgência da região centro do país, assume-se que cada episódio de violência deve ser abordado como um episódio de elevada importância. Este problema, de um modo geral, afeta-nos a todos, deste modo, a constatação enquanto enfermeira das consequências a nível pessoal e profissional de situações de violência, da escassez de estudos nesta área, e por consequente a (in)existência de orientações para a prevenção de situações de violência, constitui-se esta problemática como premente e atual, revestindo-se de extrema importância no âmbito da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST), bem como na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Emergindo, deste modo, o objetivo geral "Caraterizar a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país".

O rigor e a sistematização devem estar presentes na investigação devendo esta ser conduzida de maneira a alcançar o objetivo traçado. Para a sua concretização este estudo está estruturado em três partes fundamentais: o enquadramento conceptual, a metodologia e o estudo empírico. O enquadramento conceptual destina-se à caracterização do serviço de urgência e níveis de resposta; ao conceito de violência no local de trabalho, sua tipologia e fatores de risco; e à violência sobre os enfermeiros, sua problemática, fatores de risco associados, suas consequências, prevenção e notificação.

Na metodologia justifica-se as opções metodológicas, desenvolve-se o desenho de investigação, identifica-se a população e amostra, apresenta-se o instrumento de colheita de dados, o método de análise de dados, o rigor do estudo e os procedimentos legais e éticos. De seguida, faz-se a apresentação e discussão dos resultados, assim como é exposto as limitações deste estudo. Finda o documento, apresentando-se as principais conclusões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A investigação em enfermagem consiste na pesquisa ou estudo sistemático e aprofundado, que valida e aprimora o conhecimento existente e promove o desenvolvimento de novos conhecimentos, sendo essencial para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência. (Gray, Grove & Sutherland, 2017).

A pesquisa é realizada no contexto do conhecimento prévio. Os investigadores, esforçam-se para compreender o que já se sabe sobre o tópico escolhido, por isso, realizam uma ampla revisão da literatura. Esta, para além de inspirar a novas ideias de pesquisa e ajudar a lançar a base de outro estudo, é uma tarefa inicial importantíssima para o investigador, ajudando-o a interpretar as suas próprias descobertas (Polit & Beck, 2011).

Tendo por linha orientadora o referido anteriormente será, nesta primeira fase, delineada a base conceptual deste estudo.

1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mundialmente a procura pelos Serviço de Urgência (SU) cresceu exponencialmente durante as últimas décadas. A par de tal tendência, o funcionamento dos SU, ao longo dos anos, tornou-se uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Por diversas razões, os SU transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada do SNS, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular dos mesmos (DGS, 2001).

Em 2 de abril de 1976 o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa consagrou que *todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover* e que *o direito à proteção da saúde* seria *realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito* que à data não existia (SNS, 2017).

As disposições do artigo 64º são, posteriormente, concretizadas em 1979 com a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro que cria o **Serviço Nacional de Saúde**, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social. O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos

doentes e a reabilitação médica e social. Estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas) (SNS, 2017).

Em 1990 a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde. Pela primeira vez, a proteção da saúde é perspetivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Linha orientadora que é defendida atualmente no Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020, ou seja, o cidadão, entendido como central no Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança. Por isso, tem o direito e o dever de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população, no desempenho dos seus diferentes papéis: o de doente com necessidades específicas; o de consumidor com expectativas e direito a cuidados seguros e de qualidade; e o de contribuinte do Serviço Nacional de Saúde (PNS, 2015).

A organização dos serviços de saúde em Portugal sofreu, ao longo dos tempos, a influência de conceitos políticos, económicos, sociais e religiosos de cada época e foi-se concretizando para dar resposta aos problemas de saúde então identificados, mas também para promover a saúde dos povos (SNS, 2017).

Como forma de tentar otimizar os recursos, foi criada uma Rede de Referenciação Hospitalar, um sistema através do qual são reguladas as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo, a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2001).

Em 1996 surge a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências, que definiu os princípios precursores da rede de referenciação das urgências, posteriormente consagrada em 2001. Pelo que em 2001 foi criado o grupo de acompanhamento da reforma das urgências, dando origem a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência (DGS, 2001).

As Redes de Referenciação Hospitalar são "sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares", de forma a garantir "o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades

prestadores de cuidados de saúde, sustentando num sistema integrado de informação interinstitucional" (DGS, 2001, p.5).

A reorganização da urgência hospitalar, integrada no âmbito das linhas gerais definidas para a reforma do Serviço Nacional de Saúde, tem por objetivo adequar a resposta do sistema de saúde às necessidades impostas pela situação aguda do utente e pressupõe um conjunto de intervenções nos vários elos da cadeia de prestação de cuidados de saúde e uma progressiva e permanente diferenciação de todos os profissionais intervenientes nos processos de socorro, transporte, reanimação e tratamento. A reestruturação dos serviços de urgência nos hospitais da rede nacional de urgência/emergência, respondendo a uma exigência funcional e organizativa do hospital, constitui um passo fundamental para uma melhoria efetiva e sustentada dos cuidados de saúde e uma medida essencial para uma melhor e mais racional política de recursos humanos e para uma programação e planeamento adequados dos investimentos nesta área (Ministério da Saúde, 2002).

O despacho normativo nº 11/2002 de 06 de março vem criar o serviço de urgência hospitalar, enquanto serviço de ação médica hospitalar, criação essa dirigida à progressiva diferenciação e maior disponibilidade dos profissionais neles integrados. O despacho normativo supramencionado definiu, assim, serviço de urgência como um "*serviço de acção médica hospitalar*" e como "*serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas."* Consideram-se "*situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata*" (p.1865).

Para que se torne inequívoca a lógica de funcionamento dos SU, o conceito de "*emergência e urgência médica*" foi definido no Despacho nº 18 459/2006 de 12 setembro, como qualquer "*situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais*". Não se fazendo distinção entre urgência e emergência (p. 18611).

Um ano mais tarde, foram amplamente discutidos os critérios, condições de acesso e proposta de pontos de rede de urgência, na sequência do trabalho da comissão técnica de apoio ao processo de requalificação da rede de urgência geral, criada pelo despacho nº 17736/2006 de 31 de agosto, tendo sido realizada a requalificação e redistribuição

geográfica dos pontos de urgência, com nova rede de urgência definida e classificada pelo despacho nº 5414/2008 de 28 de fevereiro.

Através do Despacho n.º 13377/2011, de 6 de outubro, foi criada a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) que tem como missão avaliar o estado de implementação da rede de emergência pré-hospitalar e das urgências hospitalares, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso, a composição das respostas existentes, as consequências dos processos de encerramento e deslocalização dos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) e serviços de urgência. Tem, ainda, que propor alterações à rede e sugestões para a sua evolução, propor a estratégia de desenvolvimento da resposta de Emergência Pré-Hospitalar e da Rede de Urgência, as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, a gestão e a sustentabilidade dos Serviços de Urgência.

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) como referido por PNS (2014) faz distinção entre urgência de emergência, definindo como urgência uma situação clínica "*que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)*", e por emergência uma situação em que "*existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo*" (p.7).

A CRRNEU faz a distinção com as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo e não deveriam, portanto, estar contidas nos objetivos assistenciais dos serviços de urgência. Deste modo, todas as situações clínicas enquadráveis nestas definições necessitam de referenciação hospitalar para Unidades com a diferenciação suficiente para um atendimento correto sob o ponto de vista técnico e científico, isto é, um Serviço de Urgência (PNS, 2014).

Após apreciação do relatório final apresentado pela CRRNEU surgiu o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto que veio determinar a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré -hospitalar, os níveis de responsabilidade dos SU, bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Define-se, deste modo, quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referenciação de

Urgência/Emergência, sem prejuízo de se verificar a necessidade de, em momento posterior, proceder à revisão da arquitetura da rede, para efeitos de referenciação.

De acordo, com o despacho anteriormente mencionado atende-se que o *Sistema de Urgência* tem como missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes. Competindo aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas não urgentes. Desta forma, pretende-se adequar a procura ao SU, promovendo o acesso a sistemas telefónicos centrais de triagem e de orientação de doentes.

1.1 NÍVEIS DE RESPOSTA

Apesar das várias intervenções realizadas nos últimos 20 anos, na organização e na distribuição dos SU, as mesmas revelaram-se insuficientes na resolução das multiplas disfunções existentes (DGS, 2001).

Na parte dedicada aos indicadores de acompanhamento do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 existem dois que dizem diretamente respeito às urgências hospitalares: um relaciona-se com o número médio anual de atendimentos nas urgências hospitalares, cuja projeção para 2016 era de 754,3 por mil habitantes, sendo a meta a redução para 720,1 e, o outro indicador prende-se com o rácio entre urgências hospitalares e consultas externas, cuja projeção para Portugal Continental, em 2016, era de 0,33, mas a meta definida pelo PNS era de 0,31.Verificando-se, assim, para 2016, uma estimativa de mais de sete milhões de urgências por ano (PNS, 2014). Segundo o relatório de Estatisca da Saúde 2016 foram realizados 7,7 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, mais 5,4% do que em 2015 (INE, 2018).

Segundo o PNS 2012-2016, recorrem doentes ao SU que não carecem de um atendimento em serviço de urgência hospitalar, havendo um impacto direto para os outros que carecem efetivamente de cuidados de urgência, tanto na qualidade dos cuidados prestados como no desvio dos recursos humanos. Sendo, desta forma, reforçado na revisão da execução do Plano Nacional de Saúde estendido a 2020 (PNS, 2015).

Isto implica para os serviços de saúde uma redução da eficiência com maior dificuldade em dar respostas mais adequadas às necessidades reais da população. A híper utilização

dos serviços de urgência é um fenómeno multifatorial, um problema objeto de preocupação de todas as equipas do Ministério da Saúde nos últimos anos, mas a realidade é que muito pouco se tem conseguido avançar, parecendo inexorável o problema (PNS, 2014).

Já na primeira década deste século, o Despacho n.º 727/2007, de 15 de janeiro, que alterou o Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro, e o Despacho n.º 5414/2008, de 28 de fevereiro, definem e classificam os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referenciação de Urgência/Emergência, estabelecendo a existência de uma rede articulada de serviços de urgência com três níveis de hierarquização (urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica, urgência básica) correspondentes a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades distintas, evitando, assim, encaminhamentos sucessivos do doente urgente/emergente.

Mais tarde, com o Despacho n.º 10 319/2014 de 11 de agosto é definida a rede de serviço de urgência que integra três níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: o Serviço de Urgência Básico (SUB); o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

No referido Despacho os SUB são "*o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência"* constituem-se num nível de abordagem e resolução das "*situações mais simples e mais comuns de urgência*", bem como, "*um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade*". O SUMC é definido como o "*segundo nível de acolhimento das situações de urgência*", devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de "*apoio diferenciado à rede de SUB*" e "*referenciando para SUP*" situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. Sendo, o SUP descrito como o "*nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência*" (pp. 20673, 20674).

Como tal, o SU é uma das áreas do hospital com maior complexidade assistencial, fluxo de profissionais e utilizadores. Possui especificidades que o distinguem dos outros serviços de saúde, uma vez que exige assistência imediata, eficiente e integrada, bem como um amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e uso de recursos tecnológicos. Pode-se, até, comparar a um subsistema de saúde ao requerer vários serviços associados tais como, bloco operatório, unidade de cuidados intensivos, radiologia, laboratório, entre outros (Martins, Bobroff, Andrade, & Menezes, 2014).

No SU é exigida uma grande produtividade associada à pressão do tempo e à complexidade das intervenções, além de expectativas pessoais irrealizáveis e muitas vezes relações de trabalho tensas. Trata-se de um local de trabalho em que o tempo é limitado, as atividades são intensas e a situação clínica dos indivíduos exige, na grande maioria das vezes, que o profissional realize tudo com rapidez para que possa afastar os riscos de morte iminente. Aos enfermeiros é exigido pensamento rápido, agilidade e capacidade de resolução de problemas emergentes (Martins et al., 2014).

Nesta linha de pensamento, a Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da DGS, afirma que os contextos de prestação de cuidados de saúde podem gerar, pelas mais variadíssimas razões, ambientes vulneráveis e "facilitadores" de violência.

2. VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO

A *World Health Organization* (WHO, 2018) define violência como o uso intencional da força física ou de poder, ameaçado ou real contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte em ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou provações.

O relatório mundial sobre a prevenção da violência de 2014 afirma que a violência sempre fez parte da experiência humana e afeta a vida de milhões de pessoas por toda a parte do mundo, com consequências permanentes. O número estimado de vítimas de homicídio em 2012 foi de aproximadamente 475 mil. Desse total, 60% eram homens entre 15 e 44 anos de idade, tornando o homicídio a terceira causa principal de morte para homens nesse grupo etário (WHO, 2015).

Atualmente, a violência mantém-se sendo um problema *major* de saúde pública a nível mundial, estimando-se que mais de 158 000 mortes ocorrem na europa a cada ano, sendo que 123 000 são devido à violência autodirigida e 31 000 à violência interpessoal (WHO, 2018).

Para Vasconcellos, Griep, Lisboa e Rotenberg (2012) a violência é entendida como um problema mundial de difícil consciencialização, devido à sua etiologia e multicausalidade; visto que nasce nas bases da sociedade, provocando sentimentos de insegurança em todos os seus espaços e encontra-se entre as três principais causas de mortalidade da população.

A tecnologia de satélites, permite que certos tipos de violência, tais como terrorismo, guerras e rebeliões apareçam aos olhos do público todos os dias. No entanto, existe muito mais violência fora dos olhos atentos, tais como em casas, locais de trabalho e até mesmo instituições (WHO, 2018).

A *International Labour Office* (ILO), como referido por DGS (2015), refere que a violência no trabalho, a par das drogas, álcool, tabaco e VIH/SIDA, representa um dos cinco maiores riscos para o mundo do trabalho. A violência no local de trabalho tem emergido como um importante e prevalente problema social com consequências de saúde,

de segurança e até mesmo legais, que afeta a dignidade de milhões de pessoas em todo o mundo (Atan et al., 2013).

A Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia D'Orta define violência no local de trabalho como "*incidentes onde o pessoal é vítima de abuso, ameaça ou agressão em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo as deslocações de e para o trabalho, que envolvem explicita ou implicitamente ameaça à segurança, bem-estar e saúde*". A violência resulta de um contacto entre uma ou mais pessoas, intencional ou involuntária, efetiva ou não, estando, assim, implícita à perceção individual do agressor e do agredido (AGO, 2002, p.6).

Para *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) como referido por Albashtawy (2013), violência no local de trabalho são os atos realizados contra uma pessoa durante o seu período de trabalho, não só por ofensas verbais, mas também por ameaças, assédio sexual, agressão física e no extremo: homicídio. O fenómeno da violência contra os profissionais de saúde é multifatorial inserindo-se num problema estrutural e estratégico que tem raízes em fatores sociais, económicos, organizacionais e culturais, e deste modo, a violência perpassa nas unidades de saúde.

Por sua vez, o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) considera violência no local de trabalho como um ato ou a ameaça de violência, desde abuso verbal até agressões físicas direcionadas a pessoas no trabalho ou em serviço. O impacto da violência no local de trabalho pode variar de problemas psicológicos a lesões físicas ou até mesmo à morte. A violência pode ocorrer em qualquer local de trabalho e entre qualquer tipo de trabalhador (CDC, 2018).

Nas *guidelines* de como lidar como a violência no local de trabalho, no sector da saúde, WHO, ILO, ICN e *Public Services, International* (PSI) estimam que na Europa, cerca de 9 milhões de profissionais de saúde sofrem violência física, 3 milhões estão sujeitos a assédio sexual e 13 milhões a intimidação e assédio moral (WHO, ILO, ICN, PSI, 2005). De acordo com o *Bureau of Labor Statistics* nos EUA cerca de 16.890 trabalhadores sofreram um trauma devido à violência não fatal e cerca de 500 trabalhadores foram vítimas de homicídio no local de trabalho (CDC, 2018).

A Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006, da Direção-Geral da Saúde (DGS), torna claro que a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho se manifesta como um problema generalizado e frequente em Portugal, bem como em todo o mundo,

sendo, inclusivamente, considerada um problema de saúde pública, a nível internacional, pela WHO.

A WHO (2018) afirma que os trabalhadores da saúde estão em alto risco de violência em todo o mundo. Entre 8% e 38% dos trabalhadores de saúde sofrem violência física num momento da sua prática profissional. Muitos mais são ameaçados ou expostos à agressão verbal. A maior parte da violência é perpetrada por doentes e visitantes. Também, em situações de desastre e de conflito, os profissionais de saúde tornam-se alvos de violência coletiva ou política, sendo os enfermeiros os que apresentam maior risco.

A violência é, então, encarada como problema de particular relevância, propondo medidas de promoção do combate à violência com enfase na prevenção e no sentido de uma tolerância zero para qualquer tipo de violência. Este plano, tem como um dos seus valores o respeito pela pessoa humana, nas suas várias dimensões física, psíquica, social e espiritual, promotora da ética e da autonomia (PNS, 2013). A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho, é uma prioridade no Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 e, como tal, mencionado na revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020, que visa responder de forma precisa a problemas concretos (DGS, 2015).

Particularmente nos serviços de urgência, sendo estes locais propícios a níveis elevados de stress, quer pelas características inerentes ao serviço quer pelo estado do doente e procedimentos e equipamentos envolvidos, os profissionais que nele desempenham funções estão mais suscetíveis. A complexidade dos procedimentos e equipamentos envolvidos no desempenho dessa prática, bem como, as características de algumas patologias, poderem ser a ignição de um comportamento violento para com os profissionais de saúde. Manifestações de comportamento agitado e violento caracterizam situações de emergência que podem vir de qualquer pessoa, de um modo geral, contudo há situações específicas em que tais manifestações vêm de pessoas com transtorno mental (Silva, Silva, Wall, Lacerda & Maftum, 2015).

A par da realidade supramencionada, a sobrelotação dos serviços de urgência é cada vez mais frequente e a maioria dos serviços de urgência deparam-se com problemas de falta de espaço, instalações desajustadas à realidade, muitas vezes insuficientes para acolher doentes e seus acompanhantes que acorrem diariamente. O número reduzido de profissionais de saúde provoca excesso de trabalho, stress, desgaste físico, aumento do tempo de atendimento, motivo muitas vezes, gerador de violência (Silva et al., 2015).

Segundo o Relatório do Departamento da Qualidade na Saúde de março de 2015 da DGS, referente à notificação *on-line* de violência contra profissionais de saúde, das 531 notificações reportadas ao sistema, 302 são provenientes de hospitais, entre as quais, 89 ocorreram em serviços de urgência. A ARS de Lisboa e Vale do Tejo, por sua vez, apresenta o maior número de notificações, fazendo com os serviços de urgência, pertencentes a esta administração, sejam considerados, um dos locais mais notificados de 2014.

O ICN (2017) corrobora estes dados, afirmando que o sector da saúde, tal como já foi descrito anteriormente, é mais suscetível à violência no local de trabalho do que qualquer outro, tornando-se esta, uma realidade para muitos enfermeiros. Incluindo, estes, na categoria de profissionais de saúde com maior risco.

2.1 – TIPOLOGIA DE VIOLÊNCIA

A violência manifesta-se de diferentes formas e acomete diversos grupos de pessoas, razão pela qual se torna difícil a sua apreensão e definição.

O Relatório Final de 2002 da AGO, classifica a violência em dois tipos:

- **Violência Física** como o "*uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico*", englobando bater, pontapear, esbofetear, esfaquear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos, entre outros." O **Ataque** está aqui incluído como "*um comportamento intencional que prejudica fisicamente outra pessoa*", nomeadamente, o ataque sexual.
- **Violência psicológica** é explicada como o "*uso intencional de poder, incluindo ameaça de uso de força física e/ou institucional, contra outra pessoa ou grupo que pode resultar em dano físico, mental, espiritual, moral ou social (imediato, a curto ou a longo prazo)*". A violência verbal / insultos, pressão moral, assédio, ameaças e difamação (informações falsas com o intuito de denegrir a imagem pessoal, profissional e/ou institucional de alguém) englobam-se neste tipo de violência (p.6).

Enquadram-se, de igual forma, o abuso, a pressão moral, a discriminação, o assédio sexual e a ameaça/agressão verbal (explicita ou implícita) na Violência Psicológica: O **Abuso** é o comportamento que humilha, degrada ou indica falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa; a **Pressão moral** define-se como o comportamento ofensivo, repetido e prolongado no tempo, com tentativas vingativas, cruéis ou maliciosas de humilhar ou enfraquecer uma pessoa ou grupo de profissionais; a **Discriminação** refere-se a qualquer tipo de conduta baseada na idade, incapacidade física, seropositividade, circunstâncias domésticas, sexo, orientação sexual, mudança de sexo, raça, cor, linguagem, religião, política, sindicalismo ou outra opinião ou crença, nacionalidade, origem social, associação com uma minoria, propriedade, nascimento ou outro status que não é reciproca nem desejada e que afeta a dignidade do profissional no local de trabalho; o **Assédio sexual** como qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida e que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada; a **Ameaça/Agressão verbal (explícita ou implícita)** destina-se à promessa de uso de força física ou poder (por exemplo a força psicológica) que resulta em medo de dano físico, sexual ou psicológico ou outras consequências negativas para a pessoa ou grupo de profissionais.

Para Costa e Marziale (2006) a Violência é classificada em três tipos:

- A **Violência física** que se refere à força usada intencionalmente, de modo a puder causar a morte ou lesão;
- A **Violência sexual** em que a força é utilizada para forçar a pessoa a um ato sexual indesejado.
- A **Violência psicológica** como um abuso verbal que ocorre com o objetivo de controlar o outro pela degradação, humilhação e medo. Este tipo de violência pode assumir contornos devastadores quando se transforma em assédio moral, ou conduta abusiva, evidenciada por gestos, atitudes, comportamentos ou palavras de modo sistemáticos e repetidos atentando contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando o seu emprego ou degradando o clima de trabalho. Embora não visível, o **assédio moral** é um tipo de violência destrutiva, uma vez que ocorre de forma sistemática e não notória, comprometendo a autoestima e a autoimagem, ou seja, a integridade física e emocional da vítima.

Mais tarde, a *Occupational Safety and Health Administration (*OSHA, 2015) classifica a violência no local de trabalho em quatro categorias distintas, tendo por base o autor da violência contra os profissionais, sendo elas:

- **Violência externa com intenção criminal (Tipo I)**: atos de violência por parte de pessoas, funcionários atuais e/ou funcionários anteriores que entram no local de trabalho com a intenção de cometer um crime;
- **Violência por iniciativa do cliente (Tipo II)**: iniciada por doentes, familiares e/ou acompanhantes;
- **Violência horizontal ou interna (Tipo III)**: realizada por colegas de trabalho, supervisores ou outros profissionais de saúde;
- **Violência pessoal (Tipo IV)**: realizada por alguém que não trabalha na instituição, mas que é conhecido por ter um relacionamento pessoal com um profissional.

