



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Violência no trabalho: Os Profissionais das Unidades de Cuidados de Saúde Primários

Bárbara Alves Xabregas

Mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Professora Doutora Fátima Suleman,

Professora Catedrática do Departamento de Economia Política,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024



CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Economia Política

Violência no trabalho: Os Profissionais das Unidades de Cuidados de Saúde Primários

Bárbara Alves Xabregas

Mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Professora Doutora Fátima Suleman,

Professora Catedrática do Departamento de Economia Política,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

Agradecimento

Primeiramente, agradeço à minha mãe, pelo seu amor incondicional, paciência e apoio em todos os momentos. A sua força e encorajamento foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu namorado Telmo, por estar sempre ao meu lado, a apoiar-me e a acreditar em mim, mesmo nos momentos mais desafiadores. A sua presença foi um alicerce inestimável durante todo este processo.

À minha colega Patrícia, pelo companheirismo e pela amizade ao longo de todo o processo. As suas palavras de incentivo e a disposição em compartilhar conhecimentos tornaram esta caminhada muito mais leve e produtiva.

À Professora Fátima Suleman, minha orientadora de tese, pelo seu inestimável apoio e orientação. A sua experiência, dedicação e sabedoria foram cruciais para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço por cada ensinamento e pela confiança depositada em mim.

A todos vocês, o meu sincero agradecimento.

Resumo

A problemática da violência no trabalho com enfoque nos profissionais das Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP), no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal é um tema sensível e cada vez mais notado. A violência no setor da saúde é um desafio crescente, afetando diretamente os profissionais que trabalham em contacto com os utentes.

Embora exista alguma literatura sobre a violência dos profissionais de saúde administrada pelos próprios utentes das unidades, a investigação é bastante escassa e, o existente foca-se maioritariamente nos médicos, descorando outras categorias profissionais como, enfermeiros e assistentes técnicos. Este estudo procura preencher parte da lacuna, identificando os tipos de violência enfrentados, todos os profissionais de diferentes categorias envolvidos, e sugerir medidas preventivas e formativas que possam mitigar o problema. Utilizando dados da plataforma “Notific@”, destinada ao reporte de incidentes e acidentes no sistema de saúde, o estudo visa mapear, não só, os tipos de violência, mas também a relação entre a faixa etária e o sexo no que concerne ao número de queixas realizados e as implicações e medidas realizadas após esses episódios. Os respetivos resultados mostram que, após um episódio, pouco é o apoio psicológico facultado aos profissionais de saúde. A pesquisa encontra-se organizada em quatro capítulos que cobrem a revisão da literatura, a metodologia utilizada, a análise dos resultados e, finalmente, as conclusões e recomendações, oferecendo uma visão abrangente e detalhada sobre o tema.

Palavras-chave: Violência no trabalho, profissionais de saúde, prevenção, segurança e saúde no trabalho.

JEL codes: I10 - Geral (Saúde), J28 - Segurança; Satisfação no trabalho; Políticas públicas relacionadas, J81 – Condições de Trabalho.

Abstract

The problem of violence at work, with a focus on professionals in Primary Health Care Units (PHCUs) in the context of the National Health Service (NHS) in Portugal, is a sensitive issue that is increasingly being noticed. Violence in the health sector is a growing challenge, directly affecting professionals who work in contact with users.

Although there is some literature on violence by health professionals administered by the users of the units themselves, research is quite scarce and what exists focuses mainly on doctors, neglecting other professional categories such as nurses and technical assistants. This study seeks to fill part of the gap by identifying the types of violence faced, all the professionals from different categories involved, and suggesting preventative and training measures that can mitigate the problem. Using data from the “Notific@” platform for reporting incidents and accidents in the health system, the study aims to map not only the types of violence, but also the relationship between age group and gender in terms of the number of complaints made and the implications and measures taken following these episodes. The results show that little psychological support is provided to health professionals after an episode. The research is organized into four chapters covering the literature review, the methodology used, the analysis of the results and, finally, the conclusions and recommendations, offering a comprehensive and detailed view of the subject.

Keywords: Violence at work, health professionals, prevention, health and safety at work.

JEL codes: I10 - General (Health), J28 - Safety; Job Satisfaction; Related Public Policy, J81 - Working Conditions.

Conteúdo

Agradecimento	5
Resumo	7
Abstract	9
Índice de Tabelas	13
Introdução	1
Capítulo I - Quadro teórico	3
Conceito de Violência no Trabalho	3
Segurança e saúde no trabalho	5
Violência no Setor da Saúde	6
Segurança e Saúde no Trabalho no Setor da Saúde	8
Estratégias de Prevenção em Situações de Violência no Setor da Saúde	9
Capítulo II – Metodologia da Pesquisa.....	13
Capítulo III – Análise de Resultados	15
Procedimentos adotados após queixa.....	20
Procedimento para Registo de Ocorrência.....	21
Capítulo IV – Conclusão.....	23
Referências.....	28
Anexos	32

Índice de Figuras

Figura 1 – Plataforma “Notific@”, 2022	14
Figura 2 – Relação das queixas com as variáveis: Tipos de Queixa.....	15
Figura 3 – Relação das queixas com as variáveis: Profissão do Profissional de Saúde....	16
Figura 4 – Relação das queixas com as variáveis: Sexo e Idade	17
Figura 5 – Relação das queixas com as variáveis: Natureza da Violência.....	18
Figura 6 – Relação das queixas com as variáveis: Ações desenvolvidas	19
Figura 7 – Procedimento para Registo de Ocorrências	21
Figura 8 – Passos para a prevenção, fonte: DGS (2014 e 2018)	25

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Riscos e Medidas de Autoproteção (Rodríguez, 2012)	7
Tabela 2 – Procedimentos de apoio aos profissionais, fonte: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2021)	22

Introdução

A violência é sempre relacional, provém da ação de alguém dirigida a outrem. A questão da violência no trabalho é um grande desafio, uma vez que existe incerteza quanto à sua definição, aos tipos e às formas de distinguir os diferentes tipos de violência. Qualificar o que entendemos por violência num determinado contexto é fundamental para que se possa efetivamente responsabilizar aqueles que, de alguma maneira, agem violentamente (Sznelwar, 2017).

A violência tende a ocorrer em todo o tipo de ambientes de trabalho, no entanto, é visível que alguns setores estão mais expostos à violência. Certas atividades profissionais são mais expostas a riscos de violência (Di Martino, 2002), nomeadamente, o setor da saúde e serviços sociais. A força de trabalho feminina, a falha na igualdade do acesso aos cuidados de saúde primários, leva a que muitos profissionais se sintam ameaçados em certos ambientes geográficos e sociais (Cooper e Swanson, 2002).

Contudo, constata-se uma evidente falta de trabalhos científicos que visam a violência no setor da saúde, na ótica dos utentes sobre os profissionais de saúde, uma vez que, a maioria dos artigos científicos, focam-se na violência dos profissionais de saúde sobre os utentes, este trabalho contribui para melhorar a informação existente, sobre os tipos de violência sofridas pelos profissionais de saúde realizadas pelos utentes dos centros de saúde. Além disso, os poucos artigos existentes, quando referem a violência dos utentes sobre os profissionais de saúde, focam-se somente nos médicos e enfermeiros, descorrendo os restantes profissionais (técnicos, operacionais e técnicos superiores).

O setor da saúde está associado a integração, coesão social e bem-estar. Em Portugal é através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que os cidadãos têm acesso à saúde, num contexto de equidade e solidariedade social. Por outro lado, o facto do SNS proporcionar um contacto direto com todos os membros da sociedade, deixa os profissionais de saúde numa situação de vulnerabilidade, situações de acidentes ou incidentes, de violência dos utentes para com os próprios profissionais, que trabalham, para os servir, na tentativa de prestar serviços de saúde de qualidade e gratuitos ou a baixos valores (DGS, 2016).

Cada vez mais se reconhece o papel do local de trabalho no que diz respeito à violência, no entanto, não existe investimento no desenvolvimento de medidas de prevenção e conscientização, defendendo que são uma rúbrica que traz custos elevados para as empresas. Contrariamente, os estudos referem que a violência no local de trabalho, representa uma ameaça muito maior, quer ao nível de custos que provêm dos episódios de violência, quer a ameaça que deixa ao nome da própria organização, rotuladas de “violentas”. As organizações “Violence

free” defendem e mostram que é benéfico o investimento em ações e políticas preventivas de violência no local de trabalho (Di Martino, 2002).

O objetivo geral deste estudo é, com foco total no Serviço Nacional de Saúde, identificar tipos de violência e apoiar a definição e desenvolvimento de procedimentos a realizar nos centros de saúde, para lidar com situações de violência dos utentes para com os profissionais de saúde.