A WHO (2018), por sua vez, refere três tipos de violência, que inclui a *violência interpessoal* (aquela que ocorre entre indivíduos), a *violência autodirigida* (suicídio e outras formas de autoflagelação) e a *violência coletiva* (aquela que ocorre entre grupos, nomeadamente, guerras).

2.2 – FATORES DE RISCO

Os fatores de risco para a violência no local de trabalho para Atan et al. (2013). podem ser divididos em:

- **Ambientais**: prendem-se com a falta de segurança, a demora no atendimento, a longa duração do tratamento, a espera de resultados complementares de diagnóstico e, ainda a sobrelotação quer a nível de espaço quer a nível do número de doentes;
- **Relacionais**: - com os **doentes** que são a idade, o sexo, o nível de educação, problemas de comunicação, o abuso de substâncias e emocionais (medo, ansiedade e raiva); - com os **profissionais** que são a inexperiência, as dotações inadequadas e a sobrecarga horária.

Segundo as *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service* de 2015 da OSHA existem três fatores de risco principais: associados à violência contra os profissionais de saúde, nomeadamente sobre os enfermeiros, no seu local de trabalho, sendo eles:

- **Ambiente:** associado à violência pela presença de doentes mentais com pouco ou nenhum seguimento clínico nos SU, pela movimentação, sem restrições, de pessoas estranhas à instituição e familiares perturbados, presença de membros de gangues, alcoólicos ou toxicodependentes, áreas de estacionamento pouco iluminadas, doentes traumatizados e familiares perturbados.
- **Práticas de trabalho**: associadas a longos períodos de espera no SU, aos poucos profissionais de saúde para o volume de trabalho existente, ao trabalho isolado com pacientes durante exames auxiliares de diagnóstico ou de tratamento e à falta de pessoal qualificado e treinado no reconhecimento e gestão de comportamentos agressivos.
- **Características das vítimas e dos autores**: as vítimas são frequentemente enfermeiros sem treino nesta área ou jovens com pouca experiência profissional; os autores têm habitualmente um historial de comportamentos violentos ou um diagnóstico de psicoses, demência ou então são utilizadores de substâncias ilícitas.

O autor supramencionado defende, ainda, a existência de fatores de risco comuns a todas as unidades de saúde, destacando-se o trabalho direto com pessoas com temperamento instável (influência de drogas, álcool inclusive, historial de violência ou patologias psiquiátricas), a existência de poucos profissionais disponíveis para o volume de trabalho existente, períodos de espera prolongados em salas de espera sobrelotadas e desconfortáveis, a falta de pessoal treinado, polícia para prevenir e gerir crises potencialmente perigosas, a movimentação de pessoas em áreas não restritas e áreas mal iluminadas.

3. VIOLÊNCIA SOBRE OS ENFERMEIROS

A Enfermagem é uma das profissões que, tem no seu exercício, intervenientes vulneráveis à violência, impetrada pelo doente, família, e até por membros da própria equipa (Silva et al., 2015).

Quando se aborda a questão de violência associada aos cuidados de saúde é percetível uma frequência maior desse fenómeno quando se trata de enfermeiros, devendo-se este resultado ao contacto mais próximo entre os profissionais e doentes, para os quais o cuidado é direcionado. Podendo, ainda, ocorrer violência advinda de familiares ou acompanhantes desses doentes, motivada pela insatisfação com o cuidado prestado. A falta de comunicação entre enfermeiros e os doentes pode ser um dos motivos pelos quais a violência pode ser endereçada a esta classe profissional (Silva et al., 2015)

Segundo Whelan como referido por Albashtawy (2013), a violência no trabalho contra enfermeiros é um problema em todos os países, desde 1824. Tratando-se de uma preocupação significativa de todas as unidades de saúde do mundo. Para Atan et al. (2013) os enfermeiros estão sujeitos a violência por parte dos utentes três vezes mais que outros profissionais de saúde. Isto porque, tal como referido anteriormente, são os enfermeiros que permanecem mais tempo com os doentes, tornando-se, assim, mais suscetíveis à violência.

Dentro desta realidade, a precarização do trabalho vivenciada nos hospitais, aliada à quantidade insuficiente de profissionais e situações de *stress*, podem contribuir para uma assistência ineficaz, podendo resultar em atitudes violentas por parte dos doentes, familiares e/ou acompanhantes (Vasconcellos et al., 2012).

Desta forma, o *International Council of Nurses* (ICN, 2017) condena vivamente todas as formas de abuso e violência contra os enfermeiros, incluindo assédio sexual. Estas ações violam os direitos dos enfermeiros à dignidade e integridade pessoal, bem como à isenção de danos. Os enfermeiros constituem uma categoria de profissionais que se encontram particularmente em risco e, portanto, deve ter-se em atenção a eliminação de todas as formas de abuso e violência contra os mesmos.

O Código de Ética da *American Nurses Association* (ANA, 2015) tem como declarações interpretativas quando afirma que os enfermeiros são obrigados a criar um ambiente ético e cultura de civilidade e gentileza, tratando os colegas, colegas de trabalho, funcionários, estudantes e outros com dignidade e respeito. Da mesma forma, que aos enfermeiros deve ser concedido o mesmo nível de respeito e dignidade como com os outros.

3.1 PROBLEMÁTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No serviço de urgência, o enfermeiro fica exposto a comportamentos violentos praticados por pessoas externas, pelos próprios colegas ou até mesmo por outros profissionais de saúde, tais como: agressão física, verbal, sexual, moral, competição entre colegas, roubo, discriminação e maus tratos. Todas as formas de violência são prejudiciais à saúde do enfermeiro podendo ocasionar lesões físicas, psíquicas e morais. Das diversas formas de violência, a verbal é uma das mais frequentes relatadas pelos trabalhadores da saúde (Vasconcellos et al., 2012).

Os enfermeiros, sofrem agressões verbais, físicas e assaltos, com maior frequência, por parte dos doentes, familiares e/ou acompanhantes (fontes primárias de violência). Por sua vez, a violência horizontal, exercida por colegas de trabalho e médicos, é considerada como a maior fonte de violência "não física", responsável por mais de metade dos abusos emocionais e verbais. Esta, é de longe, mais prevalente que a violência física, sendo a que mais ocorre a um profissional de saúde (Wang, Hayes & O'Brien-Pallas, 2008; Atan et al., 2013; Cheung, Lee & Yip, 2017).

Seguindo a mesma linha orientadora o Relatório do Departamento da Qualidade na Saúde de março de 2015 da DGS, referente à notificação *on-line* de violência contra profissionais de saúde afirma que, nos serviços de urgência predominam os doentes como agressores, seguido dos familiares e em terceiro profissionais de saúde, sendo a injúria/ameaça o tipo de violência mais preeminente (DGS, 2015). Por sua vez, nos relatórios de progresso de monitorização assistimos um predomínio dos doentes como agressores, seguidos do profissional da mesma categoria e em terceiro lugar os familiares do doente, sendo o assédio moral o tipo de violência mais prevalente (DGS, 2016; 2017; 2018).

Os enfermeiros aceitam frequentemente de forma passiva o abuso e a violência como fazendo "parte do trabalho" - uma atitude por vezes partilhada pelo público e pelas autoridades judiciais. São grandes as pressões para que as vítimas, masculinas e/ou femininas, permaneçam silenciosas e a subnotificação tem prejudicado o desenvolvimento e implementação de estratégias eficazes para reduzir a violência no local de trabalho (ICN, 2006; Silva, Aquino & Pinto, 2014).

Para Wilson (2017) os enfermeiros e outros profissionais de saúde são agredidos todos os dias nos hospitais. Em estudos desenvolvidos, mais de 70% dos enfermeiros do serviço de urgência hospitalar relatam terem sido agredidos durante a sua vida profissional. Mais de 85% dos enfermeiros foram picados, cuspidos, tateados, pontapeados, física ou verbalmente agredidos.

Um relatório apurado pelo CDC, como referido por Wilson (2017), descobriu que entre 2012 e 2014 os incidentes de violência quase que duplicaram para os enfermeiros.

As condições de trabalho no sector da saúde colocam os enfermeiros e restante pessoal de saúde em maior risco de violência, devido a:

- Padrões de dotações, incluindo níveis inadequados de dotações e de supervisão, utilização de pessoal temporário e sem experiência, cargas de trabalho pesadas e o por serem os únicos responsáveis pelas unidades de cuidados de saúde;
- Trabalho por turnos, incluindo as deslocações de e para o trabalho à noite;
- Fracas medidas de segurança nas instalações de cuidados de saúde;
- Intervenções que exigem contacto físico próximo;
- Cargas laborais exigentes, ocorrendo frequentemente em ambientes de elevada carga emocional;
- Locais de trabalho com elevada acessibilidade e com pouca ou nenhuma privacidade;
- Visitas domiciliárias, com o isolamento associado (ICN, 2006; Evans, 2017).

Seguindo a mesma linha orientadora, os enfermeiros, de todos os profissionais de saúde, são aqueles que correm maior risco de violência no local de trabalho. A prevalência e o impacto da violência contra pessoal de enfermagem (enfermeiros e enfermeiras), torna-se problemático quando comparado com outras profissões. Os efeitos da violência vão para além do local de trabalho, afetando a família das vítimas e observadores, designados como a terceira parte da violência. O abuso verbal não deve ser minimizado, cujos efeitos

são similares à agressão física, incluindo a repercussão na prestação de cuidados (ICN, 2006; 2017).

Em declaração de posição a ANA (2015) afirma que a profissão de enfermagem não vai tolerar mais nenhum tipo de violência de qualquer origem. Todos os profissionais de enfermagem em qualquer das configurações, sendo prática, académica e de pesquisa, devem colaborar para criar uma cultura de respeito, livre de incivilidade, intimidação e violência no trabalho. Estratégias de melhores práticas baseadas em evidências devem ser implementadas para prevenir e mitigar incivilidade, intimidação e violência no local de trabalho; para promover a saúde, segurança e bem-estar dos enfermeiros; e para garantir resultados ótimos em todo o continuum de cuidados de saúde. A ANA (2015), acrescenta ainda, que a sua posição, embora escrita especificamente para profissionais de enfermagem, é também relevante para outros profissionais de saúde que estejam interessados em colaborar para a criação e conservação de um ambiente de trabalho seguro e saudável interprofissional.

3.2. CONSEQUÊNCIAS

A violência contra enfermeiros, segundo a Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da DGS, acarreta importantes consequências a nível individual, institucional e social. A violência no local de trabalho é, portanto, uma ameaça ao bom funcionamento do sector da saúde, estando associada a um maior absentismo por doença, maiores níveis de mudança de local de trabalho, menor satisfação profissional, quebra na produtividade, aumento das queixas e litigações. Um problema que afeta gravemente a saúde física e mental dos enfermeiros que são diretamente atingidos, mas também dos que testemunham os episódios de violência, prejudicando o seu desempenho profissional futuro e a qualidade dos cuidados que as unidades de saúde atingidas prestam aos cidadãos que a elas recorrem.

As consequências do abuso físico, verbal, bem como do assédio sexual, segundo o autor anteriormente referido, incluem:

- Sentimentos de choque, descrença, culpa, raiva, depressão, medo, auto culpabilização, impotência e exploração.

- Lesões físicas e perturbações (como por exemplo enxaquecas, vómitos) e distúrbios sexuais.
- Aumento do stress e da ansiedade.
- Perda da autoestima e da crença na própria competência profissional.
- Comportamento de evitamento, que poderá afetar negativamente o desempenho das obrigações, incluindo o absentismo.
- Efeito negativo sobre as relações interpessoais.
- Perda de satisfação profissional, baixo moral entre o pessoal e taxa aumentada de rotatividade do pessoal.

A fonte supramencionada refere, ainda, que a violência contra os profissionais de saúde acarreta consequências sociais enormes, tais como, um aumento do absentismo por doenças de longa duração, reformas prematuras por doença, desemprego de longa duração e dependência da segurança social, perda prematura e não planeada de profissionais produtivos e a passagem de responsabilidade económicas pelos cuidados às vítimas para familiares e amigos (DGS, 2006).

Os profissionais de saúde apresentam, também, como consequência de violência, sintomas de irritabilidade, sofrimento mental e frustração, entre outros que trazem reflexos diretos no cuidado que prestam ao doente (Silva et al., 2015)

A WHO (2018) afirma que violência contra profissionais de saúde, incluindo enfermeiros é inaceitável. A violência tem não só um impacto negativo sobre o bem-estar psicológico e físico do profissional como, também, na sua motivação laboral. Em consequência, a qualidade dos cuidados, podendo mesmo, colocar a prestação de cuidados de saúde em risco.

3.3 PREVENÇÃO

No passado, as medidas de prevenção centravam-se na formação de prestadores de cuidados. Contudo, há um reconhecimento crescente que é necessário dar resposta aos fatores organizacionais e ambientais (por exemplo: fluxo de doentes, estilos de gestão, estrutura das enfermarias, níveis de ruído/calor) de modo a parar a espiral crescente de violência no local de trabalho (ICN, 2007).

Com base no que foi descrito anteriormente torna-se necessário e importante o treino dos enfermeiros na gestão de situações de violência, para que assim consigam lidar com manifestações de violência de uma forma adequada, questionando-se sobre as suas formas de ataque e buscando os métodos necessários para detê-la (Albashtawy, 2013).

O ICN incentiva associações nacionais de enfermeiros, em colaboração com o respetivo governo, para: desenvolver e disseminar políticas baseadas em evidências sobre a prevenção da violência que aplicam-se a todos os profissionais de saúde; aumentar a consciencialização do público e da comunidade de enfermagem para os sinais e sintomas de violência contra enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como indivíduos que possam estar em risco de violência e/ou intimidação (ICN, 2017).

O Cal-OSHA, como referido por Evans (2017) estabeleceu um regulamento onde exige que os hospitais estabeleçam um plano escrito de prevenção para a violência no local de trabalho que inclua uma avaliação de risco de todas as áreas do hospital. Alguns dos riscos observados pela Cal-OSHA que os profissionais de saúde devem identificar prendem-se com:

- Profissionais de saúde a trabalhar durante o período noturno, sozinhos, em locais isolados;
- Áreas com iluminação e visibilidade fracas em áreas onde os agressores podem não ser vistos;
- Falta de planos de fuga eficazes;
- Obstáculos ou impedimentos ao acesso a sistemas de alarme, que devem ser periodicamente verificados para garantir que estejam operacionais;
- Entradas onde possa ocorrer o acesso não autorizado, como portas designadas para o profissional ou emergência;
- Presença de móveis ou objetos que possam ser usados como armas nas áreas de atendimento ao doente.

Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na identificação do risco, na criação do plano preventivo e na realização de revisões subsequentes da sua eficácia (Evans, 2017).

A WHO, ILO, ICN e a PSI têm desenvolvido conjuntamente orientações-quadro para lidar com a violência no local de trabalho no sector da saúde para apoiar o desenvolvimento de políticas de prevenção da violência em contextos não-emergentes,

bem como um questionário e protocolo de estudo para pesquisar a magnitude e as consequências da violência nesses locais de trabalho (WHO, 2018).

Para situações de emergência, a WHO (2018) também desenvolveu métodos para recolher sistematicamente dados sobre os ataques a instalações de saúde, profissionais de saúde e doentes. A intervenção para a prevenção de violência contra os trabalhadores da saúde em contextos de emergência não se concentra, apenas, em estratégias para gerir melhor os doentes violentos e visitantes de alto risco, mas também em garantir a segurança física de instalações de cuidados de saúde.

Em Portugal, a Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da DGS, ainda em vigor, defende que o primeiro passo para uma abordagem relevante da violência contra os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, no local de trabalho é o reconhecimento ao mais alto nível, do problema, o que já foi feito com a referência no Plano Nacional da Saúde e a proposta de uma intervenção global e abrangente com medidas macro, meso e micro.

Focando as medidas, o autor supramencionado recomenda:

- A nível macro e sediado na Direcção-Geral da Saúde, um observatório nacional da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho;
- A nível meso a constituição, em cada unidade de saúde, de um grupo coordenador institucional de abordagem da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho e disponibiliza instrumentos e documentos de referência sobre estes problemas;
- A nível micro, em cada instituição, deverá ser elaborado, pelo respetivo grupo coordenador institucional, um programa que estruture uma abordagem do problema, que privilegie, enquadre e apoie, no âmbito concreto de cada instituição, a assunção de políticas para abordar a violência contra os profissionais de saúde.

3.4 NOTIFICAÇÃO

A DGS (2015) considera que a violência contra os profissionais de saúde deve ser encarada como disfunção grave do sistema e, como, tal deve ser combatida, não apenas pelas consequências físicas como pelas consequências psicológicas, entre as quais se inclui o trauma a longo prazo ou o medo de voltar para o trabalho.

Em 2007, foi criado no site da Direcção-Geral da Saúde, um sistema de notificação on-line, de cariz voluntário e anónimo, a nível nacional, dos episódios de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, atualmente integrado no Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - **NotifiQ@** (DGS, 2015).

O Notifica, segundo a Norma nº 015/2014 da DGS, tal como foi disponibilizado, caracteriza-se, então, por ser uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, que habilita à gestão de incidentes e eventos adversos, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde. Cada notificação de incidente dá origem a um código (localizador) por forma a garantir o reporte ao notificador, profissional ou cidadão, do estado de cada notificação. De salientar a existência do manual do cidadão notificador, do manual do profissional notificador e do manual do gestor local, como documentos de apoio ao Notifica (DGS, 2014).

Segundo a norma referida anteriormente, após a receção de uma notificação de incidente através do Notifica o gestor local deve proceder da seguinte forma:

- Validar a informação contida no formulário - Notifica;
- Transferir os dados da plataforma - Notifica - para um formato de folha de cálculo com todos os campos do formulário, para que a equipa responsável possa trabalhar internamente os dados;
- Analisar o incidente;
- Executar um plano de ação;
- Divulgar a informação.

Desta forma, o Notifica habilita o profissional de saúde quando vítima de violência física ou psíquica o dever, de imediato, notificar o incidente. Para além da notificação, o profissional de saúde deve efetuar a sua comunicação, por escrito, ao superior hierárquico e, se houver testemunhas, as mesmas devem ser identificadas. Poderá, também, efetuar denúncia junto da Polícia de Segurança Pública, da Guarda Nacional Republicana ou da

Polícia Judiciária. Poderá, ainda, apresentar a denúncia diretamente junto do Ministério Público, no respetivo Tribunal da Comarca. Deve ser protegida a confidencialidade e assegurada a análise da causa raiz, sem culpar ou criticar a vítima, para ajudar a prevenir a ocorrência de novos incidentes (DGS, 2015).

A subnotificação é uma realidade e a falta de notificação camufla o problema e prejudica os profissionais atingidos a quem não são oferecidos programas de prevenção e apoio, devido à forma banal como a situação é encarada, o que acaba indicando certa omissão em relação à problemática (Silva et al., 2014).

No entanto, pela análise das notificações de violência contra os profissionais de saúde, realizadas on-line, tem-se verificado, ao longo dos anos, um aumento da adesão à notificação (DGS, 2015).

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4. METODOLOGIA

O conhecimento gerado através da investigação em enfermagem promove a sustentação científica, essencial em todas as áreas de enfermagem, sendo fulcral na maximização da qualidade dos cuidados à pessoa, família e comunidade (Gray et al., 2017).

Na segunda principal fase de um estudo, o investigador toma decisões sobre o local do estudo, os métodos e procedimentos que serão usados para tratar a questão de investigação. O investigador dispõe de considerável flexibilidade para elaborar o estudo e toma decisões metodológicas. Essas decisões têm implicações cruciais na integridade e no potencial de generalização das descobertas do estudo (Polit & Beck, 2011).

A metodologia científica incorpora todos os procedimentos que o investigador utilizou, utiliza ou utilizará para adquirir conhecimento. Nesta sequência, são requisitos essenciais um planeamento sistemático e exaustivo, organização e persistência (Gray et al., 2017). Assume importância, deste modo, determinar o número de operações e estratégias que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, que indicará o percurso a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação.

Tendo por base o anteriormente referido, ao longo deste capítulo será abordado o tipo de estudo desenvolvido, a questão e os objetivos da investigação, a população e amostra, o instrumento colheita de dados, os procedimentos éticos e legais inerentes, bem como o processo de tratamento dos dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

O método de pesquisa é a técnica utilizada pelo investigador para estruturar o estudo e reunir e analisar informações relevantes para a questão pesquisada. As opções metodológicas selecionadas para um estudo de investigação estão intimamente relacionadas com aquilo que o investigador pretende saber (Polit & Beck, 2011).

O desenho de investigação traduz-se num plano lógico, criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011; Gray et al., 2017).

A pesquisa quantitativa define-se como um processo formal, objetivo e sistemático implementado para obter dados numéricos que respondam a uma questão de investigação, usada para descrever variáveis, examinar relações entre variáveis e determinar interações de causa-efeito entre variáveis (Gray et al. 2017).

Neste estudo, pretende-se caracterizar a violência sobre os enfermeiros, em termos de tipologia, principais intervenientes, fatores desencadeantes e consequências nos cuidados prestados, bem como nos enfermeiros. Para tal, opta-se pela realização de um estudo descritivo-exploratório.

Trata-se de uma investigação descritiva, uma vez que tem como intuito descobrir novos conhecimentos. Este tipo de investigação fornece uma descrição precisa das características de uma situação individual ou de grupo. Os estudos descritivos oferecem à pesquisa uma forma de descobrir um novo significado; descrever o que já existe; determinar a frequência com que algo ocorre ou categorizar a informação (Gray et al., 2017). Utiliza-se este tipo de estudo quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto, tendo como principal finalidade definir as características de uma população ou de um fenómeno. Uma vez que se considera uma temática pouco explorada em Portugal, poucos têm sido os estudos realizados neste domínio, opta-se por um estudo descritivo, apontando também, para um estudo exploratório.

Para Polit e Beck, (2011) a pesquisa exploratória começa com um fenómeno de interesse a par da pesquisa descritiva. No entanto, em vez de simplesmente observar e descrever esse fenómeno, os investigadores exploratórios investigam a sua natureza, o modo como se manifesta e outros fatores relacionados, inclusive fatores que talvez sejam a sua causa.

4.2 QUESTÃO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A investigação inicia-se com uma questão, uma pergunta explícita referente a um tema de estudo que se deseja investigar, ou seja, "reelaborações diretas das declarações de propósitos, reformuladas de modo interrogativo e não declarativo". Portanto, devem ser "questões simples e diretas" que encorajam uma resposta e ajudem a focar a atenção no

tipo de dado necessário ao fornecimento dessa mesma resposta (Polit & Beck, 2011, p.180).

É a partir dessa questão que se inicia todo o processo que obriga o investigador a formular a pergunta que conduzirá ao enunciado do problema em estudo.

Os investigadores tendem a conceituar as suas questões em termos de variáveis. A vantagem de pensar em termos de variáveis está em que o investigador precisa tomar decisões conscientes, a respeito do modo de operacionalização dessas mesmas variáveis e elaborar uma estratégia de análise a partir delas. Portanto, é possível depreender que as questões de investigação identificam as variáveis-chave do estudo, as relações entre elas e a população examinada (Polit & Beck, 2011).

Todos os trabalhos de investigação têm uma ou mais questões de investigação que orientam o estudo. Tendo por base, o descrito anteriormente e feita a identificação da problemática em estudo, a nossa questão de investigação é:

- **Como é caracterizada a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país?**

Após delineação da questão de investigação, tornar-se importante elaborar objetivos que estejam de acordo com a questão de investigação, pois são os mesmos que delimitarão o estudo e indicarão os aspetos a serem analisados. O objetivo do estudo indicará o porquê da investigação. Segundo Fortin (2009, p.160) o objetivo do estudo é um enunciado declarativo que "*precisa as variáveis-chave, a população alvo*" e a orientação da investigação, sendo particularmente importante, utilizar um verbo de ação, porque este informa sobre o nível de investigação.

Assim, delineamos como objetivo geral:

- Caracterizar a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país.

E como objetivos específicos:

- Determinar os vários tipos de violência sofrida pelos enfermeiros;
- Identificar os principais intervenientes na violência sobre os enfermeiros;
- Identificar os principais fatores potenciadores de violência sobre os enfermeiros;
- Conhecer as principais consequências de violência sobre os enfermeiros;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre violência no local de trabalho.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. Os dados são informação na forma de observações ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis normalmente fornecidos por um conjunto de pessoas singulares, famílias, empresas ou qualquer outro tipo, para o qual o investigador pretende retirar conclusões a partir da informação fornecida. Ao conjunto total dá-se o nome de população (Hill & Hill, 2015).

Por sua vez, Polit e Beck (2011) definem população como todos os indivíduos ou objetos com características definidoras comuns. A amostragem é um processo através do qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a ser representativa de uma população inteira, como tal, implica uma definição clara da população considerada e dos elementos que a compõem.

Segundo Hill e Hill (2015), acontece muitas vezes, o investigador não ter tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar dados fornecidos por toda a população, pelo que nesta situação, só é possível considerar uma parte da população, designando-se esta por amostra. A amostra dos dados que for retirada da população deve ser representativa dessa mesma população.

Constitui-se, assim, como população alvo do estudo os enfermeiros que exerçam funções num serviço de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país (Portugal). Utilizou-se uma amostra em "bola de neve", iniciando-se o processo com os investigadores a enviar *e-mail* convite para a sua rede de contactos e solicitando a estes que encaminhem para outros colegas.

Para a seleção da amostra foram estabelecidos critérios de inclusão. Deste modo, consideramos como critérios de inclusão:

- Todos os enfermeiros que exercem funções há mais de 6 meses nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país.

O número total de amostra foi de 127 enfermeiros de um total previsível de cerca de 467 enfermeiros. À partida, tínhamos assumido uma perda de indivíduos devido a férias e/ou outros assuntos. Ressalvar que dos 467 questionários previsto, recebemos 128 preenchidos, sendo que um questionário teve que ser excluído, por não cumprir os critérios pré-estabelecidos de inclusão.

4.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Abordagens estruturadas são apropriadas para a colheita de dados por autorrelato, quando os investigadores sabem de antemão exatamente o que precisam descobrir e podem estruturar as questões apropriadas para obter as informações necessárias. Geralmente, os dados do autorrelato estruturado são colhidos por meio de um documento escrito formal, denominado *instrumento*. Este é conhecido como *questionário* quando os respondentes completam o documento por conta própria (Polit & Beck, 2011).

Tendo por linha orientadora o anteriormente referido, neste estudo e tendo em conta alguns aspetos fundamentais como os objetivos definidos, a metodologia de investigação seguida e os instrumentos já existentes para medir os construtores e as variáveis a estudar, optou-se pela utilização de um instrumento de colheita de dados que visa caracterizar a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país (Portugal).

Questionário é um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, o investigador envia o questionário ao respondente, pelo correio ou por um portador; depois de preenchido, o pesquisado devolve-o do mesmo modo (Markoni & Lakatos, 2010).

O próximo passo prende-se com a elaboração de um questionário, que "é muito fácil elaborar um questionário, mas não é fácil elaborar um bom questionário". Por outras palavras, não é fácil escrever um questionário que forneça dados que permitam testar adequadamente os objetivos da investigação (Hill & Hill, 2015, p.83).

A elaboração de um questionário realiza-se por etapas. Antes mesmo da elaboração do questionário, o investigador deve consultar a literatura a fim de descobrir a existência de instrumentos de colheita de dados correspondendo às grandes linhas do objeto visado pela sua investigação. Para a realização de um bom questionário algumas linhas orientadoras têm de ser tidas em conta.

Tendo por base o referido anteriormente, foi realizada uma pesquisa de forma a descobrir um questionário já elaborado, tendo por base a mesma problemática. No entanto, os questionários pesquisados abordam violência no local de trabalho de uma forma geral e não direcionada, apenas, ao serviço de urgência.

Desta forma, para a recolha de dados elaborou-se um instrumento, tendo por base os referenciais conceptuais na área da violência no local de trabalho, alicerces do enquadramento conceptual deste trabalho. O instrumento de colheita de dados foi, então, construído em formato de formulário do Google® Docs e organizado de forma a que a informação colhida vá ao encontro aos objetivos definidos.

No que diz respeito à primeira secção do questionário, este engloba, normalmente, um conjunto de perguntas para solicitar informação sobre as caraterísticas do sujeito, deve-se recolher apenas as caraterísticas estritamente relevantes para a investigação, sendo as partes seguintes destinadas à problemática (Hill & Hill, 2015).

De referir, que junto com o questionário deve-se enviar uma nota ou carta a explicar a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, tentando despertar o interesse do respondente, no sentido de que ele preencha e devolva o questionário dentro de um prazo razoável (Markoni & Lakatos, 2010).

Relativamente ao instrumento final, foi aplicado um questionário com dados sociodemográficos e contextuais elaborado para o efeito. Deste modo, para avaliar a violência sobre os enfermeiros foi utilizado um Questionário sobre Violência no Serviço de Urgência na Perceção dos Enfermeiros (QVSUPE) que pretende caracterizar a violência percecionada pelos enfermeiros, estando, este, dividido em três partes:

- a primeira parte destina-se a uma caracterização sociodemográfica e profissional que integra quatro questões de resposta aberta e três de questões fechadas, visando caracterizar a amostra no que concerne à idade, sexo, formação académica, anos de exercício profissional, anos de exercício profissional na urgência e o local do serviço de urgência;

- a segunda parte aponta para uma caracterização de violência no local de trabalho, incorporando três questões de resposta aberta e dez questões de resposta fechada, desta forma caracteriza-se a violência no que concerne à carga horária dos enfermeiros, ao horário praticado pelos mesmos, aos rácios, à importância atribuída, aos fatores de risco, às medidas/procedimentos de notificação existentes, à existência de ações de formação, e às consequências/implicações da ocorrência de violência.

- na terceira e última parte, é feita uma caracterização de violência no serviço de urgência, englobando esta parte uma breve descrição dos tipos de violência, que integra quatro questões de resposta aberta e vinte e cinco questões de resposta fechada, assim

caracteriza-se a violência quanto à ocorrência, à frequência, à recorrência, à tipologia, aos perpetradores, ao período do dia em que ocorre, à localização da ocorrência, à reação do enfermeiro, à inevitabilidade, à lesão e à notificação.

Ao elaborar questões para um questionário, o investigador necessita monitorizar com cuidado a construção de cada pergunta, garantindo a sua clareza, sensibilidade ao estado psicológico dos respondentes, ausência de desvio e nível de leitura. As questões precisam ser sequenciais, em uma ordem psicologicamente significativa, que encoraje a cooperação e a sinceridade. Os rascunhos do instrumento costumam ser revisados criticamente por peritos e, depois, pré testados com uma amostra pequena de respondentes (Polit & Beck, 2011). De modo, a assegurar o rigor de construção do instrumento e sua utilidade face aos objetivos, este foi previamente analisado pela equipa de investigação e por três peritos na área, sendo posteriormente efetuado um pré-teste.

O *pré-teste* é "um ensaio destinado a determinar se o instrumento é útil e capaz de gerar as informações desejadas". O desenvolvimento e o pré-teste de instrumentos de autorrelato podem demorar meses (Polit & Beck, 2011, p. 378).

O pré-teste serve, também, para verificar se o questionário apresenta três importantes elementos: Fidedignidade: quando aplicado obterá sempre os mesmos resultados; Validade: os dados recolhidos são necessários à pesquisa; e Operacionalidade: vocabulário acessível e significado claro (Markoni & Lakatos, 2010).

Assim, antes de se aplicar o QVSUPE de forma definitiva, e como, forma de cumprir os pressupostos mencionados anteriormente, de maneira a perceber se as questões são claras e concisas; se são de fácil compreensão e preenchimento; e do tempo de preenchimento, foi enviado a 36 enfermeiros da rede pessoal de contactos que exerçam funções há mais de 6 meses nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico, mas que não se localizavam na região centro do país de forma a ser efetuado um pré-teste. Obteve-se a resposta de 23 questionários, sendo que apenas um enfermeiro sugeriu a reformulação de uma questão. Após a alteração procedeu-se, assim, à validação do instrumento definitivo (Anexo I).

Após esta etapa favorável e para a conceção deste estudo o QVSUPE, foi disponibilizado *online* o *link* do questionário em formulário do Google® Docs e remetido para os enfermeiros da rede de contactos a quem foi solicitada a colaboração para a sua divulgação e pedido de colaboração juntos dos colegas de equipa. Com este profissional

foi estabelecido convite prévio, explicando o âmbito e objetivos da investigação e pedida a sua colaboração tanto na divulgação como na sensibilização junto dos seus pares (Anexo II).

Segundo Polit e Beck (2011) os questionários têm a vantagem de ser menos onerosos, a sua administração exige menos tempo e esforço. Tais aspetos representam uma vantagem particular quando a amostra se encontra geograficamente dispersa. "Questionários pela internet são mais económicos e parece que, cada vez mais, serão um recurso importante para pesquisas" (p. 380). No entanto, as taxas de resposta são baixas, os respondentes tendem a ignorar um questionário. Baixas taxas de resposta podem levar a desvios (Polit & Beck, 2011).

Assim, a 28/08/2017 foram enviados os e-mails com o pedido de colaboração e o *link* do questionário a seis elementos da rede de contactos. Estes, posteriormente, enviaram a um total de 421 enfermeiros. Uma vez que a obtenção de respostas foi baixa, cerca de 67 respostas, a 14/10/2017. Foi, então, enviado novamente aos seis elementos da rede de contactos e a mais um elemento não enviado previamente. Desta forma, foram enviados questionários a 467 enfermeiros inseridos num SUP, em cinco SUMC e em três SUB. A 10/11/2017 obtivemos um total de 128 respostas, tendo sido um questionário excluído por não se enquadrar nos critérios de inclusão.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Qualquer disciplina que envolva pesquisa com seres humanos ou animais, os pesquisadores devem abordar questões éticas. As preocupações éticas são particularmente importantes na pesquisa em enfermagem, uma vez que, a linha de demarcação entre o que constitui a prática esperada de enfermagem e a colheita de dados da pesquisa pode, por vezes, ficar ténue. Além disso, a ética pode criar desafios específicos, isto porque, podem existir conflitos entre os requisitos éticos e a necessidade de produzir evidência de alta qualidade para a prática (Polit & Beck, 2011).

Assim, para este estudo foram apenas incluídos na amostra os enfermeiros que demonstraram interesse em participar e que, após esclarecimento e exposição dos objetivos e projeto de investigação, aceitaram voluntariamente participar e autorizaram a colheita de dados segundo a metodologia que se encontra planeada.

Tendo por linha de ideia o anteriormente referido, torna-se pertinente submeter este estudo a níveis de exigência e responsabilidade ética. Como tal, foi efetuado um pedido formal em formulário próprio, para posterior apreciação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, onde o nosso estudo se insere.

Após autorização oficial com parecer favorável da Comissão de Ética – Parecer nº 383_01-2017 (Anexo III), foi então, enviado *e-mail* convite aos participantes onde consta a informação sobre o estudo, o caracter voluntário da participação e o *link* de acesso ao questionário online (Anexo II). O acesso ao questionário, a resposta ao mesmo e, no final, clicar em "enviar" foi assumido pelos investigadores como manifestação suficiente ao consentimento. Salvaguardando, que no início do questionário esta informação foi repetida.

A confidencialidade foi assegurada pela anonimização das respostas. Não há intenção de realizar qualquer comparação entre serviços ou instituições, mas apenas analisar os dados na sua globalidade. Assim, não foram colhidos dados que permitam a identificação dos participantes.

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

A análise descritiva é usada para sintetizar e descrever os dados obtidos. Sem a estatística, os dados quantitativos seriam uma massa caótica de números. Os procedimentos estatísticos possibilitam aos investigadores organizar, interpretar e transmitir informações numéricas (Polit & Beck, 2011).

Após a recolha de dados, estes foram organizados e inseridos numa base de dados. Foram, posteriormente, tratados informaticamente, recorrendo para o efeito ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Do processo da análise estatística resultou uma análise descritiva em que foram apresentadas as distribuições de frequência e utilizadas médias de tendência central e de dispersão adequadas.

No entanto, para tratar as respostas obtidas através das questões abertas, recorreu-se à análise de conteúdo, agrupando os achados recolhidos. A análise de conteúdo, segundo Bardin (2013), é um método muito empírico, dependente do tipo de *"fala"* a que se dedica

e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. A técnica de análise de conteúdo pode ser usada de forma simples e generalizada, como no caso do "escrutínio próximo da descodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas" (p. 32).

PARTE III – ESTUDO EMPIRICO

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo destina-se à apresentação dos dados e resultados obtidos, tendo por linha orientadora os objetivos traçados, a abordagem metodológica previamente referida e os dados obtidos pelas respostas ao Questionário sobre a violência no serviço urgência na perceção do enfermeiro (QVSUPE).

Uma vez que os questionários foram aplicados por via eletrónica, as respostas ficaram diretamente registadas em base de dados, evitando erros associados à intervenção do investigador no processo de digitação das respostas. No caso do *google docs*, o programa permite a exportação das respostas diretamente numa base de dados do Excel, que posteriormente foram exportados e analisados no programa *Statístical Package for Social Science* (SPSS), versão 22 (Windows).

Pela grande dimensão dos dados a apresentar, a nossa opção recai na subdivisão do capítulo em três subcapítulos. No primeiro subcapítulo será exibida uma análise descritiva e sistematizada dos dados sociodemográficos. No segundo, expomos a caracterização da violência no local de trabalho quanto à importância, fatores de risco, formação, consequências e notificação. Por sua vez, no terceiro subcapítulo, apresentamos a caracterização de violência no SU sobre os enfermeiros quanto à sua existência presenciada e/ou sofrida.

De referir, que os resultados obtidos serão expostos sob a forma de tabelas, para sistematizar e dar relevo aos dados mais pertinentes.

5.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Os dados colhidos da amostra em estudo permitiram realizar um retrato dos enfermeiros que aceitaram participar no estudo, facilitando a análise das suas características, nomeadamente no que se refere ao sexo, idade, formação, experiência profissional e tipologia do serviço de urgência.

Do total dos 127 enfermeiros que constituem a amostra verificou-se que 75,6% (n=96) destes são enfermeiros do sexo feminino enquanto 24,4% (n=31) são do sexo masculino (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo

Sexo	*n*	*%*
Feminino	96	75,6
Masculino	31	24,4
Total	*127*	*100,0*

No presente estudo a média de idades dos enfermeiros é de 34,4 anos, com um desvio padrão de +/- 7,9 anos, um valor da mediana de 33 anos e uma moda de 31 e 32 anos. As idades variam entre o mínimo de 23 anos e o máximo de 63 anos (Tabela 2).

Os enfermeiros que participaram no estudo trabalham, em média, há 11,4 anos, contudo o tempo de serviço total é muito díspar, variando entre 1 ano e 43 anos com um desvio padrão de +/- 8,0 anos, em que o valor da moda e da mediana é de 10 anos (Tabela2).

Em relação ao tempo de experiência profissional em SU, verificou-se que em média os enfermeiros trabalham há 8,6 anos com um desvio padrão de 6,6 anos. Comparativamente à variável anos de experiência profissional também com esta variável se verifica uma desigualdade, em que as idades variam entre 6 meses e 31 anos. Com um valor de mediana de 8 anos e um valor de moda de 1 ano (Tabela2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra por idade, tempo de serviço total, tempo de serviço no SU

	n	*Min*	*Max*	*Mo*	*Média*	*Mediana*	*σ*
Idade	127	23	63	31 e 32	34,4	33	7,9
Anos de serviço total	127	1	43	10	11,4	10	8,0
Anos de serviço no SU	127	0,5	31	1	8,6	8	6,6

No que diz respeito, às habilitações académicas dos enfermeiros que integram a amostra, pode-se auferir que 50,4%, ou seja, 64 enfermeiros têm Licenciatura em Enfermagem, 18,9% cerca de 24 enfermeiros possuem mestrado, 22,0%, isto é, 28 enfermeiros têm pós-graduação e 7,9% equivalente a 10 enfermeiros detém o título de enfermeiro especialista.

De referir, que 0,8% (n=1) enfermeiro possui Bacharelato e nenhum doutoramento (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra por habilitações académicas

	n	*%*
Bacharelato	1	0,8
Licenciatura	64	50,4
Mestrado	24	18,9
Pós-Graduação	28	22,0
Pós-Licenciatura	10	7,9
Doutoramento	0	0
Total	*127*	*100,0*

Para melhor caracterizar a amostra, importa saber em que nível de SU os enfermeiros exercem funções, verificando-se que 60,6%, ou seja, 77 enfermeiros trabalham num serviço de urgência médico-cirúrgico, 24,4% cerca de 31 enfermeiros exercem funções num serviço de urgência polivalente e, por consequente, 15%, nomeadamente, 19 enfermeiros pertencem a um serviço de urgência básico (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra por nível de SU onde exercem funções

	n	*%*
Serviço de Urgência Básico	19	15,0
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico	77	60,6
Serviço de Urgência Polivalente	31	24,4
Total	*127*	*100,0*

Dos 127 enfermeiros, verificou-se que uma ampla maioria, 91,3% (n=116), trabalha com horário *roulement*, e 8,7% (n=11) com horário fixo, nomeadamente, com o turno da manhã. Dos 116 enfermeiros em horário roulement, 89,8% (n=114) efetua turnos de 8 horas, sendo que 10,2% (n=13) realiza turnos de 12horas (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra por horário

	n	%	n	%	n	%
Turno Fixo	11	8,7				
Manhã			11	100		
Turno Roulement	116	91,3				
Turno 12h					13	10,2
Turno 8h					114	89,8
Total	*127*	*100,0*	*11*	*100,0*	*116*	*100,0*

5.2 CARACTERIZAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO

Neste subcapítulo procedeu-se à apresentação dos dados referentes à perceção dos enfermeiros quanto à violência no local de trabalho. Deste modo, tornou-se pertinente conhecer a importância que atribuem à violência no local de trabalho, verificando-se que 78,0% (n=99) considera que é muito importante, assim como, 18,9% (n=24), consideram que é relativamente importante e 1,6% (n=2) consideram importante. No entanto, 1,6% (n=2) consideram que é pouco importante (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da amostra pela importância que atribuem à violência no local de trabalho

	n	*%*
Pouco importante	2	1,6
Importante	2	1,6
Relativamente importante	24	18,9
Muito importante	99	78,0
Total	*127*	*100,0*

Tornou-se pertinente conhecer a formação no domínio conceptual em estudo, nomeadamente na gestão de um episódio de violência, constatando-se que uma maioria, 66,9% (n=85) nunca participou numa formação, e que 33,1% (n=42) já participaram em formação entre os quais, 14,2% (n=18) participaram numa providenciada pela instituição em que trabalham (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra por formação

	n	*%*
Nunca participei	85	66,9
Sim, durante a licenciatura	11	8,7
Sim, neste hospital	18	14,2
Sim, noutro hospital	4	3,1
Sim, noutro lugar	9	7,1
Total	*127*	*100,0*

Nesta linha de pensamento, questionou-se a importância que os enfermeiros atribuem à formação, verificando que 57,5% (n=73) consideram muito importante, 34,6% (n=44) relativamente importante e 7,1% (n=9) importante. No entanto, 0,8 % (n=1) considera sem importância (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da amostra por importância que atribuem à formação

	n	*%*
Sem importância	1	,8
Importante	9	7,1
Relativamente importante	44	34,6
Muito importante	73	57,5
Total	*127*	*100,0*

Considerou-se de igual forma pertinente perceber os conhecimentos que a amostra em estudo tem sobre a existência de medidas/procedimentos de notificação de violência. Assim sendo, 63,0% (n=80) refere que existem medidas/procedimentos, 7,1% (n=9) afirma que não existem e 29,9% (n=38) não sabe se existem (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra por existência de medidas/procedimentos de notificação de violência

	n	*%*
Não	9	7,1
Não Sabe	38	29,9
Sim	80	63,0
Total	*127*	*100,0*

Tendo por base o anteriormente referido, tornou-se relevante questionar a importância que atribuem à notificação de violência. Verificando-se que 77,2% (n=98) considera muito importante, 15,0% (n=19) relativamente importante e 6,3% (n=8) importante. Todavia, 1,6% (n=2) consideram sem importância (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da amostra por importância que atribuem à notificação

	n	*%*
Sem importância	2	1,6
Importante	8	6,3
Relativamente importante	19	15,0
Muito importante	98	77,2
Total	*127*	*100,0*