A análise empírica desta pesquisa utiliza dados da plataforma notifica, “Notific@”, que é uma plataforma destinada ao *report* e gestão de incidentes/accidentes ocorridos no Sistema de saúde. Mais especificamente, esta pesquisa pretende contribuir igualmente para a prevenção e consciencialização da violência no setor da saúde, através de formação. Práticas de segurança e medidas de intervenção, que, consequentemente, irão promover a satisfação, motivação e segurança dos profissionais.

O presente estudo está organizado em 4 capítulos, de forma a proporcionar uma visão abrangente sobre o tema em análise.

O primeiro capítulo aborda o enquadramento teórico, com uma revisão da literatura relevante sobre a violência no trabalho, numa ótica de unidades de saúde, explorando conceitos-chave e estudos prévios que sustentam a investigação. No segundo capítulo, é apresentada a metodologia da pesquisa, onde englobam as questões de investigação e a metodologia adotada, incluindo a descrição da amostra e dos instrumentos utilizados para recolha de dados. O terceiro capítulo expõe os resultados obtidos, com uma análise detalhada dos dados recolhidos, evidenciando as principais tendências e padrões identificados. Por fim, o último capítulo apresenta as conclusões finais do estudo, incluindo recomendações para práticas futuras e possíveis direções para investigações posteriores.

Desta forma, a estrutura da tese permite uma análise progressiva e detalhada, que culmina numa compreensão aprofundada da problemática em estudo.

Capítulo I - Quadro teórico

Conceito de Violência no Trabalho

Oliveira e Nunes (2008), definem a violência no local de trabalho como aquela originada na organização do processo de trabalho, resultando em sofrimento, adoecimento e até morte relacionados ao trabalho. Por outro lado, segundo a Organização Internacional do Trabalho a violência no trabalho é caracterizada como um risco para os trabalhadores e pode incluir agressões de diferentes naturezas, desde ataques físicos até à violência psicológica. A violência no local de trabalho é definida como *“qualquer ação, incidente ou comportamento que se afaste da conduta razoável e na qual uma pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada, ferida no decurso, ou como resultado direto, do seu trabalho”* (OIT, 2003).

No que concerne à diferenciação do conceito de violência no local de trabalho, a *European Agency for Safety and Health at Work & Eurofound* (2020) dividiu-o em 3 grandes categorias:

- Tipo I: atos violentos por parte de criminosos que não têm qualquer ligação com local de trabalho;
- Tipo II: violência dirigida a profissionais, clientes, pacientes, alunos, por parte de alguém externo à organização - os enfermeiros e funcionários dos serviços sociais são particularmente vulneráveis a este tipo de violência;
- Tipo III: violência contra os colegas de trabalho, supervisores ou gerentes, por parte de um profissional ou ex-empregado da organização.

O estudo dos autores Oliveira e Nunes (2008) definiu ainda, algumas subcategorias ao conceito amplo de violência no trabalho, incluindo violência nas relações de trabalho, violência na organização do trabalho e violência nas condições de trabalho. Além disso, são discutidas formas de violência de resistência, como respostas dos trabalhadores às violências relacionadas ao trabalho, e violência de delinquência, que envolve atos criminosos no ambiente de trabalho.

A violência no local de trabalho tem, ao longo dos anos ganho contornos e dimensões significativas. Por exemplo, aproximadamente 17% das mulheres e 15% dos homens pertencentes ao grupo de trabalhadores da União Europeia relataram terem sofrido de comportamentos sociais adversos no local de trabalho e 7% reportaram ter sofrido de algum tipo de discriminação no mesmo período temporal (Eurofound, 2016).

A violência no local de trabalho, engloba um grande número de comportamentos e que são, normalmente, contínuos. Nem toda a violência é física, e Di Martino (2002), defende que nos últimos anos, têm surgido cada vez mais dados sobre os danos da violência psicológica e não física.

De acordo com a, OIT 2003, a violência no local de trabalho pode ser dividida em violência interna – quando ocorre entre os profissionais da organização, podendo ser colegas, supervisores ou administradores - e violência externa – quando ocorre violência entre os profissionais da organização e indivíduos externos à mesma.

Di Martini (2002), divide a violência no trabalho em 2 áreas, a violência psicológica, que engloba o assédio sexual, *bullying* e *mobbing* e a violência física. O autor defende ainda que, a violência psicológica está cada vez mais a emergir como um tema prioritário nas organizações, levando a uma reavaliação dos riscos e ergonomia dos locais de trabalho.

Oliveira e Nunes (2008), identificam 6 tipos de violência no trabalho:

1. Violência nas relações de trabalho: Envolve situações de autoritarismo, onde, por exemplo, superiores hierárquicos exercem poder de forma desigual, resultando em agressões físicas ou psicológicas, humilhações e constrangimentos;
2. Violência na organização do trabalho: Refere-se à maneira como o trabalho é organizado, incluindo divisão do trabalho, controle de ritmo e produtividade, contrato de trabalho e sistema de gestão de segurança e saúde, colocando os trabalhadores em risco à saúde;
3. Violência nas condições de trabalho: Ocasionada por condições inseguras, expondo os trabalhadores a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou de acidentes;
4. Violência de resistência: São ações dos trabalhadores em resposta às violências relacionadas ao trabalho, uma maneira de procurar amenizar os esforços no trabalho ou manifestar resistência política ao poder e controle dos superiores;
5. Violência de delinquência: Atos considerados criminosos, realizados por pessoas externas ao trabalho, internas ou que tenham alguma relação com o trabalho;
6. Violência simbólica: Quando os trabalhadores são tratados de forma desigual com base em características como cor da pele, escolaridade, qualificação profissional ou categoria profissional.

A Eurofound (2013) - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho - realçou a importância de diferenciar o conceito de violência no trabalho entre violência física e violência psicológica, dada a existência, por um lado, de ações e, por outro, de ameaças/intenções. Enquanto a violência física implica ações/experiências que causam dano físico, a violência psicológica engloba intimidação, *bullying*, assédio, coerção, abuso verbal, etc.

A OIT (2021), refere ainda que a forma de violência também influencia nos tipos da mesma:

1. Dirigido aos seus pares (horizontal);
2. Por ou contra indivíduos que exercem autoridade, deveres ou responsabilidades de

um empregador;

3. Envolvendo terceiros, tais como clientes, pacientes ou passageiros.

Segurança e saúde no trabalho

Saúde e Segurança no trabalho (SST) é uma disciplina ampla que inclui diversas especialidades, quando abordamos o tema da saúde, também incluímos a segurança, porém, pois um ambiente saudável é um trabalho seguro, o oposto já pode não ser verdade, o que é percebido como um local de trabalho seguro não é necessariamente um local de trabalho saudável (OIT, 2003). Promover e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos colaboradores em todas as áreas de atividade e adaptar o trabalho ao indivíduo. Para que as medidas de saúde e segurança no local de trabalho sejam bem-sucedidas, é necessária a cooperação e participação de empregadores e colaboradores em programas de saúde e segurança, que exigem a consideração de questões relacionadas com saúde, segurança, higiene ocupacional, educação, formação, engenharia de segurança, ergonomia e psicologia (OIT, 2021).

Freitas (2016), distingue a temática da segurança, conjunto de técnicas e de métodos destinados a eliminar e reduzir os riscos de acidente de trabalho, objetivo: reduzir acidentes de trabalho, da saúde, conjunto de técnicas ou de métodos para vigilância de saúde dos trabalhadores e verificação da compatibilidade entre posto de trabalho e trabalhador, objetivo: reduzir doenças prolongadas.

Estas duas temáticas juntas devem albergar temas fundamentais, como (Freitas, 2016):

- Segurança no Trabalho;
- Saúde no Trabalho;
- Higiene no Trabalho;
- Ergonomia;
- Psicossociologia.

Estas, são técnicas que visam a redução e/ou eliminação dos riscos para a saúde e segurança de todos os colaboradores.

OIT (2021), defende que os trabalhadores enfrentam muitos riscos no local de trabalho, tais como riscos biológicos, químicos e físicos, riscos psicossociais e ergonômicos. Refere ainda que, as políticas e programas de SST podem contribuir para um trabalho digno para todos, integrando as necessidades e desigualdades existentes no sistema. Promove não só a transversalidade no acesso a ambientes de trabalho seguros e saudáveis, como a serviços de saúde ocupacional e a cuidados de saúde. Devemos considerar todo o tipo de ocorrências, inclusive as limitações de capacidade resultantes, como danos profissionais, que, dependente da situação e a especificidade da mesma, devem seguir processos de avaliação, que podem resultar a

incapacidade permanente (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2021).

Violência no Setor da Saúde

No campo da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, publicou o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual está contido um conceito de violência que se mantém como referência atual: “*Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação*” (Organização Mundial da Saúde e Krug, 2002). “*É considerado violência em contexto de prestação de cuidados de saúde, todo o uso intencional de força física, verbal ou de poder, contra outra pessoa ou grupo, em circunstância da prestação de cuidados de saúde, que resulte, ou possa resultar, em morte, danos físicos, psicológicos ou privação*” (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2021).