Os enfermeiros foram questionados quanto à sua opinião sobre fatores de risco para a ocorrência de violência. No que diz respeito, ao fator de risco *ambiente seguro*, 39,4% (n=50) concordam muito, 22,8% (n=29) concorda moderadamente, 17,3% (n=22) discorda muito, 9,4% (n=12) discorda moderadamente, 7,1% (n=9) concorda ligeiramente, 3,9% (n=5) discorda ligeiramente. Quanto ao fator de risco *demora no atendimento*, os dados obtidos revelam que 72,4% (n=92) concorda muito, 21,3% (n=27) concorda moderadamente e 6,3% (n=8) concorda ligeiramente. No fator de risco *longa duração do tratamento* obteve-se que 40,2% (n=51) concorda moderadamente, 23,6% (n=30) concorda muito, 22,0% (n=28) concorda ligeiramente, 7,9% (n=10) discorda ligeiramente, 4,7% (n=6) discorda moderadamente e 1,6% (n=2) discorda muito. No fator de risco *espera dos resultados complementares de diagnóstico* poderemos auferir que 41,7% (n=53) concorda muito, 34,6% (n=44) concorda moderadamente, 15,7% (n=20) concorda ligeiramente, 3,9% (n=5) discorda moderadamente, 3,1% (n=4) discorda ligeiramente e 0,8% (n=1) discorda muito. Por sua vez, no fator de risco *sobrelotação a nível de espaço* verificamos que 54,3% (n=69) concordam muito, 28,3% (n=36) concorda moderadamente, 13,4% (n=17) concorda ligeiramente, 3,1% (n=4) discorda ligeiramente e 0,8% (n=1) discorda muito. No que diz respeito, ao fator de risco *sobrelotação a nível*

de doentes, nota-se que 59,8% (n=76) concorda muito, 26,0 % (n=33) concorda moderadamente, 10,2% (n=13) concorda ligeiramente e 3,9% (n=5) discorda ligeiramente. Os resultados obtidos referentes ao fator de risco *abuso de substâncias* verifica-se que 46,5% (n=59) concorda muito, 24,4% (n=31) concorda moderadamente, 20,5% (n=26) concorda ligeiramente, 4,7% (n=6) discorda moderadamente, 2,4% (n=3) discorda ligeiramente e 1,6% (n=2) discorda muito. Quanto ao fator de risco *nível de educação do doente* podemos averiguar que 40,9% (n=52) concorda muito, 34,6% (n=44) concorda moderadamente, 12,6% (n=16) concorda ligeiramente, 7,9% (n=10) discorda ligeiramente, 3,1% (n=4) discorda moderadamente e 0,8% (n=1) discorda muito. Por sua vez, no fator de risco *problemas de comunicação* verificamos que 44,1% (n=56) concorda moderadamente, 28,3% (n=36) concorda muito, 19,7% (n=25) concorda ligeiramente, 5,5% (n=7) discorda ligeiramente, 1,6% (n=2) discorda moderadamente e 0,8% (n=1) discorda muito. No que concerne, ao fator de risco *emocional (ansiedade, raiva, medo)*, atestamos que 48,0% (n=61) concorda muito, 39,4% (n=50) concorda moderadamente, 11,0% (n=14) concorda ligeiramente e 1,6% (n=2) discorda moderadamente. No fator de risco *inexperiência do enfermeiro* apuramos que 35,4% (n=45) concorda ligeiramente, 25,2% (n=32) discorda ligeiramente, 15,7%(n=20) concorda moderadamente e igual valor discorda moderadamente, 5,5% (n=7) concorda muito e 2,4% (n=3) discorda muito. Para o fator de risco *dotações inadequadas* confirmamos que 42,5% (n=54) concorda muito, 28,3% (n=36) concorda moderadamente, 22,0% (n=28) concorda ligeiramente, 3,1% (n=4) discorda ligeiramente, com igual valor discorda moderadamente e 0,8% (n=1) discorda muito. No que se refere, ao fator de risco *sobrecarga horária dos profissionais* auferimos que 37,0% (n=47) concorda muito, 26,0% (n=33) concorda moderadamente, 25,2% (n=32) concorda ligeiramente, 6,3% (n=8) discorda ligeiramente, 3,1% (n=4) discorda moderadamente, 2,4% (n=3) discorda muito, de acordo com a tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição da amostra pala opinião sobre existência dos fatores de risco para a ocorrência de violência

	Discordo muito n (%)	*Discordo moderadamente n (%)*	*Discordo ligeiramente n (%)*	*Concordo ligeiramente n (%)*	*Concordo moderadamente n (%)*	*Concordo muito n (%)*
Ambiente seguro	22 (17,3)	12 (9,4)	5 (3,9)	9 (7,1)	29 (22,8)	50 (39,4)
Demora no atendimento	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (6,3)	27 (21,3)	92 (72,4)
Longa duração do tratamento	2 (1,6)	6 (4,7)	10 (7,9)	28 (22,0)	51 (40,2)	30 (23,6)
Espera dos RCD	1 (0,8)	5 (3,9)	4 (3,1)	20 (15,7)	44 (34,6)	53 (41,7)
Sobrelotação a nível de espaço	1 (0,8)	0 (0)	4 (3,1)	17 (13,4)	36 (28,3)	69 (54,3)
Sobrelotação a nível de doentes	0 (0)	0 (0)	5 (3,9)	13 (10,2)	33 (26,0)	76 (59,8)
Abuso de substâncias	2 (1,6)	6 (4,7)	3 (2,4)	26 (20,5)	31 (24,4)	59 (46,5)

Nível de educação do doente	1 (0,8)	4 (3,1)	10 (7,9)	16 (12,6)	44 (34,6)	52 (40,9)
Problemas de comunicação	1 (0,8)	2 (1,6)	7 (5,5)	25 (19,7)	56 (44,1)	36 (28,3)
Emocionais (ansiedade, raiva, medo)	0 (0)	2 (1,6)	0 (0)	14 (11,0)	50 (39,4)	61 (48,0)
Inexperiência do enfermeiro	3 (2,4)	20 (15,7)	32 (25,2)	45 (35,4)	20 (15,7)	7 (5,5)
Dotações inadequadas	1 (0,8)	4 (3,1)	4 (3,1)	28 (22,0)	36 (28,3)	54 (42,5)
Sobrecarga horária dos profissionais	3 (2,4)	4 (3,1)	8 (6,3)	32 (25,2)	33 (26,0)	47 (37,0)

A amostra foi questionada sobre a existência de outro fator de risco para a ocorrência de violência sobre os enfermeiros, verificando-se que 68,5% (n=87) considera que não e 31,5% (n=40) considera que sim (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da amostra sobre a existência de outro fator de risco para a ocorrência de violência

	n	*%*
Não	87	68,5
Sim	40	31,5
Total	*127*	*100,0*

Para a análise das respostas abertas procedeu-se à técnica de análise de conteúdo, que Bardin (2013) designa como *"um conjunto de técnicas de análise das comunicações*", "não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos" (p.33). Foi realizada uma revisão à informação obtida de acordo com os objetivos do trabalho. Os dados foram organizados e as respostas foram analisadas atentamente, tendo sido codificado com a letra Q (questionário) e numerados de 1 a 127 (do total de questionários).

A escolha da técnica deve estar atrelada ao tipo de pergunta elaborada, ao tipo de conhecimento que se deseja produzir frente ao objeto estudado e, fundamentalmente, necessita de sistematização. O investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado (Cavalcante, Calixto & Pinheiro, 2014). A categorização, para Minayo (2007) como referido por Cavalcante et al. (2014), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

Assim, depois de uma análise das respostas, iniciou-se o processo de categorização, comparando os dados entre si, tendo em conta o que tinham em comum e realizamos o seu agrupamento em diferentes categorias. Assim, foi possível organizar a informação recolhida, o que permitiu agrupar as respostas das diferentes perguntas abertas conforme as tabelas existentes ao longo deste capítulo. Os dados supérfluos foram excluídos, com o cuidado de não eliminar informação importante.

Assim, dos 40 enfermeiros que consideram existir outro fator de risco para a ocorrência de violência e após a análise das respostas, estas foram agrupadas em seis categorias: a falta de informação; a falta de segurança; os socioeconómicos; os profissionais; a doença da pessoa e a presença de acompanhantes.

Salienta-se que a falta de informação foi referida por 10 enfermeiros, manifestando-se com grande relevância para os profissionais, tal como podemos analisar na tabela 13.

Tabela 13 – Falta de Informação

Q11	"… Não informação do médico ao doente sobre terapêutica/exames."
Q61	"Ausência de informação clínica"
Q70	"Falta de conhecimento relacionado com procedimentos"
Q79	"Falta de informações de forma periódica aos utentes e familiares"
Q84	"Falta de informação sobre a sua situação"
Q92	"A ausência de informação sobre o seu estado clínico e/ou do seu familiar/pessoa significativa"
Q100	"Familiares dos utentes sobre informações que não são da competência dos enfermeiros"
Q101	"Falta de informação do utente/familiares sobre os cuidados/procedimentos que estão a ser ministrados. Falta de ensinos/comunicação."
Q115	"Má informação médica"
Q122	"A falta de informação médica"

A menção à falta de segurança nos serviços de urgência é enfatizada por 8 dos enfermeiros. (Q22) manifestou a "Falta de PSP na urgência hospitalar" e (Q114) especificou a "pouca experiência do pessoal de vigilância" (Tabela 14).

Tabela 14 – Falta de segurança

Q2	"Inexistência de posto de polícia"
Q7	"Falta de segurança privada profissional…"
Q19	"Policiamento no serviço"
Q22	"Falta de PSP na urgência hospitalar"
Q104	"Falta de policiamento efetivo no hospital"
Q114	"Pouca experiência do pessoal de vigilância"
Q117	"La inexistência de Polícia no serviço de Urgência"
Q127	"Falta de policiamento…"

Sobre os fatores de risco socioeconómicos, 8 dos enfermeiros referiu a (Q6) "baixa remuneração", (Q56) "a má imagem…" do SNS, a (Q81) "condição económica do país". Também, se realça o papel do enfermeiro enquanto (Q7) "… efeito depreciativo…" e (Q69) "… descrédito…" pela sua importância e, ainda, os (Q80) "baixos recursos humanos", conforme apresentado na tabela 15.

Tabela 15 – Socioeconómicos

Q6	"… baixa remuneração"
Q7	"… crise de crenças e valores sociais, efeito depreciativo sob os profissionais nos media, população desguarnecida de bens económicos."
Q32	"malicia de algumas pessoas"
Q56	"A má imagem que o SNS tem para a população portuguesa"
Q59	"O descrédito pela importância do Enfermeiro"
Q69	"Desrespeito pelas regras do hospital"
Q80	"baixos recursos humanos"
Q81	"Condição económica do país"

Oito dos enfermeiros apontaram fatores de risco profissionais que se prendem com a (Q6) "insatisfação profissional" e a (Q125) "falta de trabalho de equipa…" quer de enfermagem quer por parte de outros profissionais de saúde, tal como exposto na tabela 16.

Tabela 16 - Profissionais

Q6	"Insatisfação profissional"
Q10	"Intervenção de outros profissionais"
Q11	"Má comunicação entre enfermeiros e médicos…"
Q29	"Muitas vezes sofremos de violência por razoes que não nos dizem diretamente respeito, mas sim por má conduta de outros profissionais"
Q54	"Personalidade do enfermeiro"
Q72	"Incompetência médica"
Q96	"Outros profissionais não cumprirem as suas competências; papel social/imagem do enfermeiro relativamente a outros profissionais"
Q125	"Falta de trabalho de equipa entre equipa médica e equipa de enfermagem"

A menção à doença da pessoa é referida por 4 enfermeiros. Os antecedentes pessoais são os mais enfatizados pelos participantes, nomeadamente, as (Q120) "patologias prévias…" e a (Q105) "patologia psiquiátrica", como descrito na tabela 17.

Tabela 17 – Doença da pessoa

Q64	"doença"
Q85	"A Própria doença/desorientação do doente"
Q105	"Doente com patologia psiquiátrica"
Q120	"Patologias prévias do doente que possam causar instabilidade"

As visitas é outro fator de risco apontado por 4 dos enfermeiros. Se por um lado três enfermeiros realçam o (Q127) "… elevado número de acompanhantes" e a sua (Q12) "constante presença". Por outro lado, um enfermeiro menciona a não permissão da (Q92) "…pessoa significativa…" em puder "…visitar o seu familiar…" (Tabela 18).

Tabela 18 – Presença de acompanhantes

Q12	"A constante presença dos acompanhantes"
Q35	"Visitas e acompanhantes dos doentes"
Q92	"O não permitir que os familiares e/ou pessoa significativa possa visitar o seu familiar"
Q127	"… elevado número de acompanhantes"

Os enfermeiros foram questionados sobre a sua opinião em relação às consequências que advêm da ocorrência de violência no local de trabalho. Deste modo, quanto à consequência *absentismo por doença* podemos afirmar que 39,4% (n=50) concorda moderadamente, 26,8% (n=34) concorda ligeiramente, 18,1% (n=23) concorda muito, 9,4% (n=12) discorda ligeiramente, 3,1% (n=4) discorda moderadamente e com igual valor discorda muito. Por sua vez, na consequência *quebra na produtividade* verificamos que 43,3% (n=55) concorda moderadamente, 34,6% (n=44) concorda muito, 13,4% (n=17) concorda ligeiramente, 5,5% (n=7) discorda ligeiramente e 3,1% (n=4) discorda moderadamente. Na consequência *menor satisfação pessoal* podemos auferir que 63,0% (n=80) concorda muito, 22,8% (n=29) concorda moderadamente, 11,8% (n=15) concorda ligeiramente e 2,4% (n=3) discorda ligeiramente. Os resultados obtidos para a consequência *mudança de serviço* apontam para 33,9% (n=43) concorda moderadamente, 28,3% (n=36) concorda muito, 21,3% (n=27) concorda ligeiramente, 9,4% (n=12) discorda ligeiramente, 6,3% (n=8) discorda moderadamente e 0,8% (n=1) discorda muito. No que diz respeito, à consequência *saúde física* apuramos que 37,0% (n=47) concorda muito, 34,6% (n=44) concorda moderadamente, 24,4% (n=31) concorda ligeiramente,

3,1% (n=4) discorda ligeiramente e 0,8% (n=1) discorda moderadamente. Quanto à consequência *saúde mental* verificamos que 69,3% (n=88) concorda muito, 22,8% (n=29) concorda moderadamente, 4,7% (n=6) concorda ligeiramente e 3,1% (n=4) discorda ligeiramente. Para a consequência *desempenho profissional* podemos apurar que 42,5% (n=54) concorda muito, 39,4% (n=50) concorda moderadamente, 11,8% (n=15) concorda ligeiramente, 3,9% (n=5) discorda ligeiramente, 1,6% (n=2) discorda moderadamente e 0,8% (n=1) discorda muito. No que se refere, à consequência *qualidade dos cuidados* podemos verificar que 38,6% (n=49) concorda muito, 36,2% (n=46) concorda moderadamente, 15,0% (n=19) concorda ligeiramente, 4,7% (n=6) discorda ligeiramente, 3,9% (n=5) discorda moderadamente e 1,6% (n=2) discorda muito (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição da amostra pala opinião sobre as consequências da ocorrência de violência

	Discordo muito *n (%)*	*Discordo moderadamente* *n (%)*	*Discordo ligeiramente* *n (%)*	*Concordo ligeiramente* *n (%)*	*Concordo moderadamente* *n (%)*	*Concordo muito* *n (%)*
Absentismo por doença	4 (3,1)	4 (3,1)	12 (9,4)	34 (26,8)	50 (39,4)	23 (18,1)
Quebra na produtividade	0 (0,0)	4 (3,1)	7 (5,5)	17 (13,4)	55 (43,3)	44 (34,6)
Menor satisfação pessoal	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,4)	15 (11,8)	29 (22,8)	80 (63,0)
Mudança de serviço	1 (0,8)	8 (6,3)	12 (9,4)	27 (21,3)	43 (33,9)	36 (28,3)
Saúde física	0 (0,0)	1 (0,8)	4 (3,1)	31 (24,4)	44 (34,6)	47 (37,0)

Saúde mental	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,1)	6 (4,7)	29 (22,8)	88 (69,3)
Desempenho profissional	1 (0,8)	2 (1,6)	5 (3,9)	15 (11,8)	50 (39,4)	54 (42,5)
Qualidade dos cuidados	2 (1,6)	5 (3,9)	6 (4,7)	19 (15,0)	46 (36,2)	49 (38,6)

Quando questionados sobre a existência de outra consequência da ocorrência de violência sobre os enfermeiros, verificamos que dos 127 enfermeiros, 79,5% (n=101) refere que não e 20,5% (n=26) refere existir outra consequência (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição da amostra sobre a existência de outra consequência da ocorrência de violência

	n	*%*
Não	101	79,5
Sim	26	20,5
Total	*127*	*100,0*

Deste modo, após a análise das 26 respostas dos enfermeiros que consideram outra consequência da ocorrência de violência e tendo por base o supramencionado anteriormente, foram agrupadas em três categorias, sendo elas: a profissional; a emocional e a pessoal/familiar.

Salienta-se a categoria profissional referida por 10 enfermeiros que consideram a (Q7) "procura de outros países" ou de outra (Q96) "profissão", (Q19) a "insegurança no trabalho", a (Q29) "frustração profissional", (Q122) a "desilusão" e (Q17) "falta de formação" como algumas das consequências profissionais (Tabela 21).

Tabela 21 – Profissional

Q7	"procura de outros países onde ainda exista civismo e respeito pelas instituições e que a lei seja punitiva para os prevaricadores"
Q10	"Criação de mau ambiente/falta de confiança entre os profissionais"
Q17	"Falta de formação"
Q19	"insegurança no trabalho"
Q22	"Não existir nenhuma medida corretiva e de prevenção por parte da administração embora a situação seja recorrente"
Q29	"Frustração profissional…"
Q61	"Dificuldade na comunicação/relação profissional"
Q72	"Satisfação profissional"
Q96	"Mudança de profissão"
Q122	"A desilusão face ao respeito pela profissão"

Com igual relevância destaca-se a categoria emocional, registando-se dez respostas por parte dos enfermeiros, assim, a (Q83) (Q85) "autoestima", o (Q59) (Q117) medo, a (Q23) "desmotivação", a (Q111) "insegurança" e o (Q69) "desrespeito" são algumas das consequências que consideram importantes, como podemos averiguar na tabela 22.

Tabela 22 – Emocional

Q23	"Desmotivação"
Q59	"Medo de voltar a ser agredido, levando a *freezing* em situações similares"
Q69	"Desrespeito por parte de outros utentes"
Q70	"represálias"
Q83	"autoestima"
Q84	"Mudança de postura, com atitudes mais defensivas"
Q85	"… afetação da autoestima"
Q111	"Sentimento de insegurança"
Q115	"Quebra emocional"
Q117	"Morte. Medo"

Sobre a categoria pessoal/familiar quatro enfermeiros enfatizaram as (Q28) "implicações", a (Q29) "frustração", as (Q85) "repercussões" como (Q56) "consequências na vida pessoal com implicações na própria vida familiar", levando ao seu (Q6) "declínio", como referido por um enfermeiro (Tabela 23).

Tabela 23 – Pessoal/familiar

Q6	"Declínio vida familiar"
Q28	"Implicações na vida pessoal"
Q29	"Frustração … pessoal"
Q56	"Consequências na vida pessoal com implicações na própria vida familiar"
Q85	"Repercussões na vida pessoal…"

5.3 CARACTERIZAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Neste subcapítulo procedeu-se à apresentação dos dados referentes a perceção dos enfermeiros quanto à existência presenciada e ou sofrida de violência no serviço de urgência.

De salientar que na parte III do questionário referente a caracterização de violência no SU, algumas das questões disponha da opção "outra" resposta. Deste modo, e após análise das respostas obtidas, segundo a técnica descrita anteriormente, foram elaboradas mais opções de resposta para além das expostas inicialmente no questionário, tal como podemos verificar ao longo deste capítulo.

5.3.1 **Violência sofrida no serviço de urgência**

De seguida, iremos apresentar os dados referentes à violência sofrida por parte dos enfermeiros durante a sua atividade profissional no serviço de urgência. Ao analisar os dados, podemos auferir que nos últimos 6 meses uma ampla maioria, 74,8% (n=95), sofreu algum tipo de violência durante a sua atividade no SU e 25,2% (n=32%) não sofreu violência (Tabela 24).

Tabela 24 – Distribuição da amostra por violência sofrida no serviço de urgência

	n	*%*
Não	32	25,2
Sim	95	74,8
Total	*127*	*100,0*

Podemos verificar que dos 95 enfermeiros que sofreram violência, 34,6% (n=44) sofreram mais de 4 episódios, 22,0% (n=28) sofreram de 1-2 episódios e 18,1% (n=23) sofreram de 2 a 4 episódios de violência nos últimos 6 meses (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à sua frequência

	n	*%*
1 - 2 episódios	28	22,0
2 - 4 episódios	23	18,1
mais de 4 episódio	44	34,6
Total	*95*	*74,8*

No que concerne, à recorrência da violência sofrida, verifica-se que uma maioria de 63,8% (n=81) refere que sim, é uma situação recorrente, e 11,0% (n=14) refere que não (Tabela 26).

Tabela 26 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à sua recorrência

	n	*%*
Não	14	11,0
Sim	81	63,8
Total	*95*	*74,8*

Foi solicitado aos 95 enfermeiros para se recordarem da última e/ou da mais marcante situação em que sofreu violência no SU, verificando-se que 33,1% (n=42) aponta para a situação mais marcante em que sofreu violência, 28,3% (n=36) considera a última situação em que sofreu violência e 13,4% (n=17) considera que a última situação em que sofreu violência é, também, a situação mais marcante em que sofreu violência (Tabela 27).

Tabela 27 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao tipo de situação

	n	*%*
Situação mais marcante em que sofreu violência	42	33,1
Última situação em que sofreu violência	36	28,3
Ambas	17	13,4
Total	*95*	*74,8*

Quanto ao tipo de violência sofrida, podemos verificar na tabela 28 que 52,0% (n=66) referem ter sofrido violência psicológica, 22,0% (n=28) sofreu violência física e 0,8% (n=1) referem ter sofrido ambos os tipos de violência (Tabela 28).

Tabela 28 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à tipologia da violência

	n	*%*
Violência Psicológica	66	52,0
Violência Física	28	22,0
Ambas	1	0,8
Total	*95*	*74,8*

No que diz respeito, ao tipo de violência psicológica sofrida constatamos que dos 66 enfermeiros que sofreram este tipo de violência, 30,7% (n=39) sofreu agressão verbal, 13,4% (n=17) intimidação, 6,3% (n=8) pressão moral, 0,8% (n=1) discriminação e igual valor sofreu todo o tipo de violência psicológica, tal como descrito na tabela 29.

Tabela 29 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao tipo de violência psicológica

	n	*%*
Agressão verbal	39	30,7
Discriminação	1	0,8
Intimidação	17	13,4
Pressão moral	8	6,3
Todas as anteriores	1	0,8
Total	*66*	*52,0*

Podemos verificar que dos 95 enfermeiros que sofreram violência, foi o doente o perpetrador mais frequente com 40,2% (n=51), seguindo-se o familiar/acompanhante com 30,7% (n=39), com 1,6% (n=2) foi o enfermeiro e igual valor a chefia/supervisor e com 0,8% (n=1) foi outro profissional, como exposto na tabela 30.

Tabela 30 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao perpetrador

	n	*%*
Chefia/Supervisor	2	1,6
Doente	51	40,2
Enfermeiro	2	1,6
Familiar/Acompanhante	39	30,7
Outro profissional	1	0,8
Total	*95*	*74,8*

Quanto ao turno que se registam mais episódios de violência, verificamos que 35,4% (n=45) dos episódios acontecem no turno da tarde, 24,4% (n=31) no turno da manhã de 8 horas, 11,8% (n=15) no turno da noite de 8/9 horas, 2,4% (n=3) no turno da manhã de 12horas e 0,8% (n=1) no turno da noite de 12 horas (tabela 31).

Tabela 31 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à ocorrência por turno

	n	*%*
Manhã de 12 horas	3	2,4
Manhã de 8 horas	31	24,4
Noite de 12 horas	1	0,8
Noite de 8/9 horas	15	11,8
Tarde	45	35,4
Total	*95*	*74,8*

Quando analisamos o local da ocorrência de violência verificamos que 29,9% (n=38) das situações ocorreu na sala de tratamentos, 20,5% (n=26) na triagem, 12,6% (n=16) na sala de observação médica, 3,1% (n=4) no balcão e com igual percentagem na sala de emergência. Em menor percentagem, 1,6% (n=2) na sala de espera e 0,8% (n=1) no corredor, sala de chefes e sala de pausa (tabela 32).

Tabela 32 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao local da ocorrência

	n	*%*
Balcão	4	3,1
Corredor	1	0,8
Sala de Chefes	1	0,8
Sala de emergência	4	3,1
Sala de espera	2	1,6
Sala de observação médica	18	14,2
Sala de pausa	1	0,8
Sala de tratamentos	38	29,9
Triagem	26	20,5
Total	*95*	*74,8*

O questionário continha uma questão a solicitar aos enfermeiros (n=95) que sofreram violência, a descrição das reações perante a situação. Verificamos, deste modo, que 33,9% (n=43) defendeu-se, 18,1% (n=23) reportou a um superior, 7,1% (n= 9) reportou a amigos/familiares/colegas, 4,7% (n=6) procurou ajuda, 4,7% (n=6) ficaram sem reação, 3,1% (n= 4) iniciou processo judicial, 2,4% (n=3) fingiu que nada aconteceu e 0,8% (n=1) pediu transferência (Tabela 33).

Tabela 33 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à sua reação

	n	*%*
defendeu-se	43	33,9
fingiu que nada aconteceu	3	2,4
iniciou processo judicial	4	3,1
pediu transferência	1	,8
procurou ajuda	6	4,7
reportou a amigos/familiares/colegas	9	7,1
reportou a um superior	23	18,1
sem reação	6	4,7
Total	*95*	*74,8*

Quanto ao fato de a situação de violência ser algo evitável verificamos que 32,3% (n=41) refere que sim, 24,4% (n=31) não consegue categorizar e 18,1% (n=23) refere que não (Tabela 34).

Tabela 34 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à inevitabilidade

	n	*%*
Não	23	18,1
Não consigo categorizar	31	24,4
Sim	41	32,3
Total	*95*	*74,8*

Quanto à existência de lesão verificamos que uma maioria 56,7% (n=72) refere que não teve qualquer tipo de lesão, no entanto 18,1% (n=23) refere ter tido lesão (Tabela 35).

Tabela 35 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à existência de lesão

	n	*%*
Não	72	56,7
Sim	23	18,1
Total	*95*	*74,8*

Dos 23 enfermeiros que referem ter sofrido lesão 10,2% (n=13) apontam para lesão psicológica e 7,9% (n= 10) para lesão física (Tabela 36).

Tabela 36 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto ao tipo de lesão

	n	*%*
Física	10	7,9
Psicológica	13	10,2
Total	*23*	*18,1*

Foi, igualmente, solicitado para descreverem a lesão que sofreram, tendo sido obtida a resposta de 18 enfermeiros. Entre as descrições podemos ressalvar lesões psicológicas como (Q23) "desgaste psicológico", (Q26) "indignação, revolta e vontade de mudar de serviço", (Q29) "Ansiedade, stress profissional, mal-estar", assim como nervosismo e não conseguir (Q57) "…fazer o meu trabalho com normalidade". Para a lesão física podemos verificar (Q22) "Ferida inciso contusa labial", (Q32) "soco no mento com ferida no lábio inferior", (Q44) "Luxação e tendinite de um dedo", (Q=87) "lesão ocular", assim como, (Q105) "estrangulamento no pescoço" (Tabela 37).

Tabela 37 – Descrição da lesão sofrida

Q22	"Ferida inciso contusa labial"
Q23	"Desgaste psicológico"
Q24	"lesão sobretudo nos materiais e lesão psicológica"
Q26	"indignação, revolta e vontade de mudar de serviço"
Q28	"Saúde mental e motivação"
Q29	"Ansiedade, stress profissional, mal-estar"
Q32	"soco no mento com ferida no lábio inferior"
Q44	"Luxação e tendinite de um dedo"
Q57	"enervei-me e não consegui fazer o meu trabalho com normalidade"
Q64	"Escoriação na face"
Q68	"Arranhões"
Q74	"dor"
Q83	"ameaças verbais"
Q86	"equimose ligeira"
Q87	"lesão ocular"
Q105	"Estrangulamento do pescoço"
Q117	"Escoriações"
Q122	"Psicologicamente afetou-me"

Quanto à notificação do episódio de violência verificou-se que 47,2% (n=60) não notificaram e 27,6% (n=35) notificaram (Tabela 38).

Tabela 38 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à notificação

	n	*%*
Não	60	47,2
Sim	35	27,6
Total	*95*	*74,8*

Dos 60 enfermeiros que não notificaram, foi-lhes solicitado a razão de não o terem feito. Assim, constatamos que 11,0% (n=14) consideraram "parte do trabalho" e com igual valor percentual "não sabia como fazê-lo", com 7,9% (n=10) não o fizeram por "falta de tempo", 4,8% (n=6) não consideraram importante, 3,9% (n=5) não sabiam a quem

recorrer, 3,1% (n=4) considera que "não valia a pena", 2,4% (n=3) considerou a situação resolvida, 1,6% (n=2) teve medo de represálias e 0,8% (n=1) não se lembrou e com igual valor percentual não o fez por "não conseguir", tal como exposto na tabela 39.

Tabela 39 – Distribuição da amostra que sofreu violência quanto à razão da não notificação

	n	*%*
considerei "parte do trabalho"	14	11,0
considerei resolvida	3	2,4
falta de tempo	10	7,9
medo de represálias	2	1,6
não considerei importante	6	4,8
não sabia a quem recorrer	5	3,9
não sabia como	14	11,0
não me lembrei	1	0,8
não valia a pena	4	3,1
não consegui	1	0,8
Total	*60*	*47,2*

Aos 35 enfermeiros que notificaram foi pedido para descreverem como o fizeram, dos quais 1 não respondeu. Deste modo, verificamos que 12 enfermeiros notificaram em (Q103) "Sistema de notificação interna do hospital". O reporte do incidente ao (Q28), (Q127) "…superior hierárquico", seja ele (Q28) "chefe de turno" ou (Q60) "chefe de serviço" foi feito por 12 enfermeiros. No entanto, verifica-se que após o enfermeiro ter notificado a um superior hierárquico este (Q26) "não" avançou com a notificação "argumentando que não tinha como contra-argumentar o sucedido" ou então, (Q19) "desvalorizou a situação".

Dos 34 enfermeiros que responderam 9 procederam à notificação (Q1) "na DGS na plataforma NOTIFICA", 3 enfermeiros registaram em (Q28)" Registos de enfermagem…" e o mesmo número de enfermeiros fizeram queixa na PSP. Ressalvar que a ampla maioria realiza mais que do um tipo de notificação, tal como, registo em (Q125) "…diário clínico e em plataforma interna onde são reportadas inúmeras situações…" e comunicação ao "superior" (Tabela 40).

Tabela 40 – Notificação

Q1	"Reporte ao Grupo de Violência da Instituição e na DGS na plataforma Notifica"
Q3	"Reportado à chefia de serviço"
Q6	"Formulário hospitalar"
Q19	"O diretor clínico desvalorizou a situação"
Q22	"Programa intranet + ficha de inscrição"
Q24	"registo de incidentes críticos entregue à chefia"
Q25	"por escrito e ao chefe de turno"
Q26	"a responsável de serviço não o fez argumentando que não tinha como contra-argumentar o sucedido"
Q28	"Registos de enfermagem e notifiquei à minha superiora hierárquica pois a familiar fez queixa no livro amarelo"
Q32	"evento critico, chamada PSP para identificação do sujeito e testemunhas"
Q39	"Escrevi nas nossas notas de enfermagem, no episódio da utente"
Q44	"Participação por escrito"
Q50	"fiz notificação"
Q54	"Na plataforma NOTIFICAR"
Q60	"Reportei o incidente por escrito à Chefe do Serviço"
Q64	"NOTIFICA"
Q68	"Notifica"
Q72	"Através do sistema de notificação, através do notifica"
Q74	"HER"
Q78	"Notificação sistema qualidade. Notificação chefia e PSP"
Q82	"Pelo sistema HER+"
Q84	"A polícia tomou conta da ocorrência"
Q86	"Notificação através da gestão de risco hospitalar e notificação na DGS"
Q90	"Notifica"
Q96	"Afastamos o utente de outros utentes, colocamos um agente de segurança junto e prestamos os cuidados com o mínimo de interação possível"
Q103	"Sistema de notificação interna do hospital"
Q104	"fiz levantamento de evento até porque o familiar era também enfermeiro noutra instituição"
Q105	"Acidente de serviço"
Q114	"À coordenação de serviço"
Q117	"Fiz queixa na PSP"
Q119	"Suporte próprio da instituição"
Q122	"Reportei através do relatório de chefe de turno e fiz uma participação na RISI (plataforma de gestão de risco)"
Q125	"Escrevi em diário clínico e em plataforma interna onde são reportadas inúmeras situações, comuniquei a superior"
Q127	"Ao meu superior hierárquico"

5.3.2 Violência presenciada no serviço de urgência

Na continuação, iremos expor os dados referentes à violência presenciada por parte dos enfermeiros durante a sua atividade profissional no serviço de urgência.

Ao analisar os dados podemos afirmar que nos últimos 6 meses uma esmagadora maioria, 91,3% (n=116), presenciou algum tipo de violência durante a sua atividade no SU e 8,7% (n=11%) não presenciou violência, tal como descrito na tabela 41.

Tabela 41 – Distribuição da amostra por violência presenciada no serviço de urgência

	n	*%*
Não	11	8,7
Sim	116	91,3
Total	*127*	*100,0*

Podemos verificar que dos 116 enfermeiros que presenciaram violência, 44,9% (n=57) presenciaram mais de 4 episódios, 25,2% (n=32) presenciaram de 1-2 episódios e 21,3% (n=27) presenciaram de 2 a 4 episódios nos últimos 6 meses (Tabela 42).

Tabela 42 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à sua frequência

	n	*%*
1 - 2 episódios	32	25,2
2 - 4 episódios	27	21,3
mais de 4 episódio	57	44,9
Total	*116*	*91,3*

Quanto à recorrência da violência presenciada pelos enfermeiros, verifica-se que uma maioria de 81,1% (n=103) refere que sim, é uma situação recorrente, e 10,2% (n=13) refere que não (Tabela 43).

Tabela 43 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à sua recorrência

	n	*%*
Não	13	10,2
Sim	103	81,1
Total	*116*	*91,3*

Aos 116 enfermeiros foi pedido para se recordarem da última e/ou da mais marcante situação em que presenciaram violência no SU, verificando-se que 42,5% (n=54) considera a última situação em que presenciou violência, 32,3% (n=41) aponta para situação mais marcante em que presenciou violência e 16,5% (n=21) considera que a última situação em que presenciou violência é, também, a situação mais marcante (Tabela 44).

Tabela 44 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao tipo de situação

	n	*%*
Última situação em que presenciou violência	54	42,5
Situação mais marcante em que presenciou violência	41	32,3
Ambas	21	16,5
Total	*116*	*91,3*

Quanto ao tipo de violência presenciada, verificamos na tabela 45 que 62,2% (n=79) refere ter presenciado violência psicológica e 29,1% (n=37) violência física (Tabela 45).

Tabela 45 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à tipologia

	n	*%*
Violência Psicológica	79	62,2
Violência Física	37	29,1
Total	*116*	*91,3*

No que diz respeito, ao tipo de violência psicológica presenciada constatamos que 39,4% (n=50) presenciou agressão verbal, 15,0% (n=19) intimidação, 6,3% (n=8) pressão moral, 0,8% (n=1) discriminação e igual valor observou todo o tipo de violência psicológica, como descrito na tabela 46.

Tabela 46 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao tipo de violência psicológica

	n	*%*
Agressão verbal	50	39,4
Discriminação	1	0,8
Intimidação	19	15,0
Pressão moral	8	6,3
Todas as anteriores	1	0,8
Total	*79*	*62,2*

Podemos auferir que em 48,0% (n=61) o familiar/acompanhante foi o perpetrador mais frequente, seguido do doente com 35,4% (n=45), com 3,1% (n=4) foi o enfermeiro e igual valor percentual para outro profissional, com 0,8% (n=1) chefia/supervisor e igual valor percentual para todos os referidos anteriormente, tal como exposto na tabela 47.

Tabela 47 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao perpetrador

	n	*%*
Chefia/Supervisor	1	0,8
Doente	45	35,4
Enfermeiro	4	3,1
Familiar/Acompanhante	61	48,0
Outro profissional	4	3,1
Todas as anteriores	1	0,8
Total	*116*	*91,3*

No que concerne, a quando são observados mais episódios de violência, verificamos que 41,7% (n=53) dos episódios acontece no turno da tarde, 28,3% (n=36) no turno da manhã de 8 horas, 15,7% (n=20) no turno da noite de 8/9 horas, 4,7% (n=6) no turno da manhã de 12horas e 0,8% (n=1) no turno da noite de 12 horas (Tabela 48).

Tabela 48 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à sua ocorrência diária

	n	*%*
Manhã de 12 horas	6	4,7
Manhã de 8 horas	36	28,3
Noite de 12 horas	1	0,8
Noite de 8/9 horas	20	15,7
Tarde	53	41,7
Total	*116*	*91,3*

Quanto ao local da ocorrência de violência verificamos que 37,2% (n=47) ocorreu na sala de tratamentos, 19,6% (n=25) na triagem e com igual percentagem na sala de observação médica, 4,7% (n=6) no balcão e com igual percentagem no corredor, 3,9% (n=5) na sala de emergência e 0,8% (n=1) na sala de espera e sala de pausa (Tabela 49).

Tabela 49 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao local da ocorrência

	n	*%*
Balcão	6	4,7
Corredor	6	4,7
Sala de emergência	5	3,9
Sala de espera	1	0,8
Sala de observação médica	25	19,6
Sala de pausa	1	0,8
Sala de tratamentos	47	37,2
Triagem	25	19,6
Total	*116*	*91,3*

Quanto ao facto da situação de violência observada ser algo evitável verificamos que 47,2% (n=60) refere que sim, 30,7% (n=39) não consegue categorizar e 13,4% (n=17) refere que não (Tabela 50).

Tabela 50 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à inevitabilidade

	n	*%*
Sim	60	47,2
Não	17	13,4
Não consigo categorizar	39	30,7
Total	*116*	*91,3*

Quanto à existência de lesão verificamos que uma ampla maioria 72,4% (n=92) refere que não observou qualquer tipo de lesão, no entanto 18,9% (n=24) refere ter observado um tipo lesão (Tabela 51).

Tabela 51 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à existência de lesão

	n	*%*
Não	92	72,4
Sim	24	18,9
Total	*116*	*91,3*

Dos 24 enfermeiros que referem ter observado lesão apenas 3 não especificaram o tipo de lesão. Deste modo, após a análise dos dados verificamos que 7,1% (n=9) apontam para lesão psicológica, o mesmo valor percentual considera uma lesão física e 2,4% (n=3) considera que houve tanto lesão física como psicológica (Tabela 52).

Tabela 52 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto ao tipo de lesão

	n	*%*
Psicológica	9	7,1
Física	9	7,1
Ambas	3	2,4
Total	*21*	*16,6*

Foi, igualmente, solicitado para descreverem essa lesão, tendo sido obtida a resposta por 14 enfermeiros, entre as descrições podemos ressalvar lesões psicológicas como (Q114) "medo", (Q121) "muita pressão psicológica" e (Q125) "moral". No que se refere à lesão física podemos verificar (Q19) "agressão física a 3 enfermeiros", (Q56) "escoriações e contaminação com sangue do doente nos olhos…", (Q83) "Murro no peito e puxões de cabelo a enfermeira lesada, cuspidelas na face", (Q=96) (Q103) "hematomas". Referindo que, também, ocorre (Q29) "quebra de mobiliário" (Tabela 53).

Tabela 53 – Descrição da lesão presenciada

Q6	"física na face e braços"
Q7	"enfermeiro levou vários dias a retomar o estado anímico"
Q8	"Lesão muscular e emocional"
Q19	"agressão física a 3 enfermeiros"
Q29	"Quebra de mobiliário"
Q56	"escoriações e contaminação com sangue do doente nos olhos do enfermeiro"
Q57	"a colega ficou de baixa por depressão"
Q83	"Murro no peito e puxões de cabelo a enfermeira lesada, cuspidelas na face"
Q96	"Hematoma no braço"
Q103	"Hematomas dispersos"
Q107	"discreta, não grave"
Q114	"Medo"
Q122	"Muita pressão psicológica"
Q125	"Moral"

Quanto à notificação por parte dos enfermeiros que presenciaram violência verificou-se que 66,1% (n=84) não notificaram e 25,2% (n=32) notificaram (Tabela 54).

Tabela 54 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à notificação

	n	*%*
Não	84	66,1
Sim	32	25,2
Total	*116*	*91,3*

Dos 84 enfermeiros que não notificaram, foi-lhes solicitado a razão de não o terem feito, assim, verificamos, que 13,4% (n=17) não sabia como fazê-lo, 12,6% (n=16) não o fez por falta de tempo, 8,7% (n=11) considerou "parte do trabalho", 7,1% (n=9) não o fez porque foi a vitima que notificou, 5,5% (n=7) não considerou importante, 4,7% (n=6) não notificou porque "não foi comigo", 3,9% (n=5) a vitima não considerou importante, 3,1% (n=4) medo de represálias, com o mesmo valor não sabia a quem recorrer, 1,6% (n=2) não se lembrou e 2,4% (n=3) considerou que devia ter sido a vitima a fazê-lo, como descrito na tabela 55.

Tabela 55 – Distribuição da amostra que presenciou violência quanto à razão da não notificação

	n	*%*
a vítima não considerou importante	5	3,9
a vítima notificou	9	7,1
considerei "parte do trabalho"	11	8,7
deveria ser a vítima a fazê-lo	3	2,4
falta de tempo	16	12,6
medo de represálias	4	3,1
não considerei importante	7	5,5
não foi comigo	6	4,7
não me lembrei	2	1,6
não sabia a quem recorrer	4	3,1
não sabia como	17	13,4
Total	*84*	*64,5*

Aos 32 enfermeiros que observaram violência e a notificaram ou percecionaram a notificação, foi pedido para descreverem como foi feito, dos quais 4 não responderam. Com a análise dos dados verificamos que 14 enfermeiros notificaram em (Q65) "portal interno", nomeadamente (Q8) "via SISQUAL", (Q92) "plataforma HER+". O reporte do incidente ao (Q5) "superior", (Q23) "chefe de enfermagem" ou (Q60) "chefe de equipa" foi realizado por 13 enfermeiros, 3 enfermeiros fizeram queixa na PSP, 2 enfermeiros fizeram (Q18) "registos de enfermagem" e 2 enfermeiros em (Q40) "livro de ocorrências" (Tabela 56).

Tabela 56 – Notificação

Q5	"Oralmente ao meu superior"
Q7	"não sei como o fez, falou com o chefe…"
Q8	"Via SISQUAL"
Q10	"às chefias"
Q18	"Registos de enfermagem"
Q23	"Comunicação ao chefe de enfermagem"
Q25	"escrito e chefe de turno"
Q26	"através de impresso próprio"
Q28	"Meio de notificação da instituição e chamada ao local das autoridades ao SU"
Q32	"evento critico no sistema de gestão da qualidade"
Q40	"Impresso próprio e livro de ocorrências"
Q42	"Chefes e informaticamente"
Q47	"na plataforma"
Q50	"notificou"
Q51	"Chamada autoridade"
Q56	"Ficha de urgência com notificação no caderno de notificações sobre situações de violência existente na triagem do meu SU"
Q60	"Reportei ao Chefe de Equipa"
Q65	"pelo portal interno"
Q78	"Sistema informático. Chefias"
Q82	"Chefia"
Q83	"Queixa na esquadra do hospital, identificação dessa pessoa"
Q92	"Feito registo no processo clínico informatizado do doente e relato de incidente na plataforma HER+"
Q99	"Chefias"
Q103	"Foi notificado pelo colega em sistema interno do hospital"
Q106	"chefe de equipa"
Q107	"Comunicado à chefia"
Q116	"Reportado em sistema próprio existente no SU e a autoridade (PSP)"
Q122	"Igualmente através do relatório de chefia de turno e num report para a RISI que ajudei a elaborar com a colega agredida"

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

As secções de discussão, para além de apresentarem as interpretações do estudo, também, são importantes para ajudar o leitor a descobrir o sentido das descobertas do estudo, mas não devem ser consideradas como um substituto aos próprios esforços de interpretação. A critica de pesquisa fornece fundamento para uma interpretação bem informada dos resultados. É preciso compreender os resultados estatísticos e analisá-los dentro do contexto dos objetivos do estudo, da sua base teórica, do corpo de informações científicas já existentes e das forças e limitações dos métodos de pesquisa (Polit & Beck, 2011).

Os mesmos autores defendem que a interpretação de resultados resultantes de análise estatística é um processo desafiante para o investigador. Mencionam, ainda, que esta envolve algumas considerações, nomeadamente: a credibilidade e o rigor dos resultados, a precisão da estimativa e da magnitude dos efeitos, a importância e o significado dos resultados, o potencial de generalização dos resultados e as implicações dos mesmos na prática de enfermagem, no desenvolvimento da teoria ou na investigação futura (Polit & Beck, 2011).

Na sequência do referido anteriormente, pretende-se neste capítulo efetuar uma síntese e uma apreciação crítica dos resultados obtidos, discutindo-os e confrontando-os com a literatura e a evidência científica desenvolvidas neste âmbito.

Este estudo alicerça-se numa análise estatística dos dados produzidos pela amostra, constituída por 127 enfermeiros que durante o período de 28/08/2017 a 10/11/2017 participaram no estudo voluntariamente.

Na amostra do estudo prevalece o sexo feminino (75,6%) tal defendido pelos dados do INE (2018) referentes a 2016 quando se verifica que dos 69.486 enfermeiros inscritos e ativos na Ordem dos Enfermeiros, 57.001 são mulheres e 12.485 homens. O dito anteriormente é, igualmente, corroborado pela Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Sul (SRSul) com base nos dados referentes ao perfil socioprofissional dos membros, a 31 de dezembro de 2017, verificando-se que num total de 28.615 enfermeiros inscritos e ativos, 23.539 são do sexo feminino e 5.076 são do sexo masculino.