Os autores Cooper e Swanson (2002), defendem que a violência no setor da saúde pode aumentar ou não mediante o ambiente em que os profissionais se inserem, associadas ao facto dos profissionais estarem alocados a uma grande pluralidade de tarefas, funções e estruturas:

- Ambiente nível I (alta ocorrência): Departamento de urgências e emergências, serviços de psiquiatria, átrio, gabinetes médicos, etc.;
- Ambiente nível II (ocorrência moderada): Áreas médico-cirúrgicas e clínicas de ambulatório;
- Ambiente nível III (ocorrências mínimas): Prestação de cuidados ao domicílio, enfermaria, etc.

Oliveira, Almeida e Morita (2011), realizaram um estudo que aborda o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o conceito de violência e as suas inter-relações com o setor da saúde. O estudo destaca a importância da capacidade dos profissionais para lidar com situações de violência, sendo que, alguns profissionais consideram-se preparados para lidar com casos de violência, enquanto outros se sentem despreparados. A invisibilidade da violência nos serviços de saúde é mencionada, muitas vezes devido ao despreparo dos próprios profissionais para lidar com situações de violência, seja com colegas, seja com os próprios. A falta de formação mais abrangente e humanizada é apontada como uma das causas desse despreparo.

A qualificação de um ato enquanto violência “*pode ser entendido de diversas perspetivas, tendo em conta a forma como este é percecionado, vivido e representado, tanto por parte da vítima, como do autor ou da sociedade*” (DGS, 2016). O ato de violência pode assumir-se através de agressão física, psicológica, verbal, sexual, de discriminação ou constrangimento social.

A violência no trabalho pode desencadear uma série de consequências físicas e psicológicas nas vítimas, grande parte dos profissionais afetados por experiências violentas, podem desenvolver sintomas como: raiva, medo, depressão, ansiedade, perturbações do sono e choque. Agregado a estes sintomas, a violência pode também influenciar o modo de trabalho e a carreira do profissional, através da intenção de abandonar o emprego e desenvolvimento de comportamentos reativos, defensivos e agressivos para com os utentes (Cooper e Swanson, 2002). O *International Council of Nurses* (ICN) (2016), acredita que a violência no local de trabalho nos cuidados de saúde ameaça a prestação de serviços eficazes aos pacientes, causado pelo cansaço e fraqueza, incluindo: fadiga crónica, fraqueza nas pernas, fraqueza, desmaios, tremores.

De uma forma geral, a complexidade da intervenção em situações de violência pode gerar estresse nos profissionais, muitas vezes associado a sofrimento, insegurança e inquietações. O envolvimento emocional e sobrecarga que estas situação exigem dos profissionais, pode levar a consequências físicas e mentais e repercussões na sua rede de suporte familiar e social (Rodríguez, 2012). Neste domínio, existem alguns riscos e medidas preventivas de autoproteção que devem ser tomados em consideração, na tabela I (Rodríguez, 2012):

Tabela 1 - Riscos e Medidas de Autoproteção.

Contaminação psíquica – Trata-se do envolvimento emocional excessivo que o/a profissional desenvolve em relação à pessoa que testemunha.

Stresse associado ao fracasso das intervenções - Apesar do tempo e esforço dedicado, a falta de resultados em muitos casos de violência, associados a ausência de recursos, pode criar no/a profissional um sentimento de frustração.

Burnout - Aparece no seguimento das situações atrás expostas, quando existe um desequilíbrio entre as expectativas individuais do/a profissional e a realidade do trabalho diário, assim como resultado de estratégias desadequadas de gestão de conflitos.

Fonte: Rodríguez (2012).

Renker, Scribner, e Huff, (2015) diz que a violência pode ter consequências como perda de empregos, perda de produtividade, custos e compensações com cuidados médicos e psicológicos dos funcionários. Além do impacto negativo nos profissionais, há custos associados à redução da satisfação dos usuários, aumento de reclamações e mudanças na reputação do hospital. As consequências da violência física, verbal e do assédio sexual podem ser sentidas por:

- Sentimentos de choque, descrença, culpa, raiva, depressão, auto culpa, desamparo e exploração.
- Aumento do stress e da ansiedade.
- Perda de autoestima e confiança nas próprias capacidades profissionais.
- Comportamento de evitação que possa afetar negativamente o desempenho das obrigações, incluindo ausência do trabalho.
- Impacto negativo nos relacionamentos.
- Diminuição da satisfação profissional, baixo moral profissional e aumento da rotatividade de funcionários.

Segurança e Saúde no Trabalho no Setor da Saúde

A saúde, a segurança e o bem-estar no trabalho são condições essenciais ao desenvolvimento socioeconómico equitativo e sustentável de qualquer país. Deve-se privilegiar a “prevenção primária de fatores de risco profissional” e o “desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis” fomenta a existência de um maior número de trabalhadores saudáveis (DGS, 2014). Os profissionais de saúde, através deste desenvolvimento e apostar na ergonomia, estarão, com certeza, mais motivados nas suas funções, mais realizados nas suas tarefas e contribuirão para a produção de serviços de melhor qualidade, melhorando desta forma, em termos gerais, a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, e diminuindo assim o risco de incidências e ocorrências (DGS, 2016).

A missão da SST da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) passa pela promoção da proteção de segurança e saúde dos profissionais de saúde no seu local de trabalho independente do vínculo contratual, o objetivo principal passa por aproximar e promover a participação dos próprios, com o fundamento de diminuir os riscos profissionais associados à função e apostar na melhoria continua da qualidade do ambiente, das condições e dos relacionamentos de trabalho. Adequadas condições de segurança e saúde dos locais de trabalho são facilitadoras do bem-estar no trabalho e do desenvolvimento pessoal e profissional (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018).

A violência no trabalho, inclui situações que ocorram, no decurso do trabalho, ligado e/ou

após o mesmo, seja numa pausa, numa refeição ou na ida ou regresso de ou para o trabalho. A violência e assédio físico, psicológico e sexual são considerados riscos psicossociais. Também podem ser considerados riscos psicossociais os decorrentes de um ambiente de trabalhoadverso, que afetem a dignidade, segurança, saúde e bem-estar do trabalhador. As consequências negativas, de qualquer natureza, na saúde dos trabalhadores são consideradas riscos profissionais (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2021).

Adamopoulos e Syrou, (2022), demonstram que, mesmo direcionado para a realidade grega, a necessidade do desenvolvimento de medidas de segurança e saúde no trabalho são fundamentais para prevenir e diminuir os riscos ocupacionais e perigos enfrentados pelos profissionais de saúde no setor público. O estudo utiliza uma abordagem quantitativa, os autores reuniram dados através de questionários distribuídos entre os funcionários do setor da saúde, em que os resultados revelaram uma série de riscos ocupacionais prevalentes, incluindo exposição a riscosergonômicos - condições no ambiente e trabalho que podem causar stress físico, lesõesderivadas de má postura ou movimentos repetitivos e podem resultar em fadiga desconforto para os profissionais -, acidentes no local de trabalho e exposição a ambientes de stress e pressão. Os autores defendem ainda a importância da consciencialização e formação dos trabalhadores paralidar com estes riscos e promover um ambiente de trabalho seguro. Os riscos ergonómicos, associados à exposição de stress e pressão dos profissionais, podem prejudicar ao desenvolvimento das suas tarefas (Adamopoulos e Syrou, 2022).

Palancı, Mengenci, Bayraktaroğlu e Emhan (2021), também desenvolveram um estudo que investiga as relações entre a saúde e segurança no trabalho, o stress ocupacional, conflito interpessoal e intenção de rotatividade entre os profissionais de saúde. Utiliza uma abordagem comparativa e analisam dados por meio de questionários distribuídos por diferentes funcionários do meio da saúde. Os resultados indicaram correlações significativas entre os diferentes fatores estudados, por exemplo, foi observado que níveis mais altos de stress no trabalho estavam associados a uma maior probabilidade de conflito, que pode levar à violência e maior intenção de *turnover*. Os autores destacam ainda a importância da promoção e desenvolvimento de estratégias para reduzir o stress, apoiar os profissionais e melhorar o seu bem-estar. Devem ser abordadas questões como, o conflito, a violência e a sua prevenção.

Estratégias de Prevenção em Situações de Violência no Setor da Saúde

Minayo e Souza (1999), desenvolveram um artigo que aborda a questão da violência institucional no contexto da prática e prestação de cuidados de saúde. Os autores argumentam que a violência institucional deve ser prevenida, através de estratégias, nomeadamente:

1. Promoção de uma cultura de respeito e comunicação aberta: Devem promover uma

cultura organizacional que valorize o respeito mútuo entre os membros da equipa, pacientes e familiares, que poderá ser alcançado através de estratégia de formação que promovam a empatia, comunicação aberta e resolução de conflitos;

2. Desenvolvimento de Políticas claras contra violência: As organizações de saúde estabelecer políticas e procedimentos claros que proíbam qualquer forma de violência no local de trabalho. Essas políticas devem incluir protocolos para relatar incidentes de violência, medidas disciplinares e apoios adequados às vítimas;

3. Investimento na ética profissional e no empoderamento dos profissionais de saúde: Os profissionais de saúde devem ser capacitados a agir de acordo com os princípios éticos da profissão e a defender os direitos e dignidade dos próprios e colegas de trabalho. Isso pode ser alcançado por meio de programas de formação contínua em ética médica e incentivo à defesa dos direitos humanos;

4. Monitorização e Avaliação contínua: As instituições de saúde devem realizar avaliações regulares do ambiente de trabalho para identificar áreas de risco de violência e avaliar a eficácia das medidas preventivas implementadas. O feedback dos profissionais de saúde e dos pacientes deve ser recolhido e utilizado para fazer ajustes e melhorias nas estratégias de prevenção da violência institucional

Ao longo das últimas décadas, tem existido um aumento significativo no que concerne a medidas preventivas, associadas especificamente ao setor da saúde. Estas, são desenvolvidas, maioritariamente, por órgãos especializados neste tipo de violência, esta, quando feita por parte dos utentes sobre os profissionais de saúde, é um tema que cada vez mais ganha importância, nestes estudos, Cooper e Swanson (2002), defendem ainda que, qualquer iniciativa de prevenção deve advir de uma administração sólida e com comprometimento, associado a uma política estruturada de segurança no ambiente de trabalho. As estratégias de prevenção de situações de violência no local de trabalho podem passar por diferentes fases, nomeadamente intervenção primária, intervenção secundária intervenção terciária. A intervenção primária ocorre quando o objetivo é prevenir a situação, reduzindo o risco de ocorrência de violência. A intervenção secundária surge quando o episódio já ocorreu e, a intervenção terciária é a etapa em que o principal objetivo consiste em proporcionar meios e medidas para recuperar o bem-estar psicológico e físico do profissional (OSHA, 2004).

Para prevenir a violência no trabalho deve existir um código de boas práticas. Estas práticas devem incluir (Múrias, Sales, e Morais, 2015):

- Política de prevenção da violência no local de trabalho, definindo e proibindo comportamentos de violência, intimidação ou assédio.
- Garantir um ambiente de trabalho livre de atos de violência.

- Formação e consciencialização da sociedade contra a violência.

A International Council of Nurses (2021), refere que deve ser garantido por parte das organizações, o cumprimento por parte dos profissionais, das suas obrigações em matéria de saúde e segurança no trabalho, devendo-se aumentar ativamente a sensibilização do público para a questão e introduzir e manter um procedimento de reclamação confidencial. A intenção não é considerada um dos elementos constitutivos da definição de violência. Em vez de englobar a intenção, a OIT (2021), Convenção nº.190, adota uma abordagem pragmática e voltada à vítima, levando em consideração as consequências, práticas ou ameaças, e seus impactos sobre as mesmas.

Capítulo II – Metodologia da Pesquisa

O presente estudo adota uma abordagem quantitativa para analisar a violência dos utentes sobre os profissionais de saúde com base em queixas registadas na plataforma de queixas “Notific@”.

A população-alvo deste estudo são os profissionais de saúde que foram vítimas de violência por parte dos utentes nos centros de saúde do Agrupamento ACES Lisboa Norte e que registaram esses incidentes de violência na plataforma de queixas online. Os dados foram recolhidos a partir de registo online de queixas disponíveis na plataforma “Notific@” no ano de 2022. Os registo incluem informações muito relevantes, como:

- Relação entre o sexo e idade do profissional de saúde;
- O tipo/natureza do episódio de violência;
- A função dos profissionais afetados;
- A forma que foi realizada a queixa;
- As ações desenvolvidas após o episódio de violência.

Embora haja limitações a serem consideradas, pelo facto de os dados terem sido obtidos apenas de uma única plataforma de queixas, o que pode resultar em viés de seleção e limitar a generalização dos resultados. Os dados utilizados na presente pesquisa não foram tratados ou modificados. A informação foi utilizada tal como foi disponibilizada pelas fontes originais, sem qualquer tipo de alteração ou processamento adicional. De referir ainda que, até à data da realização deste estudo, não estão disponíveis outros dados alternativos ou complementares que pudessem ser utilizados para um aprofundamento ou contraste de resultados.

Os dados utilizados na presente pesquisa referem-se ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte, criado em 2008 e localizado na zona norte da cidade de Lisboa. O ACES Lisboa Norte integra o setor público de saúde e abrange 10 freguesias, nomeadamente Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara, e São Domingos de Benfica, servindo um total de 268 000 utentes inscritos (ACES Lisboa Norte, 2021).

Foram recolhidos um total de 423 queixas realizadas na plataforma de queixas “Notific@”, sendo que, o ACES Lisboa Norte, possui cerca de 542 profissionais em todas as unidades e 72 outros profissionais que englobam seguranças, pessoal da manutenção e assistentes operacionais.

O grande objetivo da plataforma é melhorar a qualidade SNS ao permitir que os profissionais relatem problemas e compartilhem feedback diretamente com a administração.



Departamento da Qualidade na Saúde

SISTEMA NACIONAL DE
NOTIFICAÇÃO DE
INCIDENTES
DIREÇÃO-GERAL DA
SAÚDE

Identifique a Instituição onde ocorreu o incidente?

Seleccione...

Quem realiza a notificação? *

- O próprio que sofreu o incidente
- Qualquer terceira pessoa (familiar/amigo/outra situação)

Quando teve conhecimento da ocorrência do Incidente? *

- Imediatamente
- No próprio dia
- Passadas mais de 24 horas
- Desconhecido

Informação sobre o incidente

Ocorrência comunicável - uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.

Quase evento - um incidente que não alcançou o doente.

Evento sem dano - um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis.

Evento com dano (também identificado como Evento Adverso) - é um incidente que resulta em danos para o doente.

Trata-se de um: *

*Figura 1 - Plataforma Notific@
2022*

Capítulo III – Análise de Resultados

A análise empírica incide sobre tipos de violência, dados demográficos e profissionais de saúde que registaram informação na plataforma “Notific@”:

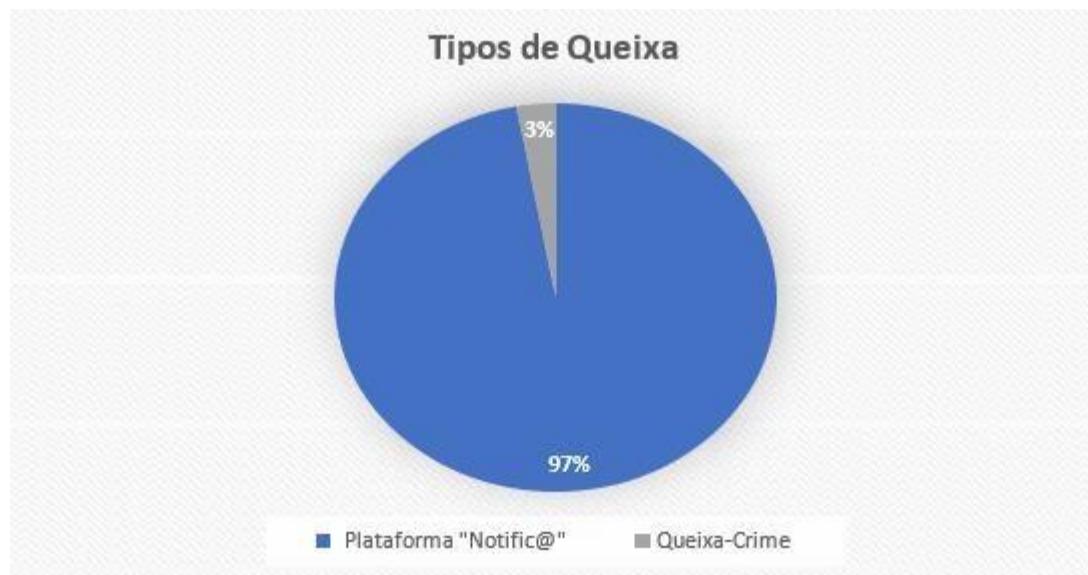


Figura 2 - Tipo de Queixa

Fonte: Notific@, 2022

A plataforma “Notific@” é uma plataforma de denuncia que apresenta a grande maioria dos registos de incidentes, com 410 queixas a serem realizadas nesta plataforma. Isso sugere que os profissionais de saúde preferem ou são incentivados a utilizar essa ferramenta digital para relatar incidentes de violência. Pode ser porque ela é mais acessível, rápida, ou porque faz parte de um protocolo institucional padronizado para facilitar a documentação dessas ocorrências. O fato de que a imensa maioria das queixas foi feita pela plataforma “Notific@” sugere que esta é a forma preferida de registo de incidentes. Isso pode ser positivo, pois significa que a plataforma é eficaz e aceite pelos profissionais. No entanto, também levanta questões sobre o acompanhamento dessas queixas e a seriedade com que são tratadas, uma vez que apenas 3% resultam em queixa-crime.

A pequena fração das queixas que foram formalizadas como uma queixa-crime, pode indicar que os profissionais de saúde preferem resolver esses incidentes de forma interna, usando a plataforma “Notific@”, em vez de recorrer ao sistema legal. Também pode significar que muitos incidentes não são vistos como sérios o suficiente para justificar uma ação criminal ou que existe hesitação em tomar medidas judiciais. A baixa proporção de queixas-crime pode indicar uma falta de confiança no sistema legal ou um desejo de evitar processos demorados e complicados. Pode haver barreiras culturais, jurídicas ou institucionais que desincentivam os

profissionais de buscar esse caminho, mesmo em casos mais graves.



Figura 3 - Relação das queixas em função da Profissão do Profissional de Saúde
Fonte: Notific@, 2022

Analizando o gráfico sobre a Relação das queixas em função da Profissão do Profissional de Saúde, é possível destacar a distribuição das queixas conforme as profissões dos profissionais de saúde. Observa-se que o grupo que registrou mais episódios de violência são os assistentes técnicos, que representam 34% do total de queixas, seguido de perto pelos médicos, que acumulam 33% das queixas.

Em terceiro lugar estão os enfermeiros, que são responsáveis por 20% das queixas, enquanto os técnicos superiores de saúde são o grupo com menor número de queixas, correspondendo a 13% do total.

Esses dados indicam que os assistentes técnicos e os médicos são os profissionais que mais registram a situações de violência, possivelmente devido ao maior contato direto com os utentes ou pela natureza das suas funções. No entanto, é importante ressaltar que todos os grupos profissionais dentro do setor da saúde enfrentam riscos de violência no ambiente de trabalho.

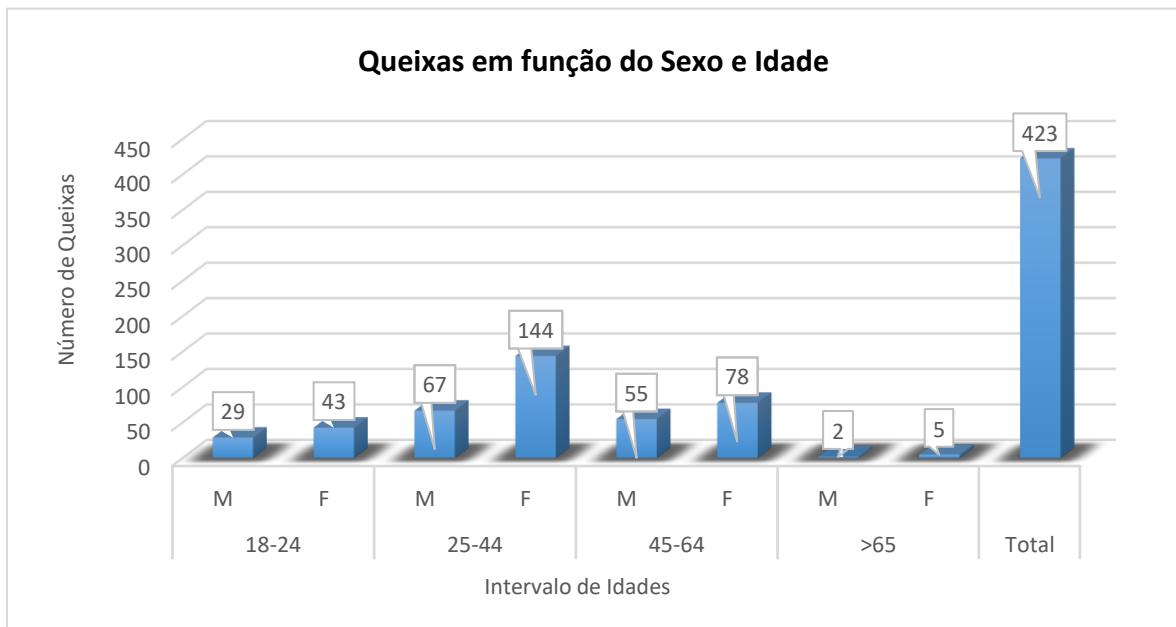


Figura 4 - Relação das queixas em função do Sexo e a Idade

Fonte: Notific@, 2022

A análise do gráfico sobre a "Relação entre Sexo e Idade" nas queixas de violência contra profissionais de saúde revela alguns pontos importantes. As queixas estão distribuídas por diferentes faixas etárias e sexo dos utentes. O maior número de queixas concentra-se na faixa etária de 25 a 44 anos, com um destaque particular para as mulheres, que apresentam 144 queixas nessa faixa, em contraste com os 67 casos relatados por homens.

Outro aspecto relevante é que, em todas as faixas etárias, as mulheres tendem a apresentar mais queixas do que os homens, isto pode revelar a ideia do sexo fraco e que as mulheres estão mais sujeitas a serem vítima deste tipo de violência ou, por outro lado, por as mulheres serem tendencialmente mais cumpridoras ao nível do registe de situações de violência. Nas faixas etárias mais elevadas, como 45a 64 anos e acima de 65 anos, o número de queixas diminui consideravelmente, que pode ser devido ao respeito que normalmente os utentes tem pelos profissionais mais velhos, nomeadamente nas categorias de médicos e enfermeiros.



Figura 5 - Natureza da Violência

Fonte: Notific@, 2022

A análise do gráfico referente à natureza da violência revela que a maior parte dos incidentes reportados envolve violência verbal, representando 86% do total de queixas. A violência psicológica aparece como a segunda mais comum, correspondendo a 9%, enquanto a violência física é a menos reportada, com 5% das queixas.

Esses dados sugerem que os profissionais de saúde estão expostos predominantemente a agressões verbais, o que é alarmante, dada a gravidade dessas situações e os riscos diretos à integridade dos trabalhadores. Embora as violências verbais e psicológicas sejam a maior parte da fatia, a preponderância das agressões físicas destaca a urgência de medidas de proteção e prevenção mais eficazes para garantir um ambiente de trabalho mais seguro.

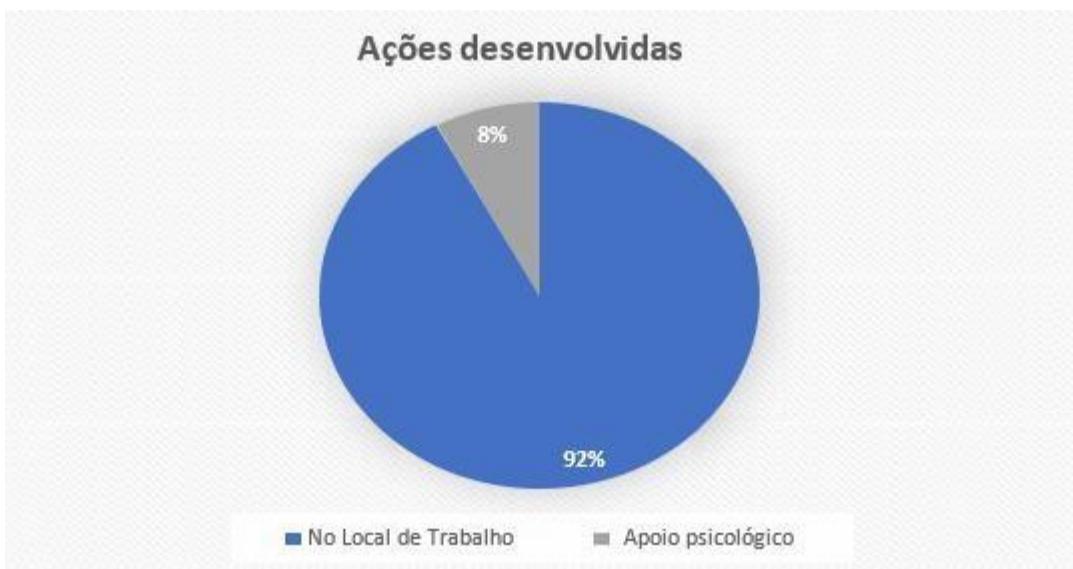


Figura 6 - Ações Desenvolvidas após incidente

Fonte: Notific@, 2022

As ações desenvolvidas pós incidente, indicam que 92% dos reportes levam a ações no local de trabalho. Estas ações podem englobar, tratamento de enfermagem e ou consulta de clínica geral. O foco dessas ações no local de trabalho sugere que as instituições de saúde priorizam a prevenção e a resolução rápida dos problemas diretamente no ambiente onde ocorreram os incidentes. O foco nas ações no local de trabalho é positivo porque indica que há uma tentativa de resolver o problema de forma rápida e prática. Pode envolver a implementação de medidas preventivas, como formação adicional para lidar com situações de conflito, ou o aumento da segurança. No entanto, este enfoque quase exclusivo pode ignorar o impacto emocional de longo prazo sobre os profissionais.