Amostra com idades compreendidas entre os 23 e os 63 anos, apresentando um valor médio de 34,36 anos, o que vai ao encontro de SRSul (2018) quando mais de metade dos enfermeiros pertencentes a esta secção têm uma idade compreendida entre os 26 aos 45 anos, sendo que a faixa etária com maior número de enfermeiros situa-se no intervalo dos 31 aos 35 anos.

A nível profissional, no que diz respeito aos anos de experiência profissional e aos anos de experiência em SU, verificamos que as características dos indivíduos que integram a amostra são coincidentes com os dados da população de enfermagem divulgados pela SRSul (2018), uma vez que a amostra tem um tempo médio de exercício profissional de 11 anos e um tempo médio no SU de 9 anos.

Na amostra verifica-se que a maioria possui licenciatura em Enfermagem (50,4%) e que apenas 7,9% detém o título de enfermeiro especialista, informação corroborada pelos dados do INE (2018) referente a 2016 quando afirma que a maioria (85,8%) dos enfermeiros ao serviço nos hospitais eram enfermeiros de cuidados gerais, em que 77,5% dos enfermeiros registados na Ordem eram enfermeiros generalistas, ou seja, dos 69.486 enfermeiros inscritos e ativos na OE apenas 15.686 detém título de enfermeiro especialista. Informação igualmente defendida pela SRSul (2018) em que 22.297 são enfermeiros de cuidados gerais e 6.330 detém o título de enfermeiro especialista.

No que diz respeito ao nível de SU que a amostra exerce funções verificamos que a maioria trabalha num SUMC, informação corroborada pelo Despacho n.º 13427/2015 de 20 novembro, quando demonstra que a nível da ARSLVT, nomeadamente o centro do país onde se insere o nosso estudo, existem 4 SUP, 10 SUMC e 3 SUB, devendo estes dispor de enfermeiros necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, como tal o número de enfermeiros que trabalha em SUMC é superior ao dos restantes níveis.

Partindo da questão de investigação: *como é caracterizada a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país?* Surgiram objetivos de estudo, que se constituem como base orientadora do alinhamento desta discussão. Contudo, como forma de contextualizar os resultados obtidos numa primeira parte do capítulo será feita menção às características demográficas e contextuais da problemática em estudo, como forma de responder à nossa questão de investigação.

O *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), como referido por Cheung et al. (2017), define Violência no Local de Trabalho (VLT) como um ato violento (incluindo ameaças e agressões físicas) dirigido a pessoas durante a sua atividade laboral. Afirmam, ainda, que na última década tem aumentado o número de estudos em todo o mundo sobre VLT de doentes e visitas em contextos de cuidados de saúde.

Como é caracterizada a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país?

A VLT tem sido apresentada como um novo risco ocupacional a nível mundial, estando os trabalhadores de saúde, nomeadamente nos hospitais, particularmente expostos a este tipo de violência (Silva et al., 2014; Al-Ali, Faouri & Al-Niarat, 2015; Tee, Özçetin & Russel-Westhead, 2016).

Quanto à **importância** desta temática 78% da amostra considera que é "muito importante". A violência contra os enfermeiros tem sido um problema crescente em muitas sociedades, geralmente porque os enfermeiros são a linha da frente e como tal mais expostos a ameaças que outro profissional de saúde (Tee et al. 2016). Os enfermeiros são ameaçados no seu local de trabalho mais vezes que um agente de polícia e um guarda prisional (ICN, 2002: 2006: 2017; Al-Ali et al. 2015; Wilson, 2017).

Segundo a Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da DGS, ainda em vigor em Portugal, refere que num estudo português em que se entrevistaram representantes institucionais do sector da saúde foi reconhecida por todos a importância da violência contra profissionais de saúde, sendo os enfermeiros quem mais frequentemente vivencia violência (AGO, 2002; DGS, 2006; 2011; 2015; 2016; 2017; 2018).

No que diz respeito à **formação** verificamos que 66,9% dos inquiridos "nunca participou" numa formação e que 57,5% consideram "muito importante" uma formação desta temática.

Segundo a circular informativa vigente em Portugal afirma que o Plano Nacional de Saúde se refere à violência contra profissionais de saúde como um problema de particular relevância, propondo medidas de promoção do combate à violência com ênfase na prevenção e no sentido de uma tolerância zero para qualquer tipo de violência. São propostas intervenções a nível macro (sociais, políticas e legais), meso (normativas com linhas orientadoras para dirigentes, profissionais de saúde e utentes, realçando as condições de trabalho e de acesso aos Serviços de Saúde) e micro (procedimentos de

segurança, mecanismos de notificação de incidentes, formação em comunicação e resolução de conflitos…) (DGS, 2006). Informação atualizada no Plano Nacional de Saúde revisto e extenso a 2020 quando refere que este surge na continuidade de planos anteriores, tendo sido amplamente discutidos e consensualizados em várias arenas de discussão pública. (PNS, 2015). No entanto, segundo os dados adquiridos verifica-se uma falha de intervenção a nível micro, uma vez que mais que a maioria "nunca participou" em formações, nomeadamente as referidas anteriormente no plano.

Os dados colhidos e apresentados anteriormente são defendidos pelo estudo de Xing et al. (2015), tendo estes, verificado um dado alarmante, nomeadamente, que 62,8% dos profissionais relataram não ter recebido treino de gestão em agressão e violência. O treino é uma maneira eficaz de evitar e reduzir a VLT, como tal, os autores supramencionados recomendam que os hospitais ofereçam programas de treino aos profissionais de saúde para que lidem com VLT e, desta forma, a evitem.

Informação que vai ao encontro de Al-Ali et al. (2015) uma vez que consideram que os enfermeiros estão três vezes mais vulneráveis a incidentes violentos durante a sua carreira do que outros profissionais de saúde, como tal, os programas contra a VLT são necessários em todos os sectores de saúde independentemente das falhas relacionadas com a efetividade desses programas face ao problema.

A prevenção e controlo de lesões ocupacionais é uma das prioridades mais importantes no campo da saúde pública. Os hospitais têm um papel importante na saúde pública e na saúde dos seus colaboradores, pois constituem um ponto terminal do sistema nacional de saúde. Os países desenvolvidos têm um potencial crescente de VLT nos profissionais de saúde, desta forma, estratégias de prevenção, controlo e intervenção que lidam com a violência nos hospitais devem ser estudadas, recomendadas e implementadas (Sun et al., 2017).

Seguindo a mesma linha orientadora a OSHA (2015) determinou que a melhor maneira de reduzir a violência no local de trabalho é através de um programa de prevenção de violência que abrange cinco elementos principais: Compromisso de gestão e participação dos profissionais (estabelece-se metas e objetivos, fornecem-se recursos e apoios adequados, assim como os profissionais são encorajados a comunicar abertamente e a relatar preocupações sem medo de represálias); análise do local de trabalho e identificação de perigos (processos e procedimentos para identificar continuamente

perigos e avaliar os riscos. Existência de uma avaliação inicial de perigos, reavaliações regulares, e reavaliações formais após incidentes); Prevenção e controlo de riscos (processos, procedimentos e programas são implementados para eliminar ou controlar os perigos no local de trabalho e alcançar metas e objetivos na prevenção da violência no local de trabalho); Treino em segurança e saúde (todos os profissionais devem ter formação ou treino em reconhecimento e controlo de perigos); Manutenção de registos e avaliação de programas (Registo de lesão, incidentes, ações de formação, treino podem ajudar os profissionais a determinar a gravidade do problema, identificando tendências ou padrões, de forma a avaliar métodos de controlo de risco, identificar necessidades de treino e desenvolver soluções para um programa. Os programas devem ser avaliados regularmente para identificar deficiências e oportunidades de melhoria).

Quanto à **notificação** de violência verificamos que 77,2% dos inquiridos considera que é "muito importante". Inclusivamente 63,0% refere existir medidas/procedimentos de notificação de violência na sua instituição. No entanto, 29,9% da amostra "não sabe" se existem medidas/procedimentos de notificação de violência na sua instituição.

No estudo desenvolvido pelos autores Xing et al. (2015) constataram que 47,4% dos entrevistados afirmaram que no seu local de trabalho não tinham procedimentos para notificar violência, porém quando o sistema era "em papel", 58,4% sabiam como usá-lo. A maioria dos entrevistados afirmou que não houve qualquer tipo de incentivo para notificar VLT.

A DGS (2015) defende que o sistema de notificação, que se pretende de uso sistemático, baseia-se em notificações anónimas e confidenciais, permitindo alertar os serviços para a correção das causas de incidentes e eventos adversos e evitar que os mesmos voltem a ocorrer. Todas as unidades do sistema de saúde devem possuir uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente. De ressalvar, que a notificação de um incidente, ocorrido numa instituição prestadora de cuidados de saúde exige a implementação de medidas corretoras sistémicas por parte da administração da instituição, de forma a evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir (DGS, 2015).

Existem **fatores de risco** para a ocorrência de violência. No nosso estudo, verificamos que a amostra "concorda muito" com o ambiente seguro, a demora no atendimento, a espera dos resultados complementares de diagnóstico, a sobrelotação a nível de espaço, a

sobrelotação a nível de doentes, o abuso de substâncias, o nível de educação do doente, os emocionais (ansiedade, raiva, medo), as dotações inadequadas e a sobrecarga horária dos profissionais; "concorda moderadamente" com a longa duração do atendimento, os problemas de comunicação e "concorda ligeiramente" com a inexperiência do enfermeiro.

Longo, Cassidy e Sherman (2016) considera que um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para prestação de cuidados ao doente de alta qualidade. Por sua vez, Jiao et al. (2015) afirmam que enfermeiros que trabalham num serviço de urgência têm maior risco de exposição à violência física, assim como, enfermeiros inexperientes são mais vulneráveis ao risco de VLT que os seus colegas mais experientes. Níveis mais altos de ansiedade estão associados a um aumento do risco de violência física ou psicológica, ou seja, existe uma maior prevalência de violência física entre profissionais de saúde com níveis mais altos de ansiedade (Jiao et al., 2015).

É de salientar que 31,5% dos inquiridos consideram existir mais fatores de risco, para além dos mencionados anteriormente. Tendo sido posteriormente categorizados em: falta de informação; falta de segurança; socioeconómicos; profissionais; doença da pessoa; e presença de acompanhantes.

Para além do fator de risco pessoal outro fator que este predominantemente relacionado com VLT contra os enfermeiros prende-se com o encargo financeiro, isto porque instabilidade e situação financeira precária demonstraram contribuir para uma alta prevalência de violência contra profissionais de saúde (Jiao et al. 2015).

Os autores supramencionados, referem que vários fatores podem ter um papel contributivo para a VLT contra os profissionais de saúde, nomeadamente, resultados insatisfatórios do tratamento, falta de comunicação e características da equipa multidisciplinar (falta de sensibilidade / cortesia / respeito). Desta forma, alguns fatores culturais ou sociais podem contribuir para a violência contra enfermeiros (Jiao et al. 2015).

Quanto às **consequências** da ocorrência de violência constata-se que a amostra "concorda muito" com a menor satisfação profissional, a saúde física, a saúde mental, o desempenho profissional, a qualidade dos cuidados. Assim como, "concorda moderadamente" com o absentismo por doença, a quebra na produtividade e a mudança de serviço.

De evidenciar que 31,5% dos inquiridos consideram existir mais consequências, para além das mencionados. Tendo estas sido categorizadas em: profissional, emocional; e pessoal/familiar.

Os autores Terry, Lê, Nguyen e Hoang (2015) corroboram o referido, quando afirmam que a violência no local de trabalho no setor da saúde é destrutiva e tem um impacto negativo na vida profissional e pessoal dos profissionais de saúde, como também, na qualidade dos cuidados prestados. Isto leva à deterioração da qualidade dos cuidados prestado aos utentes com degeneração do ambiente de trabalho. Estes fatores levam à redução dos serviços de saúde disponíveis para a população e, consequentemente, mais enfermeiros com propensão a abandonar a profissão.

Nesta sequência, Sun et al. (2017) defendem que VLT resulta num grande dano, podendo afetar a saúde física e mental das vítimas. Como tal, a violência contra os profissionais de saúde é um grande problema que afeta a saúde e a produtividade. Assim, a VLT pode causar diretamente o absentismo a curto ou longo prazo e degradar o clima de trabalho e a moral dos profissionais da saúde.

Quanto à **tipologia** de violência verifica-se que a violência psicológica é a mais frequente tanto para quem sofreu como para quem presenciou violência, sendo a agressão verbal a mais referida por quem sofreu e por quem presenciou violência. Dado corroborado por Silva et al. (2014) quando afirmam que no estudo que desenvolveram a agressão verbal foi o tipo mais comum de violência praticada contra os profissionais de saúde. O mesmo é defendido por outros autores quando afirmam que a violência psicológica é a mais prevalente, nomeadamente a violência verbal (Marques, 2015; Jiao et al., 2015).

Segundo o estudo desenvolvido pelo observatório nacional da violência contra os profissionais de saúde em 2011 expuseram que a discriminação/ameaça verbal foi o tipo de violência mais referido, informação corroborada pelo relatório de violência contra os profissionais de saúde em 2015 (DGS, 2011; 2015). No entanto, nos relatórios de progresso e monitorização dos anos seguintes demonstraram resultados diferentes, sendo apontado o assédio moral/*mobbing* o mais frequente (DGS, 2016; 2017; 2018).

No que diz respeito ao **interveniente/perpetrador** de violência constata-se que o doente e o familiar/acompanhante são os que mais praticam violência.

Para Samir, Mohamed, Moustafa e Saif (2012) o aumento de violência por parte do doente e familiares nas unidades de saúde pode ser encarado como uma "revolta" precipitada

pela frustração e insatisfação com a qualidade dos cuidados. No estudo desenvolvido por Xing et al. (2015) a violência física foi iniciada principalmente pelos familiares do doente, seguida pelos próprios doentes.

Os dados colhidos vão ao encontro do relatório de progresso de monitorização da DGS (2018) onde se constata que com 54% o doente foi o perpetrador mais frequente.

Quanto à **recorrência** e **frequência** de violência sofrida por parte dos enfermeiros durante a sua atividade profissional no serviço de urgência nota-se que 74,8% sofreu e 91,3% presenciou algum tipo de violência no SU, inclusive a amostra considerou que situações de violência são algo "recorrente" no SU. Manifestando que as situações de violência que sofreram e/ou presenciaram aconteceram "mais que 4 episódios" nos últimos 6 meses em relação data da resposta ao questionário.

Segundo a Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da DGS, ainda em vigor em Portugal, considera que a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho se manifesta como um problema generalizado e frequente em Portugal, bem como em todo o mundo, sendo, inclusivamente, considerada um problema de saúde pública, a nível internacional, pela WHO. O que vai ao encontro do relatório desenvolvido pela DGS (2015) onde se verifica que 423 notificações referem que a violência é habitual na unidade de saúde.

Resultados idênticos foram reportados por outros autores, quando constataram que a violência e agressão aos enfermeiros são frequentes, inclusive várias formas de violência ocorrem com relativa frequência (Jião et al., 2015; Marques, 2015; Correia, 2016; Sun et al., 2017).

Quanto à **inevitabilidade** da ocorrência de violência, os enfermeiros consideram que é algo evitável. Dado corroborado pelos autores Xing et al. (2015) quando no estudo que desenvolveram afirmam que a maioria das vítimas consideraram os incidentes violentos como evitáveis.

Em Portugal, segundo o relatório do observatório nacional da violência contra os profissionais de saúde referente a 2011 afirma que a maioria das vítimas se revelou muito insatisfeita perante a forma como a instituição geriu os episódios de violência, considerando que em 50% dos casos esses episódios poderiam ter sido prevenidos e reconhecendo, em igual proporção, que os atos de violência contra os profissionais de saúde na instituição em causa são habituais (DGS, 2012). Mais tarde no relatório

desenvolvido pela DGS (2015) sobre violência contra profissionais de saúde verifica-se que 346 das notificações *on-line* referem que o episódio poderia ter sido prevenido.

O **turno** da tarde foi o período do dia apontado pelos enfermeiros para a ocorrência de mais episódios de violência, seguido pelo turno da manhã de 8 horas.

Segundo o relatório da violência contra profissionais de saúde, notificação on-line da DGS (2015) afirma que quanto ao horário, foram referidos cerca de 256 episódios de violência no horário das 8h às 13h59m, seguido de 183 episódios no horário das 14h às 18h59m.

Para Jiao et al. (2015) os enfermeiros que trabalham por turnos rotativos são 3668 vezes mais propensos a vivenciar violência física e 1771 vezes mais propensos a sofrer violência psicológica que aqueles que trabalham por turno fixo. Mas contrariamente ao referido anteriormente estudos defendem, que os turnos noturnos são considerados de alto risco, uma vez que os enfermeiros estão mais expostos à violência, estando mais propensos a relatar agressões físicas e psicológicas (Jiao et al., 2015; Sun et al., 2017). Por sua vez, um estudo desenvolvido na Palestina não encontrou correlação significativa entre a exposição a VLT e o trabalho por turnos (Sun et al., 2017).

Quanto ao **local** da ocorrência de violência constata-se que os cinco locais mais referidos pela amostra foram: a sala de tratamentos, a triagem, a sala de observação médica, a sala de emergência e os "balcões".

Para os autores Acosta, Duro e Lima (2012) a violência é causa de stress pelos enfermeiros na triagem. Estes profissionais podem sofrer violência tanto verbal quanto física dos doentes e familiares. Informação que vai ao encontro de outros autores, uma vez que no setor da saúde, os enfermeiros são as principais vítimas, e principalmente aqueles designados ao posto de triagem no serviço de urgência, sendo os mais expostos à violência (Ramacciati, Ceccagnoli & Addey, 2013).

No estudo desenvolvido por Correia (2016) verificou-se que a maioria dos participantes foi agredida na sala de triagem, seguindo-se o corredor do SU e por último a área amarela. Refere, ainda, que ocorrem maior número de agressões na sala de triagem por este ser o primeiro local onde os utentes contactam com profissionais de saúde e por ser o local onde lhes é atribuída a prioridade para atendimento médico, com a qual muitas vezes não ficam satisfeitos.

Contrariamente ao referido, mas ao encontro dos dados colhidos, no estudo desenvolvido por Silva et al. (2014) as salas de emergência foram as que apresentaram a maior ocorrência de violência.

Após a resposta à questão de investigação, iremos nesta segunda parte do capítulo responder aos objetivos a que nos propusemos inicialmente. Pelo que serão expostos individualmente.

Tipos de violência sofrida pelos enfermeiros

No nosso estudo verificamos que 52,0% refere ter sofrido violência psicológica e 62,2% refere ter presenciado violência psicológica nos últimos 6 meses. Os quatro tipos de violência psicológica mais apontados pelos enfermeiros foram: a agressão verbal, a intimidação, a pressão moral e a discriminação.

Resultados idênticos foram reportados por outros estudos, nomeadamente, o estudo desenvolvido por Najafi, et al. (2017) em que a violência psicológica foi o tipo mais comum vivenciado por todos os enfermeiros, tendo sido dividida em quatro subcategorias: opressão e imposição de inferioridade; humilhação e desprezo; desigualdade e falta de apoio; insultos e ameaças verbais, esta última dimensão foi a forma mais comum vivenciada pelos enfermeiros.

Informação defendida pelo relatório de progresso de monitorização da DGS (2018) quando expõe que 68% dos profissionais de saúde sofreram assédio moral/mobbing, 13% violência verbal e 12% violência física. Deste modo, é relevante referir que os dados colhidos apontam para 22,0% dos enfermeiros sofreram violência física nos últimos 6 meses e 29,1% dos enfermeiros observaram violência física.

O que vai ao encontro do estudo desenvolvido por Kaeser et al. (2018) verificando-se que 81% dos enfermeiros sofreram agressão verbal e 26% sofreram agressão física durante um período de um mês.

Principais intervenientes na violência sobre os enfermeiros

Podemos verificar que os principais intervenientes de violência sofrida pelos enfermeiros são: o doente, indicado como o perpetrador mais frequente do ponto de vista de quem sofre violência; o familiar/acompanhante, apontado o perpetrador mais frequente por parte do enfermeiro que observou violência. O colega enfermeiro, a chefia/supervisor e outro profissional foram outros três intervenientes referidos pelos enfermeiros.

Segundo Najafi et al. (2017) os enfermeiros recebem qualquer tipo de comportamento por parte dos doentes, familiares, colegas ou médicos de forma a agredirem a sua dignidade humana e a sua reputação profissional na forma de violência física/ mental, insultos de honra.

Na mesma linha de ideia Silva et al. (2014) afirmam que os doentes aparecem como os principais perpetradores seguidos dos seus familiares, mas observa-se que frequentemente a violência no espaço da saúde também ocorre por parte de membros da própria equipa. Igualmente defendido por Jiao et al. (2015) quando referem que visitantes, intrusos, doentes e seus familiares e colegas de trabalho, podem ser autores de violência contra profissionais de saúde.

Dados corroborados pelos registos executados na plataforma NotifiQ@ até 30/06/2018, onde se verifica que das situações de violência, o doente (54%) foi o agressor mais identificado, seguido do profissional da mesma categoria (22%) e do familiar do utente (21%) (DGS, 2018).

Principais fatores potenciadores de violência sobre os enfermeiros

Numa primeira parte deste documento foram descritos os fatores de risco apontados pelos enfermeiros como potenciadores da ocorrência de violência. Desta forma, o ambiente seguro, a demora no atendimento, a espera dos resultados complementares de diagnóstico, a sobrelotação a nível de espaço, a sobrelotação a nível de doentes, o abuso de substâncias, o nível de educação do doente, os emocionais (ansiedade, raiva, medo), as dotações inadequadas e a sobrecarga horária dos profissionais foram identificados como os principais fatores de risco potenciadores de violência.

Todavia, torna-se oportuno referir que a amostra do nosso estudo considera existir outros fatores de risco igualmente considerados principais potenciadores de violência, tais como, os relacionados com a "não informação do médico ao doente sobre terapêutica/exames" (Q11), a "falta de policiamento efetivo no hospital" (Q104), a "baixa remuneração"(Q6), os "baixos recursos humanos" (Q80), a "insatisfação profissional" (Q6), a "falta de trabalho de equipa" (Q125) , "a própria doença/desorientação do doente" (Q85) e "a constante presença dos acompanhantes" (Q12).

Palagi et al. (2015) defendem o supramencionado quando referem que existem diversos fatores que são próprios da realidade dos serviços de urgência e que se prendem com: a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais e humanos, as longas filas de espera

para atendimento dos doentes e por consequente, uma cama no internamento, a sobrelotação do serviço, a falha do processo de referência e contra referência dos doentes para outros serviços do sistema de saúde.

Segundo Kaeser et al. (2018) vários fatores de risco contribuem para VLT, nomeadamente, os relacionados com o doente, com fatores sociais, económicos e culturais, a intoxicação alcoólica, o abuso de substâncias, o transtorno mental e as barreiras da linguagem que levam à frustração.

Principais consequências de violência sobre os enfermeiros

Tal como foi descrito anteriormente os enfermeiros consideram como principais consequências da ocorrência de violência, a menor satisfação profissional, a saúde física, a saúde mental, o desempenho profissional e a qualidade dos cuidados. Porém, torna-se relevante referir que a amostra do nosso estudo considera existir outras consequências igualmente consideradas importantes da ocorrência de violência, descritas como "insegurança no trabalho" (Q19), "frustração profissional" (Q29), "Desmotivação" (Q23) e "consequências na vida pessoal com implicações na própria vida familiar" (Q56).

No entanto, verificamos que após a ocorrência de violência a maioria aponta para a não existência de algum tipo de lesão. Todavia quem considera haver lesão, a lesão psicológica é a mais frequente, descrita como "desgaste psicológico" (Q23), "indignação, revolta e vontade de mudar de serviço" (Q26).

Dados defendidos por Samir et al. (2012) quando afirmam que o comportamento abusivo no local de trabalho tem muitos impactos negativos, quer a nível individual como organizacional, nomeadamente com a redução do desempenho e satisfação profissional. Os autores supramencionados consideram que a VLT no sector da saúde é tão tóxica que os enfermeiros relatam cada vez mais que é uma das razões pela qual abandonam a prática.

Dados corroborados por Silva et al. (2014) quando afirmam que a VLT leva a doença, ao medo, à insatisfação e a outros sentimentos de insegurança e desmotivação que trazem repercussões para a saúde do profissional. Muitos são os sintomas de ordem física, mental e comportamental decorrentes da situação de violência vivida no trabalho, podendo os profissionais vivenciar o medo, diminuição da autoconfiança, distúrbios do sono, irritabilidade, depressão e síndrome de stress pós-traumático em maior escala quando se trata de violência psicológica.

A par do que foi mencionado anteriormente, Terry et al. (2015) consideram que a VLT é destrutiva e tem um impacto negativo na vida profissional e pessoal dos profissionais de saúde, mas, também, na qualidade dos cuidados prestados, algo que leva à deterioração da qualidade do atendimento prestado aos utentes com degeneração do ambiente de trabalho, ou seja, os efeitos de violência nos profissionais de saúde são graves e as consequências pessoais e organizacionais notáveis (Marques, 2015).

Para Correia (2016), a violência ocupacional tem consequências a nível pessoal e profissional nos enfermeiros, nomeadamente, consequências psicológicas da agressão, como *stress,* desgaste emocional, interferência no seio familiar, perturbação, insegurança, medo, ansiedade, impulsividade, impaciência e angústia.

Outro dado que merece o nosso cuidado prende-se com o fato de 7,9% dos enfermeiros ter sofrido de lesão física, descrita como: "ferida inciso contusa labial" (Q22), "soco no mento com ferida no lábio inferior" (Q32), "luxação e tendinite de um dedo" (Q44), "lesão ocular" (Q87), "estrangulamento no pescoço" (Q105). Assim como, 7,1% observou lesão física a colegas, nomeadamente, "escoriações e contaminação com sangue do doente nos olhos" (Q56), "murro no peito e puxões de cabelo a enfermeira lesada, cuspidelas na face" (Q83), "hematomas" (Q=96) (Q103).

Para Najafi et al. (2017) uma das categorias extraídas do estudo desenvolvido prende-se com a violência física com ou sem instrumento, que incluiu o uso de força física, como arremesso de objetos, uso de facas, empurrões, murros e pontapés.

Na mesma linha orientadora, Xing et al. (2015) consideram que a influência da violência física nos profissionais de saúde é uma questão preocupante, isto porque as lesões físicas no setor de saúde podem resultar em sérios danos físicos. Os autores defendem, ainda, que no que diz respeito às consequências para o perpetuador, estes não estavam sujeitos a qualquer forma de punição.

Perceção dos enfermeiros sobre violência no local de trabalho

Aquando da caracterização de violência verificamos que os enfermeiros apontaram a VLT como uma temática "muito importante". Mencionaram, igualmente, "muito importante" a formação na aquisição de ferramentas na gestão de situações de conflito. Consideraram, ainda, "muito importante" a notificação, inclusivamente apontaram a existência de medidas e/ou procedimentos de notificação de situações de violência.

No nosso estudo verificamos que perante um ato de violência sofrida as cinco principais reações do enfermeiro prenderam-se com: "defendeu-se do agressor" (33,9%), "reportou a um superior" (18,1%), "reportou a amigos/familiares/colegas" (7,1%), "procurou ajuda" (4,7%) e "ficaram sem reação" (4,7%).

No último estudo desenvolvido em Portugal financiado pela AGO e a ILO afirmam que os supervisores e os colegas surgem como o apoio mais frequente para os incidentes de violência, exceto para o assédio sexual e a discriminação. Na maioria das vezes, as vítimas de discriminação fazem de conta que nada aconteceu e recorrem mais frequentemente aos seus familiares do que aos colegas de trabalho. Também se verificou que procuram com frequência aconselhamento ou a ajuda da associação profissional. As vítimas de pressão moral ou violência verbal procuram mais os conselhos do chefe, dos colegas ou dos familiares, por esta ordem (AGO, 2002).

Um dado que se evidenciou no nosso estudo relaciona-se com o fato de 47,2% dos enfermeiros que sofreram violência não notificaram o episódio. Sendo, as cinco principais razões para não o terem feito, o "não sabia como fazê-lo" (11,0%), o considerar "parte do trabalho" (11,0%), a "falta de tempo" (7,9%), o "não considero importante" (4,8%) e o "não sabia a quem recorrer" (3,9%).

Quando o ato de violência sobre enfermeiros foi observado por outro colega verificou-se que 66,1% não notificou o episódio. As cinco principais razões para que tal não fosse efetuado relacionaram-se com o "não sabia como fazê-lo" (13,4%), a "falta de tempo" (12,6%), o considerar "parte do trabalho" (8,7%) , a "vitima notificou" (7,1%) e o "não considerei importante" (5,5%).

Alguns autores debruçaram-se sobre esta questão, sendo que resultados evidenciados pelos seus estudos apresentaram muitas semelhanças com os suprarreferidos no nosso estudo.

Para Silva et al. (2014) os profissionais aceitam atos de violência como parte do quotidiano laboral, demonstrando certo desinteresse na tomada de providências. A não ser que ocorra um episódio considerado grave, procedimentos formais de notificação são pouco conhecidos e utilizados pelos profissionais. Os autores defendem, ainda, que a falta de notificação camufla o problema e prejudica os trabalhadores atingidos, a quem, não são oferecidos programas de prevenção e apoio devido à forma banal como a situação é encarada, o que acaba indicando certa omissão em relação ao problema. Acredita-se que

uma política de não valorização do profissional aliada a uma sociedade em que não há punição para atos de violência acabe por desmotivar a denúncia e a busca por providências. A VLT é considerada pelos profissionais como uma parte inevitável do trabalho, sendo encarado como situação normal (Silva et al., 2014).

A OSHA (2015) corrobora o dito anteriormente quando afirma que em alguns casos, profissionais ou doentes entendem que a violência é tolerada como "parte do trabalho", o que pode perpetua o problema.

No estudo desenvolvido por Kaeser et al. (2018) constataram que o número de casos notificados foi muito baixo, não sendo número de casos notificados a verdadeira imagem da situação. A maioria dos estudos estima que 50% a 75% dos casos não são notificados, sendo as principais barreiras o medo de retaliação, ausência de danos físicos, medo de inconvenientes de relatar VLT, ou o efeito potencial na satisfação do cliente. Assim como, o pensamento frequente das equipas dos serviços de urgência que é uma parte inerente do trabalho.

Segundo Xing et al. (2015) muitos estudos desenvolvidos anteriormente sobre VLT mostraram que a subnotificação da violência aos superiores ou autoridades do hospital era uma preocupação. Afirmam, ainda, que as três principais razões dos inquiridos não notificarem o evento prenderam-se com: "é inútil"; "tem medo de consequências negativas" e "sentiu vergonha". No estudo desenvolvido pelos autores supramencionados apenas 9,4% dos entrevistados indicaram ter notificado um incidente de VLT para os superiores ou autoridades do hospital nos últimos 12 meses, podendo tal fato, estar relacionado com a ausência de medidas de notificação de eventos no sistema hospitalar. Portanto, é necessário que os hospitais desenvolvam sistemas de notificação para a VLT. Outra razão para essa subnotificação pode ser a perceção errônea dos profissionais de saúde sobre a notificação do evento (Xing et al., 2015).

Porém é de salientar que 27,6% dos enfermeiros que sofreu violência notificou o episódio, assim como 25,2% dos enfermeiros que observaram uma situação violência notificaram o sucedido.

Segundo a DGS (2018) foram registadas 3742 notificações de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, desde o início do sistema - NotifiQ@ - até ao final do 2º trimestre de 2018, dos quais 53% foram notificações realizadas por enfermeiros. Torna-se pertinente reforçar que a notificação é fulcral para a qualidade dos

cuidados e para a criação de ambientes seguros e saudáveis. A inexistência de notificação, corresponderá à não aplicação de medidas e estratégias preventivas.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, a que se relaciona com o tipo e o tamanho da amostra. Procedemos deste modo pela facilidade do processo de constituição da amostra e por ser pouco dispendioso. Porém, este tipo de amostra não é representativa e pode originar um enviesamento dos resultados, pois nada indica que as pessoas que responderam ao questionário sejam representativas da população alvo (Polit & Beck, 2011). Outra limitação prende-se com o reduzido número de elementos e como tal, reduzido número de respostas, o que também não permite uma generalização dos resultados à população de enfermeiros que exercem funções no SU.

Consideramos a escassez de estudos específicos nesta temática em contexto nacional, uma limitação, uma vez que dificulta a comparação de resultados aquando da discussão dos mesmos, tornando-se num percurso sinuoso e exigente para encontrar e selecionar bibliografia pertinente para melhor explicitar os dados obtidos.

Finda esta parte do relatório do estudo, onde foram apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos, assim como, enunciadas as limitações do estudo, dar-se-á lugar à apresentação das principais conclusões, propondo-se algumas sugestões e destacando-se as implicações do estudo para a prática clínica, para a formação e para a investigação.

CONCLUSÃO

A violência no local de trabalho tornou-se num risco substancial para a saúde pública e ocupacional em todo o mundo, particularmente em ambientes de cuidados de saúde como os hospitais.

O serviço de urgência, acomete sempre a um nível de complexidade assistencial, diferente de todos os outros serviços. Tal complexidade requer dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, um rigor, em gestão de tempo e produtividades acrescidos, deixando-os simultaneamente mais expostos às suas próprias vulnerabilidades. A violência contra os profissionais de saúde é inaceitável, encontrando-se consignada nas preocupações de diversos organismos de âmbito nacional e internacional.

A violência sobre os enfermeiros, torna-se para a enfermagem numa temática de extrema importância, não só por serem os enfermeiros as principais vítimas, mas também por ser um problema que requer ação tanto a nível preventivo como a nível interventivo. Como ciência e como profissão a Enfermagem tem o compromisso de desenvolver conhecimento que vise melhorar as condições de trabalho e os cuidados prestados aos doentes. A investigação sobre esta temática é escassa em Portugal, no entanto, nos últimos anos tem sido uma preocupação crescente por parte da Direção-Geral da Saúde.

Ao momento e depois de tudo o que foi exposto, torna-se pertinente refletir e avaliar o percurso investigativo desenvolvido, enfatizando as conclusões mais relevantes e enaltecendo as implicações para o ambiente seguro, para a qualidade dos cuidados, para a investigação e para a formação. Um percurso complexo, reflexivo, questionador e extremamente rico em aprendizagens, fomentador de desenvolvimento tanto a nível pessoal como profissional.

A investigação demonstra que:

- Os enfermeiros consideram a violência no local de trabalho uma problemática muito importante, assim como a prevenção e a notificação da mesma;

- Mais da maioria dos enfermeiros sofreu algum tipo de violência, apontando como situação "recorrente" e que ocorreu "mais que 4 episódios" nos últimos 6 meses;
- A violência psicológica é o tipo mais frequente de violência vivida nos SU, sendo a agressão verbal o tipo de violência psicológica mais referida pelos enfermeiros;
- O doente e o familiar/acompanhante são os perpetradores mais frequentes;
- O turno da tarde foi o período do dia apontado pelos enfermeiros para a ocorrência de mais episódios de violência;
- Os locais onde ocorre mais episódios de violência são: a sala de tratamentos, a triagem, a sala de observação médica, a sala de emergência e os "balcões";
- A maioria dos enfermeiros consideram situações de violência como algo evitável;
- A lesão psicológica após a ocorrência de violência é a mais frequente. No entanto, ainda, existem situações de lesão física nos serviços de urgência.

Podemos concluir, ainda, que existem fatores de risco potenciadores da ocorrência de violência, nomeadamente o ambiente seguro, a demora no atendimento, a espera dos resultados complementares de diagnóstico, a sobrelotação a nível de espaço, a sobrelotação a nível de doentes, o abuso de substâncias, o nível de educação do doente, os emocionais (ansiedade, raiva, medo), as dotações inadequadas e a sobrecarga horária dos profissionais. Assim como, a falta de informação/comunicação ao doente/acompanhante; a falta de segurança; os problemas socioeconómicos; a vida profissional; a doença do doente e o grande número de visitas foram apontados como fatores de risco.

As consequências apontadas pelos enfermeiros da ocorrência de violência relacionam-se com menor satisfação profissional, a saúde física, a saúde mental, o desempenho profissional, a qualidade dos cuidados. A vida profissional, emocional e pessoal/familiar dos enfermeiros são algumas das consequências que advém da violência nos serviços de urgência. Podemos concluir, desta forma, que os episódios de violência nos serviços de urgência ameaçam a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes aos doentes. Para que sejam prestados cuidados de enfermagem de qualidade, os enfermeiros têm de ter um ambiente de trabalho seguro e de ter um tratamento respeitoso.

Um dado alarmante que podemos concluir é que mais de metade dos enfermeiros não notificou o episódio de violência, sendo as principais razões para não o ter feito o "não sabia como fazê-lo", o considerar "parte do trabalho", a "falta de tempo", o "não considero importante" e o "não sabia a quem recorrer". Contudo, o fato de a amostra não

ser representativa, não podemos como tal, generalizar os resultados. A subnotificação dos eventos violentos no ambiente de trabalho apresenta-se como a primeira barreira que impede a prevenção da violência laboral. Contudo, acreditamos que estudos relacionados com o tema possam contribuir para sinalizar a importância e o impacto que a violência tem na saúde e no trabalho do enfermeiro, estimulando a implementação de ações preventivas.

Consideramos ser pertinente a realização de estudos semelhantes com diferentes critérios de seleção ou diferentes metodologias com o intuito de conhecer a extensão real do problema, tanto no setor público como no privado e a nível nacional.

Sugere-se a existência de um momento formal de divulgação dos resultados junto da equipa de enfermagem, pretendendo-se que este estudo se constitua como um alicerce não só na implementação de estratégias de gestão de situações de violência, mas também no que diz respeito à formação relativa a notificação de eventos adversos.

Sugere-se, também, a elaboração de um protocolo de atuação perante situações de violência, enquanto guia orientador da intervenção do enfermeiro, não sendo o intuito a formulação de algo rígido, mas sim de uma estrutura base ou guia, adaptada posteriormente à individualidade de cada pessoa, isto porque a educação sobre prevenção da violência é um passo necessário para reduzir o problema.

Por fim, importa salientar que este trabalho poderá contribuir para o desenvolvimento de novas metodologias, dinâmicas e políticas organizacionais, ao nível da instituição para a promoção da saúde dos profissionais de saúde e para as modificações necessárias no ambiente e nas relações interpessoais de forma a minimizar os episódios violentos no serviço de urgência. Servindo de base a um melhor e mais efetivo ambiente seguro e, por consequente, uma qualidade dos cuidados prestados e segurança do utente e dos profissionais envolvidos no processo de cuidar e, consequentemente, mais ganhos em saúde.

Em suma, a violência sobre os enfermeiros caracteriza-se por ser uma temática muito importante, recorrente, frequente e evitável com consequências quer nos cuidados quer na saúde e desempenho do enfermeiro, uma problemática que requer prevenção, formação e notificação.

BIBLIOGRAFIA

Acosta, A. M., Duro, C. L. M. & Lima, M. A. D. S. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: Revisão Integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(4), 181-190;

Al-Ali, N. M., Faouri, I. A. & Al-Niarat, T. F. (2015). The impact of training programo n nurses' attitudes toward worlplace violence in Jordan. *Applied Nursing Research*, 30, 83-89. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.001;

Albashtawy, M. (2013). Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *International Nursing Review*, 60, 550-555;

American Nurses Association. (2015). *Incivility, Bullying, and Workplace Violence* [em linha]. American Nurses Association (ANA) Web site. Acedido março 01, 2016, em http://nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/Incivility-Bullying-and-Workplace-Violence.html;

Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia D'Orta (2002). Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde Estudos de Caso Portugueses: Relatório Final. Lisboa, Portugal: AGO

Atan, S. U., Arabaci, L. B., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Guler, M. U., Oflaz, U., Ozdemir, G. Y. & Tasbasi, F. Y. (2013). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 882-889;

Barbosa, R., Labronici, L. M., Sarquis, L. M. M. & Mantovani, M. F. (2011). Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*, 45(1), 26-32;

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. (Edição revista e atualizada). Lisboa, Portugal: Edições 70;

Cavalcante, R. B., Calixto, P. & Pinheiro, M. M. K. (2014). Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc. Est. João Pessoa*, 24 (1), 13-18. Recuperado de

http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf;

Centers for Disease Control and Prevention. (2018a). Occupational Violence [em linha]. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) Web Site. Acedido outubro 14, 2018 em https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html;

Centers for Disease Control and Prevention. (2018b). Occupational Violence: Fast Facts [em linha]. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) Web Site. Acedido outubro 14, 2018 em https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/fastfacts.html

Chappell, D. & Di Martino V. (2006). *Violence at work*. (3ª ed). Genebra, Suiça: International Labour Organization;

Cheung, T., Lee, P. H. & Yip, P. S. F. (2017). Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 1-15; doi: 10.3390/ijerph14080879;

Circular informativa nº 15/DSPCS de 7 de abril (2006). *Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;

Coelho, D. A. L., Rebelo, M. A. D & Martins, J. C. A. (2012). Violência sobre os enfermeiros no serviço de urgência. *Sinais Vitais*, 105, 39-45;

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. (2017). *Violência no trabalho: Guia de Prevenção para os Profissionais de Enfermagem*. São Paulo, Brasil: Coren;

Correia, J. A. C. (2016). *Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal;

Costa, A. L. R. C. & Marziale, M. H. P. (2006). Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 59(3), 337-343;

Despacho nº 17 736/2006 de 31 de agosto. *Diário da República nº 168* – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa;

Despacho nº 18 459/2006 de 12 de setembro. *Diário da República nº 176* – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa;

Despacho n.º 727/2007 de 15 de janeiro. Diário da República nº 10 – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa;

Despacho nº 5 414/2008 de 28 de fevereiro. *Diário da República nº 42* – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa;

Despacho n.º 13 377/2011 de 6 de outubro. *Diário da República nº 192* – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa;

Despacho n.º 10 319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República nº 153* – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa;

Despacho n.º 13 427/2015 de 20 novembro. *Diário da República nº 228* – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa;

Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de março. *Diário da República nº 55* – I Série-B. Ministério da Saúde. Lisboa;

Di Martino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Genebra, Suiça: ILO/ICN/WHO/PSI Workplace violence in the health sector;

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência.* Lisboa: DGS;

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Observatório Nacional da Violência contra os profissionais de saúde - Relatório.* Lisboa: DGS;

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Violência contra Profissionais de Saúde: Notificação on-line 2014*. Lisboa: DGS;

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Relatório de Progresso de Monitorização: Sistema Nacional de Notificação de incidentes – 4º Trimestre de 2015*. Lisboa: NotifiQ@;

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Relatório de Progresso de Monitorização: Sistema Nacional de Notificação de incidentes – 4º Trimestre de 2016*. Lisboa: NotifiQ@;

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Relatório de Progresso de Monitorização: Sistema Nacional de Notificação de incidentes – 4º Trimestre de 2017*. Lisboa: NotifiQ@;

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Relatório de Progresso de Monitorização: Sistema Nacional de Notificação de incidentes – 2º Trimestre de 2018*. Lisboa: NotifiQ@;

Evans G. (2017). OSHA Seeks Comment on Violence Prevention Regulation. *Hospital Employee Health Journal*, 36 (2), 13-16.

Occupational Safety and Health Administration. (2015). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. Washington, EUA: OSHA;

Fortin, M. F. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização.* (3ª edição). Loures, Portugal: Lusociência;

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta;

Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence.* (8ª ed.). Elsevier.

Grayson, J. (2010). Know the 4 Types of Workplace Violence. *Campus Safety*. Acedido março 01, 2016, em http://www.campussafetymagazine.com/article/know-the-4-types-of-workplace-violence;

Hamblin L. E., Essenmacher L., Ager, J., Upfal, M., Luborsky, M., Russel, J. & Arnetz, J. (2016). Worker-to-Worker Violence in Hospitals: Perpetrator Characteristics and Common Dyads. Workplace Health Saf., 64(2), 51-56 doi:10.1177/2165079915608856;

Hill, M. G., & Hill, A. (2015). *Investigação por Questionário*. (2ª edição). Lisboa: Edições Silabo;

International Council of Nurses. (2006). *Tomada de Posição: Abuso e violência contra o pessoal de enfermagem.* Genebra: ICN;

International Council of Nurses. (2007a). *Práticas favoráveis à prática: Condições no trabalho=Cuidados de qualidade*. Genebra: ICN;

International Council of Nurses. (2007b). *Directrices para hacer frente a la violência en el lugar de trabajo*. Genebra: ICN;

International Council of Nurses. (2007c). *Guidelines on coping with violence in the workplace.*Genebra: ICN;

International Council of Nurses. (2011). *Position Statement: industrial action.* Genebra: ICN;

International Council of Nurses. (2014). *Uma força para mudar – Um Recurso Vital para a Saúde: Dia Internacional do Enfermeiro 2014*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

International Council of Nurses. (2017*). Position Statemente: Prevention and management of workplace violence*. Genebra: ICN;

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International. (2002). *Directrices marco para afrontar la violência laboral en el sector de la salud*. Genebra: ILO/ICN/WHO/PSI;

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International. (2005). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: The Training manual*. Genebra: ILO/ICN/WHO/PSI;

Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estatísticas da Saúde 2016*. Lisboa: INE;

Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., Wu, Q. & Hao, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 5, 1- 9 doi: 10.1136/bmjopen-2014-006719;

Kaeser, D., Guerra, R., Keidar, O., Lanz, U., Moses, M., Kobel, C., Exadaktylos, A., K., Ricklin, M. E. (2018). Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1-7 doi:10.3390/ijerph15071423;

Lei n.º 56/79 de 15 de setembro. Diário da República nº 2017 - https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/).