A pequena proporção de ações que envolvem apoio psicológico aos profissionais de saúde sugere que, embora este tipo de intervenção seja reconhecido, ele não é tão amplamente utilizado. Isso pode significar que o apoio psicológico é visto como secundário ou que a necessidade de ajuda emocional após um incidente de violência nem sempre é completamente atendida. A baixa percentagem sugere que esta área pode estar subdesenvolvida em muitas instituições de saúde primários. A violência, mesmo que não física, pode ter efeitos duradouros sobre o bem-estar mental dos profissionais de saúde, e o suporte psicológico é crucial para prevenir o esgotamento, a ansiedade e outros problemas relacionados com o stress.

Procedimentos adotados após queixa

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo é responsável pela prevenção e fatores de risco no local de trabalho e a reparação dos danos provocados pela ocorrência, através da participação de cada agrupamento, unidade e profissionais aí inseridos.

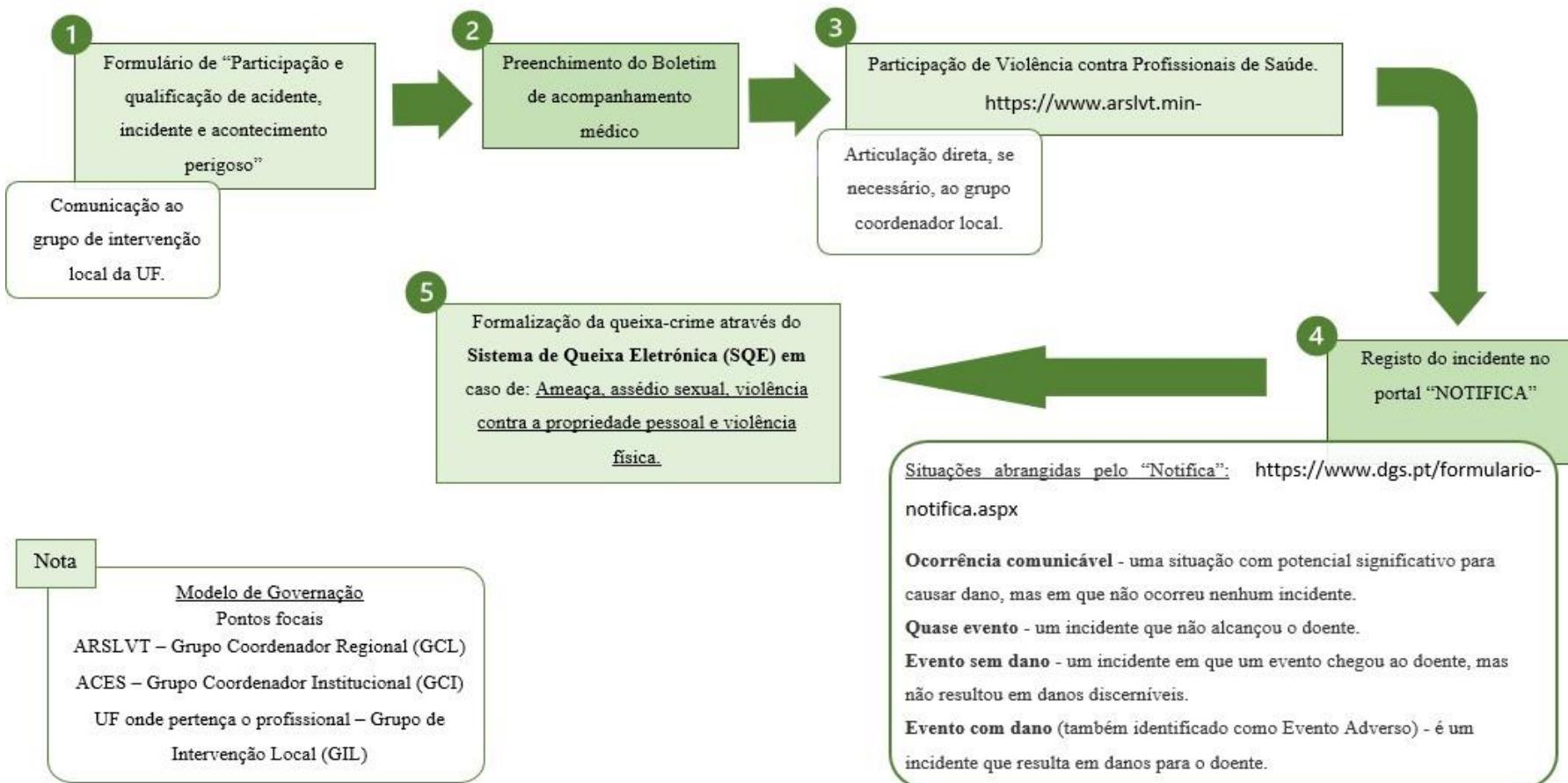
Assim que se detete uma situação, seja de violência psicológica, verbal ou física, cabe ao trabalhador participar a ocorrência, com a ajuda do grupo intervenção local, definido por e em cada unidade, que tem que ter obrigatoriamente um médico, enfermeiro, coordenador e assistente social, no qual, com ajuda deve preencher o formulário de **Participação e qualificação de acidente, incidente e acontecimento perigoso** (anexo A), acompanhado do impresso do **boletim de acompanhamento médico** (BAM, anexo B), com o apoio do médico, que tem como objetivo levantar algumas necessidades, se existentes, como apoio psicológico, necessidade de medicação ou exames, etc.

De seguida é feita a **participação de Violência contra Profissionais de Saúde** (anexo C), este preenchimento permite, não só o ACES Lisboa Norte, ter conhecimento da ocorrência, mas como também a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, não se restringindo somente à unidade a que pertence o profissional. Por fim, é preenchido o inquérito, disponível no portal “**Notific@**”, serve para que fique na plataforma da DGS e Guarda Nacional Republicana, que pode dar seguimento, se for uma situação que possa por a vida do profissional em risco.

Por forma a facilitar a compreensão e entendimento de todo o processo que deve ser feito e cumprido na eventualidade de uma ocorrência de violência, foi desenvolvido, um documento ao qual dispõe de maneira sintetizada e de fácil compreensão, todas as etapas a serem realizadas:

Procedimento para Registo de Ocorrência

É considerado violência todos os atos de: Agressão verbal; ameaça; assédio; assédio sexual; coação; difamação; discriminação; injúria; perseguição; violência contra a propriedade pessoal e violência física.



Para qualquer dúvida ou esclarecimento sobre o tema, contacte-nos através do email: violencia.profissionais@arslvt.min-saude.pt

Figura 7 - Procedimento para Registo de Ocorrências

Fonte: Elaboração Própria

Foi criado também, de acordo com a DGS (2018), DGS (2020) e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2021), um plano de ação, tabela 2, que visa, apoiar os profissionais, em caso de episódios de violência, seja ela de que tipo for, através de apoio psicológico, medicação, tratamento de lesões, referenciações hospitalares, etc.

Tabela 2 - Procedimentos de apoio aos profissionais

Tratamento de lesões	Sempre que necessário, deve ser priorizado o tratamento de lesões ou intervenção terapêutica sobre o exame físico de recolha de vestígios.
Prescrição de exames complementares de diagnóstico	Deverão ser efetuados exames complementares de diagnóstico necessários para melhor esclarecimento do caso. Ex: Raio-X; exames imunológicos, etc.
Prescrição de medicação	Deve prestar-se especial atenção na prescrição de medicação psiquiátrica (ex. antidepressivos e/ou ansiolíticos) que possam diminuir a capacidade de reação da vítima perante situações de perigo
Referenciação interna	Encaminhar a vítima para serviços de saúde que melhor possam servir as suas necessidades, por exemplo, consultas de especialidade em ambulatório ou internamento. Em função da avaliação do estado mental e emocional, ponderar encaminhamento para acompanhamento em serviços de saúde mental.
Prestação de suporte emocional	Prestar apoio e suporte, nomeadamente no domínio emocional.
Plano de segurança para a vítima	Ter em consideração, na elaboração do plano de segurança com a vítima, a discussão de aspectos relacionados com atuação da mesma em situações de crise, planeamento de saída de casa ou o controlo da relação com o/a agressor/a, bem como a manutenção da segurança após saída da situação.

Fonte: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2021)

Capítulo IV – Conclusão

Os dados analisados demonstram uma variação relevante nas queixas relacionadas à violência em função do sexo e da idade dos profissionais de saúde. As mulheres, especialmente na faixa etária entre 25 e 44 anos, estão mais frequentemente associadas a incidentes de violência, enquanto as faixas etárias mais jovens (18-24 anos) e mais velhas (>65 anos) registam menor número de ocorrências, possivelmente devido a fatores como menor exposição ou amostragem. Observa-se que os Assistentes Técnicos e os Médicos são os profissionais mais frequentemente envolvidos em situações de conflito, refletindo o seu papel predominante na linha da frente e no contacto direto com os utentes.

Os dados indicam ainda que a violência contra profissionais de saúde nos centros de saúde é maioritariamente verbal, com casos de violência psicológica e física também a merecer destaque. Estes resultados sublinham a necessidade de estratégias que melhorem a comunicação e a gestão de conflitos, bem como a implementação de medidas de segurança adequadas para proteger os profissionais de saúde.

Outro ponto importante identificado é a tendência para resolver incidentes de violência através de plataformas internas, o que sugere uma preferência por mecanismos internos de resolução rápida e eficiente. No entanto, é crucial assegurar que todos os casos sejam tratados com a seriedade e a atenção adequadas. Em suma, as instituições de saúde devem alargar o seu foco para incluir cuidados com a saúde mental dos profissionais que vivenciam episódios de violência, garantindo um ambiente de trabalho mais seguro e sustentado.

A promoção de uma cultura de não-violência, pessoas e sociedade, onde inevitavelmente a violência institucional se enquadra, deve ser de carácter obrigatória em qualquer organização. Do ponto de vista macro, a implementação de medidas direcionadas ao tema, só é possível com uma estratégia integrada, multisectorial e participativa. A prevenção da violência, principalmente aquela que acontece no Setor da Saúde, é uma área que, pela sua transcendência e impacto, permite obter consenso e empenho de toda a sociedade, assim, é fundamental o envolvimento da mesma num esforço direcionado para a procura de soluções que controlem o problema de um modo sustentável e previnam, na maior extensão possível, episódios futuros (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2021).



Figura 8 -Passos para a prevenção, fonte: DGS (2014) e DGS (2018)

Fonte: Elaboração própria, baseada em orientações da DGS.

A Observação, será um investimento na comunicação, divulgação e interação entre os profissionais e cidadãos. Servirá como repositório de toda a evidência que existe sobre o fenómeno retratado no presente estudo e da documentação técnica, normativa e legal importante para a área. No âmbito deste eixo, será também promovida a identificação, notificação e análise das situações de violência e essa informação será tratada e apresentada regularmente (DGS, 2020).

O segundo eixo dá enfase à **Cultura organizacional** e como a sua eficácia é fundamental para a diminuição drástica dos casos de violência de utentes sobre os profissionais de saúde, isto é, unidades de saúde, sedimentadas com lideranças positivas e uma gestão eficiente e participativa, capaz de mitigar as vulnerabilidades inerentes ao setor e de reduzir os problemas de segurança, é primordial para a prevenção e para isso, deve ser criada uma cultura intrínseca de segurança, ou seja, a Cultura de Segurança é de extrema importância em todas as organizações, mas à medida que a complexidade de uma organização aumenta, em particular na área da saúde, este aspecto torna-se cada vez mais influente na prevenção de incidentes.

A definição de uma política de segurança é o primeiro indicador de que existe um compromisso sério da gestão na implementação de uma Cultura de Segurança, esta pode ser implementada, através da mensagem que é passada não só aos profissionais de saúde, mas também aos cidadãos que usufruem desde setor, é importante que saibam e estejam a par das

sua obrigação enquanto utentes e cidadãos comuns, ter uma cultura de segurança, bem definida e visível permitira mais facilmente esta compreensão de todos. O principal indicador de que ela é cumprida é a adesão e feedback que se observa no comportamento de todos os profissionais de saúde. A área do acolhimento e atendimento, que é uma das faces visíveis dessa cultura organizacional, terá de ter uma atenção especial por ser o principal e primeiro de contacto com a população (DGS, 2020).

Deve-se promover o desenvolvimento e a formação ao nível da cultura e prática de segurança, devido à falta de apoio e formação que os profissionais de saúde relatam e os próprios concelhos técnicos confirmam e para de alguma maneira, começar-se a construir uma nova cultura organizacional, estruturada e com arcaboiço emocional, uma tentativa de parceria com pessoas formadas e que executam palestras de inteligência emocional, cultura organizacional e segurança no local de trabalho (práticas), por forma a termos também conhecimento das nossas atitudes e emoções e como podemos contribuir para o aumento da eficácia da cultura das unidades (DGS, 2018).

Na área da **Comunicação**, o grande objetivo é o envolvimento de toda a sociedade, pois esta questão da violência dos utentes para com os profissionais de saúde, interessa a todos, afeta todos e todos têm de se envolver na sua prevenção e na procura de soluções éticas para o fenómeno da violência no Setor da Saúde, e para tal, devem ser pensadas campanhas multicanais, sociais e participativas, junto da população e uma aposta na literacia de toda a população para uma abordagem efetiva na prevenção e controlo da violência (DGS, 2020).

Em relação ao quarto eixo, que incide na **Segurança**, é fundamental, sempre que um profissional de saúde se desloca para o seu local de trabalho sentir confiança e segurança que não irá ser agredido ou maltratado, para que isto aconteça é necessário a implementação de práticas de segurança, que passa pela junção de todos os outros eixos, com este projeto foi criado um circuito de prevenção, outro em caso de ocorrência e a atualização do grupo de intervenção local, mesmo para que os profissionais se sintam apoiados e seguros em todas as atividades e situações do seu dia-a-dia, não comprometendo o seu trabalho e as suas decisões (DGS, 2018).

Uma limitação significativa deste estudo é que os dados são obtidos exclusivamente de uma única fonte, ou seja, a plataforma de queixas online. Isso introduz viés de seleção, já que nem todos os casos de violência contra profissionais de saúde podem ser relatados nessa plataforma. Portanto, os resultados podem não representar fielmente a totalidade dos incidentes de violência ocorridos nos ambientes de saúde.

Embora esta pesquisa tenha alcançado os seus objetivos e contribuído significativamente para o campo, algumas questões permanecem abertas e sugerem oportunidades para investigações futuras.

Primeiro, seria pertinente explorar os incidentes e violência dos utentes sobre os profissionais de saúde administrativos, nomeadamente, assistentes técnicos e assistentes operacionais, em maior profundidade, especialmente considerando o facto de que as pesquisas existentes serem muito direcionadas para os médicos e enfermeiros. Estudos futuros poderiam focar numa comparação entre ACES, nomeadamente nas variantes, profissionais de saúde afetados, idade e sexo para verificar se os resultados aqui apresentados se mantêm em outros contextos.

Além disso, outra direção promissora para futuras pesquisas seria testar a aplicabilidade de uma nova tecnologia/metodologia que facilitasse o *report* em caso de incidentes, de forma a facilitar e encurtar o tempo de ação.

Referências

- Adamopoulos, I. P., & Syrou, N. F. (2022). Workplace safety and occupational health job risks hazards in public health sector in Greece. *European Journal of Environment and Public Health*, 6(2), em0118.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, (2021). *Orientações para a prevenção e intervenção em casos de violência: Manual de boas práticas* [PDF]. https://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/writer_file/document/9376/Ori%20entesa-violencia-arslvt_FINAL.pdf
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2021). *Relatório de contratualização 2021*[PDF].https://www.arslvt.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/5/2022/02/Relat%C3%A3oContratualiza%C3%A7%C3%A3o_Final.pdf
- Bureau Internacional do Trabalho. (2009, 21 de setembro). Introdução à saúde e segurança no trabalho. International Labour Organization. <https://www.ilo.org/pt-publications/introducao-saude-e-seguranca-no-trabalho>
- Caetano, A. (Coord.) (2000), “Mudança Organizacional e Gestão de Recursos Humanos”, Estudos e Análises, 20, Lisboa, OEFP.
- Chappell, D. And Di Martino, V. (2006) Violence at Work, 3rd edn, Geneva: International Labour Office
- Cooper, C., & Swanson, N. (2002). Workplace violence in the health sector. *State of the art*. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos.
- DA SAÚDE: O CASO DA MEDIAÇÃO. Comissão de Ética, 8.
- Des Horts, C. H. B. (1988), Vers une gestion stratégique des ressources humaines, Paris, Les Editions d’Organisation.
- DGS. (2012b). Reactualização do Plano Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para a Saúde Mental.
- DGS. (2014). Norma n.º 015/2014 de 25 de setembro. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, direção geral da Saúde.
- DGS. (2014). Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Direção-Geral de Saúde. <Https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>
- DGS. (2014). Violência Interpessoal – Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2016). Guia Prático: Violência Interpessoal – Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2018). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 – Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Di Martino, V. (2002). Violence at the workplace; the global response. African newsletter on occupational health and safety, 12(1), 4-6.

European Agency for Safety and Health at Work, & Eurofound - OSHA. (2020). *Living and working in Europe 2020: Employment and working conditions in Europe* [PDF]. <https://osha.europa.eu/sites/default/files/Report%20cobranded%20EUROFOUND%20and%20EU-OSHA.pdf>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions - Eurofound. (2013). Physical and psychological violence at the workplace. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Doi: 10.2806/49169.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions- Eurofound. (2016). Sixth European Working Conditions Survey -Overview report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fiorini, F. A., Junior, N. A., & Alonso, V. L. C. (2016). Governança corporativa: conceitos e aplicações. XIII seget-Simpósio de excelência em gestão e tecnologia.

Freitas, L. C. (2016). Manual de Segurança e Saúde do Trabalho (3a ed.). Edições Sílabo, Lda. (Obra original publicada em 2008)

FREITAS, Luís Conceição – Manual de Segurança e Saúde do Trabalho. Ed. 3^a. Lisboa, Edições Sílabo, 2016. ISBN 9789726188667.

International Council of Nurses. (2021). *ICN code of ethics for nurses*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

International Labour Organization. (2023, 27 de abril). Ambientes de trabalho seguros e saudáveis: Em que ponto estamos? International Labour Organization. Https://www.ilo.org/lisbon/publicações/WCMS_879122/lang--pt/index.htm

Jabbour, C. J. C., de Sousa Jabbour, A. B. L., Stefanelli, N. O., & Teixeira, A. A. (2012). Gestão ambiental e estrutura organizacional: estudo de múltiplos casos. REGE-Revista de Gestão, 19(3), 361-375.

Lopes, C., & Cunha, P. GESTÃO CONSTRUTIVA DE CONFLITOS NA ÁREA

Marques, D. R. G., & Silva, I. M. S. D. (2017). Violência no trabalho: Um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses.

Martins, H. (2018). *Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência* [Mestrado]

- em Enfermagem Médico-cirúrgica, Instituto Politécnico de Viseu]. Https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5055/1/Helena_Gomes_Martins_DM.Pdf
- Mayhew, C. (2012) 'Occupational violence in industrialized countries: types, incidence patterns and "at risk" groups of workers', M. Gill, B. S. Fisher and V. Bowie (eds.), *Violence at Work: Causes, Patterns and Prevention*, London and New York: Routledge Taylor & Francis Group
- Minayo, M. C. D. S., & Souza, E. R. D. (1999). É possível prevenir a violência?
- Múrias, C., Sales, J., & Morais, T. (2015). Assédio sexual é violência. *Direito ao trabalho com dignidade!* Lisboa: UMAR.
- Neves, J. G., Garrido, M. V., & Simões, E. (2015). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais* (3a Ed). Lisboa: Edições Sílabo
- OIT (2021). *Violência e assédio no mundo do trabalho: Um guia sobre a Convenção N.º 190 e a Recomendação N.º 206* Escritório Internacional do Trabalho – Genebra: OIT, 2021.
- Oliveira, C. C., Almeida, M. A. S. D., & Morita, I. (2011). Violência e saúde: conceções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista brasileira de educação médica*, 35, 412-420.
- Oliveira, R. P. D., & Nunes, M. D. O. (2008). Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saúde e Sociedade*, 17, 22-34.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional. (2016). Parecer CJ 50/2016: Recusa de cuidados a utentes agressivos ou Agressão e enfermeiros. Conselho Jurisdicional.2016- 2019. Https://www.ordemenermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_50_2016_CJ_recusacuidadosutentesagressivosagressaoenf.pdf
- Organização Internacional do Trabalho -OIT. (2003). *Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*. Genebra: ILO - International Labour Organization.
- Organização Mundial da Saúde, & Krug, E. G. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde* (pp. 380-380). Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OSHA (2004). Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers. Retirado de: https://www.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit5_5
- Palancı, Y., Mengenci, C., Bayraktaroğlu, S., & Emhan, A. (2021). Analysis of workplace health and safety, job stress, interpersonal conflict, and turnover intention: a comparative study in the health sector. *Health Psychology Report*, 9(1), 76–86. <Https://doi.org/10.5114/hpr.2020.99971>

Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, 4, 7-23.

Renker, P., Scribner, S. A., & Huff, P. (2015). Staff perspectives of violence in the emergency department: Appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work* 51(1), 5-18. Doi:10.3233/WOR-141893

SAÚDE. Https://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/writer_file/document/9376/Orientaçao_es-violencia-arslvt_FINAL.pdf

Sobral, S., & Capucho, F. (2019). A gestão de conflitos nas organizações: conceptualização e diferenças de género. *Gestão e Desenvolvimento*, (27), 33-54.

Sznelwar, L. I. (2017). Violência e trabalho. *Laboreal*, 13(Nº2).

Torres, S. C., & Cunha, P. (2014). Gestão de conflitos em uma organização da área da saúde em Portugal. *Ciências & Cognição*, 19(3).

Velloso, I. S. C., Araújo, M. T., & Alves, M. (2011). Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 466-471.

Anexos

Anexo A – Participação e qualificação de acidentes de trabalho

PARTICIPAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO (*)

MINISTÉRIO _____

QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS _____

Face aos elementos constantes da participação e aos fornecidos pelo competente serviço de saúde e _____

qualifico como acidente de trabalho ocorrido em e autorizo as despesas dele resultantes.

_____, ____/____/____

A entidade empregadora,

IDENTIFICAÇÃO DO ORGÃO OU SERVIÇO _____

Designação _____

Morada _____

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções _____

_____ Tel. Fax

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR _____

Nome _____

Data Nasc. Nº. Cont. Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal Localidade _____ Tel.

Nomeado Contratado Comissão de serviço

com a categoria/cargo _____

(*) Deve ser utilizado para participação do incidente e do acontecimento perigoso

ANEXO II
Boletim de Acompanhamento Médico

Trabalhador

Nome _____

Sexo M/F Data de Nascimento Bilhete de Identidade

Beneficiário nº

Morada: _____

Código Postal Localidade _____

Telefone

Categoria _____ Funções _____

Órgão ou Serviço

Designação _____

Morada: _____

Código Postal Localidade _____

Telefone

Fax

Atendimento médico

Estabelecimento de Saúde _____

Data Horas Minutos

Circunstâncias da ocorrência:

Sintomatologia e lesões diagnosticadas:

Deve ser seguido em: Internamento Consulta externa Centro de saúde O Médico

Incapacidade Temporária: Absoluta Parcial

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

Céd. Prof.

Anexo B – BAM

Internamento			
Hospital _____	Serviço _____		
Inicio do internamento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fim do Internamento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Deve ser seguido em : Consulta externa	<input type="checkbox"/>	Centro de saúde	<input type="checkbox"/>
Incapacidade:	Temporária parcial <input type="checkbox"/>	Temporária absoluta <input type="checkbox"/>	
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual			
			O Médico
			Céd. Prof.
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consulta Externa			
Hospital _____	Serviço _____		
Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	O Médico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual			
Médico de Família / Médico Assistente			
Centro de Saúde <input type="checkbox"/>	Serviço _____	O Médico	
Médico do sector privado <input type="checkbox"/>	Céd. prof.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	absoluta <input type="checkbox"/>
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual			
Junta Médica			
A.D.S.E. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Volta em <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alta		
A.D.S.E. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Volta em <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Data:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Incapacidade: Temporária parcial <input type="checkbox"/>	Incapacidade:	<input type="checkbox"/>	Sem incapacidade
Temporária absoluta <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Permanente parcial de: %
		<input type="checkbox"/>	Permanente absoluta
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual			
O Presidente da Junta Médica			O Médico ou o Presidente da Junta Médica

Anexo C - Participação de Violência contra Profissionais de Saúde (google forms)

Formulário de REGISTO E PARTICIPAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLENCIA		
INSTITUIÇÃO (Hospital/ ACES/ UIL/CRI)	Unidade	
Trabalhador	Identificação (CC) nº	
Local (onde ocorreu o acontecimento- ACES/Hospital/UIL/CRI/ Unidade/ Serviço, Sala; (dd.mm.aaaa))	Hora	Data
Atividade em CURSO (onde ocorreu o acontecimento; por ex: durante a consulta)		
Descrição (como se desenrolou a ação, o que foi dito e feito e por quem)		
Agressão - física ou verbal (notar se houve, que tipo de agressão e que consequências ou lesões provocadas)		
Consequências observáveis (nas pessoas, nas instalações, nos equipamentos)		
Consequências sentidas (pelo próprio ou observadas nas outras pessoas)		
Pessoas envolvidas (se possível nome e identificação - CC)		
Testemunhas (quem presenciou o acontecimento; registar contactos; registar elemento do GCL que se ocupou da situação)		
Observações (outros elementos considerados relevantes)		
Notas Finais (notar que um círculo à volta da resposta)		
Preencheu modelo de Participação e Qualificação de Acidente de Trabalho, Incidente e Acontecimento Perigoso - sim / não		
Preencheu sistema NOTIFICA - sim / não		
Houve participação às autoridades - sim / não		
Assinatura do trabalhador que preencheu o formulário		CC nº
Data (dd.mm.aaaa)		Hora