Lei n.º 82-B/2014 de 31 de dezembro. *Diário da República nº 252/2014* – I Série. 1º Suplemento de 31/12, 6546 (74) - 6546 (310);

Longo, J., Cassidy, L. & Sherman, R, (2016). Charge Nurse' Experience with Horizontal violence: Implications for leadership development. The Journal of Continuing Education in Nursing, 47 (11), 493-499 doi: 10.3928/00220124-20161017-07;

Marconi, M. A., & Lakatos, E. V. (2010). *Fundamentos de Metodologia Científica*. (7ª edição). São Paulo: Editora Atlas, S.A.;

Marques A. (2011). *A Rede Nacional de Urgência e Emergência: Reflexões no contexto da Reforma Hospitalar em 2011*. Lisboa: Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar;

Marques, D. R. G. (2015). *Violência no Trabalho em Contexto Hospitalar: Um estudo com profissionais de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Portugal;

Martins, J.T., Bobroff, M. C. C., Andrade, A. N. & Menezes, G. O. (2014). Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. *Rev Enferm UERJ*, 22 (3), 334-340;

Najafi, F., Fallahi-Khoshknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A. & Rahgozar, M. (2017). Human dignity and professional reputation under threat: Iranian Nurses' experiences of workplace violence. Nursing and Health Sciences, 19, 44-50 doi: 10.1111/nhs.12297;

Needham, I., McKenna, K., Kingma, M. & Oud, N. (2012). *Third International Conference on Violence in the Health Sector: Linking local initiatives with global learning*. Amesterdão: Kavanah;

Norma nº 015/2014 de 25 de setembro (2014). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – Notifica*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Ordem dos Enfermeiros Secção Regional Sul (2018). *Relatório de Atividades e Contas 2017*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Occupational Safety and Health Administration (2015). Preventing Workplace Violence:

A Road Map for Healthcare Facilities. Washington, D. C.: OSHA;

Palacios, M., Lacerda, L. S., Ribeiro, S. S., Chamarelli, P. G., Lopes, J. P., Barcelos, C. R. V & Xavier, A. C. H. (2008). Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Rev. bras. Saúde ocup*., 33 (117), 15-22;

Palagi, S., Noguez, P. T., Amestoy, S. C. & Porto, A. R. (2015). Violência no Trabalho: Visão de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9 (11), 9706-9712. doi: 10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201509;

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a prática da Enfermagem. (7ª edição). Porto Alegre, Brasil: ARTMED EDITORA S.A.

Portugal. Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional*. Lisboa: Assembleia da República. Acedido fevereiro 02, 2016 em https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf;

Plano Nacional de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Enquadramento do Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Plano Nacional de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Iniciativas Desenvolvidas pelas Instituições do Ministério da Saúde e sua Relação com o Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Plano Nacional de Saúde. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Plano Nacional de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Powley, D. (2013). Reducing violence and aggression in the emergency department. *Art & science*, 21, 26-29;

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B. (2013). Violence towards nurses in the Triage Area. *Scenario*, 30 (4), 4-10;

Ribeiro, A. P., Barroso, C., Faro, I. & Abrantes, R. (2014). Violência nos enfermeiros do serviço de urgência: Revisão sistemática da literatura. *Nursing Magazine Digital*. Acedido janeiro 01, 2016 em http://www.nursing.pt/violencia-nos-enfermeiros-do-servico-de-urgencia-revisao-sistematica-da-literatura/;

Samir, N., Mohamed, R., Moustafa, E. & Saif, H. A. (2012). Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. EMHJ, 18 (3), 198-204;

Samur, M. & Intepeler, S. S. (2017). Factors influencing nurses' perceptions of occupational safety. Taylor & Francis Group, 72 (1), 45-52. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1080/19338244.2016.1156045;

Serviço Nacional de Saúde. (2018). História do SNS [em linha]. Serviço Nacional de Saúde (SNS) Web site. Acedido junho 30, 2018 em https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/;

Silva, I. V., Aquino, E. I. & Pinto, I. C. M. (2014). Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 30 (10), 2112-2122. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00146713;

Silva, A. G., Silva, T. L., Wall, M. L., Lacerda, M. R. & Maftum, M. A. (2015). Unidade de terapia intensiva: Violência no cotidiano da prática da enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 14(1), 885-892, doi: 10.4025/cienccuidsaude.v14i1.21914;

Sun, P., Zhang, X., Sun, Y., Ma, H., Jiao, M., Xing, K., Kang, Z., Ning, N., Fu, Y., Wu, Q. & Yin, M. (2017). Workplace Violence against Health Care Workers in North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 1-10;

Tee, S., Özçetin, Y. S. Ü. & Russel-Westhead, M. (2016). Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey. Nurse Education Today, 41, 30-35. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.014;

Terry, D., Lê. Q., Nguyen, U. & Hoang, H. (2015). Workplace health and safety issues among community nurses: a study regarding the impacto on providing care to rural consumers. BMJ Open, 5, 1-9 doi: 10.1136/bmjopen-2015-008306;

Vasconcellos, I. R. R., Abreu, A. M. M. & Maia, E. L. (2012). Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(2), 167-175;

Vasconcellos, I. R. R., Griep, R. H., Lisboa, M. T. L. & Rotenberg, L. (2012). Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 25(2), 40-47;

Xing, K., Jiao, M., Ma, H., Qiao H., Hao, Y., Li, Y., Gao, L., Sun, H., Kang, Z., Liang, L. & Wu, Q. (2015). Physical Violence against General Practitioners and Nurses in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *PLOS ONE*, 16, 1-14 doi: 10.1371/journal.pone.0142954;

Wang, S., Hayes L. & O'Brien-Pallas, L. (2008). *Review and Evaluation of Workplace Violence Prevention Programs in the Heatlh Sector: Final Report*. Toronto: Nursing Health Services Research Unit;

Wilson, C. (2017). Senate Version of "Elise´s Law" Unanimously Reported out of Public Safety/Homeland Security Committee. *Massachusetts Nurse Advocate*, 87 (2), 8.

Recuperado de https://www.massnurses.org/files/file/News/newsletter/2017/MassNurseJuly2017.pdf

World Health Organization. (2015). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014*. WHO: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo;

World Health Organization. (2018). Violence and Injury Prevention: Violence prevention [em linha]. World Health Organization (WHO) Web site. Acedido outubro 14, 2018 em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/;

World Health Organization. (2018). Violence and Injury Prevention: Violence against health workers [em linha]. World Health Organization (WHO) Web site. Acedido outubro 14, 2018 em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/;

World Heatlh Organization Europe. (2018). Violence [em linha]. World Heatlh Organization Regional Office for Europe (WHOE) Web site. Acedido outubro 11, 2018 em http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/areas-of-work/violence

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

Questionário sobre violência no serviço de urgência na percepção dos enfermeiros

Caros colegas:
O meu nome é Fabiana Costa e frequento o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra sob orientação da Prof.ª Verónica Coutinho.
No âmbito do curso estou a realizar um estudo de investigação como o tema "Violência sobre os enfermeiros na urgência: que realidade?".

A violência no local de trabalho contra profissionais de saúde tem-se revelado num problema generalizado e muito frequente não só em Portugal, mas em todo o mundo. A violência contra enfermeiros acarreta importantes consequências a nível individual, institucional e social, assumindo-se como uma ameaça ao sector da saúde, afetando gravemente a saúde física e mental dos enfermeiros, assim como, a qualidade dos cuidados prestados.

A constatação de presença de violência no serviço de urgência, suscitou interesse em aprofundar conhecimento sobre esta problemática.
Com este estudo pretende-se como objetivo geral:
- Caracterizar a violência sobre os enfermeiros no serviço de urgência.
Como objetivos específicos:
- Determinar os vários tipos de violência sofrida pelos enfermeiros;
- Identificar os principais intervenientes na violência sobre os enfermeiros;
- Identificar os principais fatores potenciadores de violência sobre os enfermeiros;
- Conhecer as principais consequências de violência sobre os enfermeiros;
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre violência no local de trabalho.

Considero estes aspetos fundamentais para melhorar os cuidados de enfermagem, assim como, as condições de trabalho.

Desta forma, venho pedir a sua colaboração para participar neste estudo através do preenchimento voluntário e anónimo do questionário. De acordo, com os princípios éticos e deontológicos que regem a persecução deste tipo de trabalhos, será mantido o anonimato e os dados por si fornecidos são confidenciais, destinando-se a ser tratados em conjunto com as respostas de outros colegas. Estes dados serão utilizados apenas para fins de investigação científica.

Obrigado pela sua colaboração!
Fabiana Costa

*Obrigatório

1. **Pedido de consentimento informado** *
Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Aceito participar

Parte I - Dados sociodemográficos

2. **Idade: (anos)** *

3. **Sexo:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

4. **Habilitações Académicas:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Bacharelato em Enfermagem
- ◯ Licenciatura em Enfermagem
- ◯ Pós-Graduação
- ◯ Pós-Licenciatura de Especialização
- ◯ Mestrado
- ◯ Doutoramento
- ◯ Outra:

5. **Instituição onde trabalha:** *

6. **Tempo de serviço total: (anos)** *

7. **Tempo que exerce funções no SU: (anos)** *

8. **Nível de SU onde trabalha:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Serviço de Urgência Básico
- ◯ Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- ◯ Serviço de Urgência Polivalente

Parte II - Caracterização de violência

9. **Horário:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Fixo *Passe para a pergunta 10.*
- ◯ Roulement *Passe para a pergunta 11.*

Parte II - Caracterização de violência

10. **Se horário fixo, qual é o turno:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Manhã
- ◯ Tarde
- ◯ Noite

Parte II - Caracterização de violência

11. **Turnos:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ 8 horas
- ◯ 12 horas

12. **Número de enfermeiros por turno?** *

13. **A importância que atribui à violência no local de trabalho:** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Sem importância	◯	◯	◯	◯	◯	Muito importante

14. **Para a ocorrência de violência sobre os enfermeiros considera como factor de risco: (Por Favor responda aos itens abaixo consoante discordo muito a concordo muito)** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo muito	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo muito
Ambiente seguro	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Demora no atendimento	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Longa duração do tratamento	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Espera dos resultados complementares de diagnóstico	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Sobrelotação a nível de espaço	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Sobrelotação a nível de doentes	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Abuso de substâncias	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Nivel de educação do doente	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Problemas de comunicação	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Emocionais (ansiedade, raiva, medo)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Inexperiência do enfermeiro	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Dotações inadequadas	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Sobrecarga horária dos profissionais	◯	◯	◯	◯	◯	◯

15. **Considera outro fator de risco para a ocorrência de violência sobre os enfermeiros: (se responder "sim", diga qual (is)?)** *

16. **Participou em alguma formação de como gerir um episódio de violência sobre os enfermeiros:** *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, durante a licenciatura
- ◯ Sim, neste hospital
- ◯ Sim, noutro hospital
- ◯ Sim, noutro lugar
- ◯ Nunca participei

17. **A importância que atribui a esta formação** *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Sem importância	◯	◯	◯	◯	◯	Muito Importante

18. **As consequências/implicações da ocorrência de violência sobre os enfermeiros no SU: (Por Favor responda aos itens abaixo consoante discordo muito a concordo muito)** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo muito	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo muito
Absentismo por doença	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Quebra na produtividade	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Menor satisfação pessoal	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Mudança de serviço	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Saúde física	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Saúde mental	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Desempenho profissional	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Qualidade dos cuidados	◯	◯	◯	◯	◯	◯

19. **Considera outra consequência/implicação da ocorrência de violência sobre os enfermeiros: (Se responder sim, diga qual (is)?)** *

_____

20. **Existem medidas/procedimentos de notificação de violência sobre os enfermeiros no hospital:** *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não Sabe

21. **A importância que atribui à notificação de violência sobre os enfermeiros:** *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Sem importância	◯	◯	◯	◯	◯	Muito importante

Parte III - Caracterização de violência no SU

VIOLÊNCIA FÍSICA - uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico, englobando bater, pontapear, esbofetear, esfaquear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos, entre outros. Inclui o ataque:

ATAQUE – um comportamento intencional que prejudica fisicamente outra pessoa, nomeadamente, o ataque sexual.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA - uso intencional de poder, incluindo ameaça de uso de força física e/ou institucional contra outra pessoa ou grupo que pode resultar em dano físico, mental, espiritual, moral ou social (imediato, a curto ou a longo prazo). Na violência psicológica incluem-se violência verbal/ insultos, pressão moral, assédio, ameaças, difamação, abuso, pressão moral, discriminação, assédio sexual e a ameaça/agressão verbal:

AMEAÇA/AGRESSÃO VERBAL – promessa de uso de força física ou poder (força psicológica) que resulta em medo de dano físico, sexual, psicológico ou outras consequências negativas para a pessoa ou grupo de profissionais.

ABUSO – comportamento que humilha, degrada ou indica falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa;

PRESSÃO MORAL – comportamento ofensivo, repetido e prolongado no tempo, com tentativas vingativas, cruéis ou maliciosas de humilhar ou enfraquecer uma pessoa ou grupo de profissionais;

DISCRIMINAÇÃO – qualquer tipo de conduta baseada na idade, incapacidade física, seropositividade, circunstâncias domésticas, sexo, orientação sexual, mudança de sexo, raça, cor, linguagem, religião, política, sindicalismo ou outra opinião ou crença, nacionalidade, origem social, associação com uma minoria, propriedade, nascimento ou outro status que não é reciproca nem desejada e que afeta a dignidade do profissional no local de trabalho;

ASSÉDIO SEXUAL – qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não reciproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida e que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada.

(AGO,2002)

22. **Nos últimos 6 meses, sofreu algum tipo de violência no decorrer da sua atividade no SU:** *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim *Passe para a pergunta 23.*
- ◯ Não *Passe para a pergunta 37.*

Parte III - Caracterização de violência no SU

23. **Quantas vezes nos últimos 6 meses:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ 1 - 2 episódios
- ◯ 2 - 4 episódios
- ◯ mais de 4 episódios

24. **É recorrente:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

25. **De agora em diante, tente recordar-se da última e/ou da mais marcante situação em que sofreu violência no SU e responda às seguintes perguntas, sendo esta:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Última situação em que sofreu violência
- ◯ Situação mais marcante em que sofreu violência
- ◯ Ambas

26. **Que tipo de violência sofreu:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Violência Física *Passe para a pergunta 28.*
- ◯ Violência Psicológica *Passe para a pergunta 27.*

Parte III - Caracterização de violência no SU

27. **Se respondeu Violência Psicológica, indique o tipo:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Agressão verbal
- ◯ Pressão moral
- ◯ Intimidação
- ◯ Discriminação
- ◯ Assédio sexual
- ◯ Outra: _____

Parte III - Caracterização de violência no SU

28. **Por quem sofreu violência:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Doente
- ◯ Familiar/Acompanhante
- ◯ Enfermeiro
- ◯ Outro profissional
- ◯ Chefia/Supervisor
- ◯ Outra: _____

29. **Em que turno ocorreu:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Manhã de 8 horas
- ◯ Manhã de 12 horas
- ◯ Tarde
- ◯ Noite de 8/9 horas
- ◯ Noite de 12 horas

30. **Onde ocorreu:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Triagem
- ◯ Sala de tratamentos
- ◯ Sala de observação médica
- ◯ Sala de emergência
- ◯ Outra: _____

31. **Como reagiu: (assinale a opção mais pertinente)** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ sem reacção
- ◯ defendeu-se
- ◯ fingiu que nada aconteceu
- ◯ procurou ajuda
- ◯ reportou a um superior
- ◯ reportou a amigos/familiares/colegas
- ◯ pediu transferência
- ◯ iniciou processo judicial
- ◯ Outra: _____

32. **Era evitável:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não consigo categorizar

33. **Houve lesão: (se responder "sim", diga o tipo de lesão:)** *

_____

34. **Notificou:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim *Passe para a pergunta 36.*
- ◯ Não *Passe para a pergunta 35.*

Parte III - Caracterização de violência no SU

35. **Se respondeu "não", porque não o fez:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ não considerei importante *Passe para a pergunta 37.*
- ◯ considerei "parte do trabalho" *Passe para a pergunta 37.*
- ◯ medo de represálias *Passe para a pergunta 37.*
- ◯ falta de tempo *Passe para a pergunta 37.*
- ◯ não sabia a quem recorrer *Passe para a pergunta 37.*
- ◯ não sabia como *Passe para a pergunta 37.*
- ◯ Outra: _____ *Passe para a pergunta 37.*

Parte III - Caracterização de violência no SU

36. **Se respondeu "sim", como o fez:** *

_____

Parte III - Caracterização de violência no SU

37. **Nos últimos 6 meses presenciou algum tipo de violência sobre enfermeiros no decorrer da sua atividade no SU** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Parte III - Caracterização de violência no SU

38. **Quantas vezes nos últimos 6 meses:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ 1 - 2 episódios
- ◯ 2 - 4 episódios
- ◯ mais de 4 episódios

39. **É recorrente:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

40. **De agora em diante, tente recordar-se da última e/ou da mais marcante situação em que presenciou violência no SU e responda às seguintes perguntas, sendo esta:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Última situação em que presenciou violência
- ◯ Situação mais marcante em que presenciou violência
- ◯ Ambas

41. **Que tipo de violência presenciou:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Violência Física *Passe para a pergunta 43.*
- ◯ Violência Psicológica *Passe para a pergunta 42.*

Parte III - Caracterização de violência no SU

42. **Se respondeu violência psicológica, indique o tipo:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Agressão verbal
- ◯ Pressão moral
- ◯ Intimidação
- ◯ Discriminação
- ◯ Assédio sexual
- ◯ Outra: _____

Parte III - Caracterização de violência no SU

43. **Por quem:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Doente
- ◯ Familiar/acompanhante
- ◯ Enfermeiro
- ◯ Outro profissional
- ◯ Chefia/Supervisor
- ◯ Outra: _____

44. **Em que turno ocorreu:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Manhã de 8 horas
- ◯ Manhã de 12 horas
- ◯ Tarde
- ◯ Noite 8/9 horas
- ◯ Noite de 12 horas

45. **Onde ocorreu:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Triagem
- ◯ Sala de tratamentos
- ◯ Sala de observação médica
- ◯ Sala de emergência
- ◯ Outra: _____

46. **Era evitável:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não consigo categorizar

47. **Houve lesão: (se respondeu "sim" diga de que tipo)** *

_____

48. **Notificou:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim *Passe para a pergunta 50.*
- ◯ Não *Passe para a pergunta 49.*

Parte III - Caracterização de violência no SU

49. **Se respondeu "não" porque não o fez:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ não considerei importante
- ◯ considerei "parte do trabalho"
- ◯ medo de represálias
- ◯ falta de tempo
- ◯ não sabia a quem recorrer
- ◯ não sabia como
- ◯ Outra: _____

Parte III - Caracterização de violência no SU

50. **Se respondeu "sim", como o fez:** *

_____

Garanto que toda a informação será tratada sob rigorosa confidencialidade.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Fabiana Costa

ANEXO II – Pedido de colaboração

Gmail

Fabiana Costa <violencianaurgencia2017@gmail.com>

Questionário sobre Violência no serviço de urgência na percepção dos enfermeiros

3 mensagens

Fabiana Costa <violencianaurgencia2017@gmail.com> 28 de agosto de 2017 às 18:36
Para:
Cc:

Caro (a) Colega:

O meu nome é Fabiana Costa. Frequento o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra com orientação da Profª Drª Verónica Coutinho.

A minha área de investigação incide na violência sobre os enfermeiros na urgência, e neste contexto, pretendo realizar um estudo de investigação com o objetivo geral:

-Caracterizar a violência sobre os enfermeiros no serviço de urgência.

Com os objetivos específicos:

- Determinar os vários tipos de violência sofrida pelos enfermeiros;

- Identificar os principais intervenientes na violência sobre os enfermeiros;

- Identificar os principais fatores potenciadores de violência sobre os enfermeiros;

- Conhecer as principais consequências de violência sobre os enfermeiros;

- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre violência no local de trabalho.

Desta forma, peço-lhe que responda a este questionário que não lhe ocupará mais de 10 minutos.

Esta participação é de carácter voluntário, e não terá custos ou inconvenientes para além do tempo que vai dedicar ao mesmo.

Acreditamos que a participação nesta investigação se traduzirá em mais-valias no seu futuro como enfermeiro, pois com esta, pretendemos oferecer contributos aos hospitais selecionados com medidas que previnam a violência nos serviços de urgência melhorando, assim, as condições de trabalho e os cuidados prestados.

De acordo com os princípios éticos e deontológicos que regem a prossecução deste tipo de trabalhos, será mantido o anonimato e os dados por si fornecidos são confidenciais.

Envio o link questionário **Violência no serviço de urgência na percepção dos enfermeiros** que está inserido no *google forms:*

https://goo.gl/forms/xheKpTeif7JSSzow1

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Fabiana Costa

violencianaurgencia2017@gmail.com

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 383_01-2017

Título do Projecto: Violência sobre os enfermeiros na urgência: Que realidade?

Identificação do Proponente
Nome(s): Fabiana Costa
Filiação Institucional: ESEnfC; Hospital Distrital de Santarém
Investigador Responsável/Orientador: Verónica Coutinho

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A proponente propõe-se desenvolver, no âmbito de dissertação de mestrado, estudo com o objectivo geral de "... *caracterizar a violência sobre os enfermeiros no serviço de urgência.*" Os objectivos específicos são "... *determinar os vários tipos de violência sofrida pelos enfermeiros; identificar os principais intervenientes de violência sobre os enfermeiros e os factores potenciadores de violência sobre os mesmos; conhecer as principais consequências de violência sobre os enfermeiros e a percepção dos mesmos sobre a violência no local de trabalho.*"
O estudo é definido como "... *descritivo-exploratório.*" A população é constituída pelos "... *enfermeiros que exercem funções há mais de 6 meses nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país...*". A amostra será obtida em "Bola de neve" "... *iniciando-se o processo com os investigadores a enviar e-mail convite para a sua rede de contactos, solicitando a estes que encaminhem para outros colegas. Será, ainda, divulgado o estudo através das redes sociais*".
Com base nos documentos apresentados:
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- Os participantes recebem a informação e o termo de consentimento informado via correio electrónico;
- No processo de recolha de dados haverá recurso a plataforma digital "*Google Drive*";
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É apresentado documento para obtenção do consentimento;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Os instrumentos de recolha de dados são apresentados;
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 15/02/2017 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho