



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**A VIOLÊNCIA CONTRA OS ENFERMEIROS
DO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
UM ESTUDO DE CASO**

Dora Alexandra Leal Coelho

Coimbra, fevereiro de 2020



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**A VIOLÊNCIA CONTRA OS ENFERMEIROS
DO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
UM ESTUDO DE CASO**

Dora Alexandra Leal Coelho

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, orientada pela Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira (Professora Coordenadora ESENFNC)

Coimbra, fevereiro de 2020

“It always seems impossible until it’s done”

Nelson Mandela

A vocês, Carolina e Vitor

AGRADECIMENTOS

Obrigado é a palavra que se impõe no final desta etapa.

Obrigado à Professora Doutora Isabel Fernandes por me apoiar e encorajar a continuar esta caminhada.

Obrigada à Professora Doutora Isabel Moreira por me desafiar na altura certa, por toda a paciência, a ajuda incansável e amizade que se construiu durante a elaboração deste trabalho.

Obrigado ao Professor Doutor Armando Silva, pelo acompanhamento e orientação no percurso metodológico.

Ao Professor Doutor José Carlos Amado Martins o meu agradecimento por me ter ensinado a pensar e por ter sido uma inspiração.

Obrigado aos meus queridos pais, irmã, sobrinho e cunhado, pela compreensão e amor incondicional, mesmo com a minha falta de paciência, com o mau-humor, e com as minhas ausências. Obrigado por estarem sempre ao meu lado e me incentivarem a não desistir!

Obrigado ao Vitor, por ser o meu amor para a vida toda, pela paciência e compreensão que teve durante este percurso. Obrigado por nunca desistires de mim e me ensinares a ser e fazer mais e melhor.

Obrigada à amiga de sempre Catarina por me ter apoiado e ajudado na parte legal e ter despendido do seu precioso tempo para me ouvir. E à Cristina que apesar de estar longe esteve sempre presente nesta caminhada.

Um obrigado, muito especial, à Carolina por me ter deixado fazer este percurso sem grandes sobressaltos e ter colaborado antes e depois de nascer.

Por fim, o meu BEM HAJA a todos!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA - *American Nurse Association*

Art. – Artigo

CITE - Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego

CRP - Constituição da República Portuguesa

DGS - Direção Geral da Saúde

DL - Decreto de Lei

ed. – edição

Ed. – Editor

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ICN - *International council of nurses*

ILO - *International Labour Office*

INE - Instituto Nacional de Estatística

MP - Ministério Público

MS - Ministério da Saúde

n.d. – sem data ou no date

N.º - Número

NHS - *National Health Service*

NIOSH - *National Institute for Occupational Safety and Health*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. – Página

PSP - Polícia de Segurança Pública

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SEP - Sindicato dos enfermeiros Portugueses

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SU - Serviço de Urgência

UE - União Europeia

UGT - União Geral de Trabalhadores

RESUMO

Enquadramento: A violência sobre os enfermeiros é um problema com enormes proporções que tem despertado a atenção de várias entidades e organizações. Os serviços de urgência são, por si só, propícios a situações de stress e ansiedade para os doentes e familiares/amigos, assim como, para os profissionais de saúde que exercem funções neste ambiente caótico e sobrelotado. O receio de ser vítima de episódios de violência, gera sentimentos de insegurança e transtornos físicos e psicológicos, levando ao desânimo dos profissionais e à prestação de cuidados de saúde de baixa qualidade.

Objetivos: Identificar a prevalência da violência nos enfermeiros de um serviço de urgências; Caracterizar a tipologia de violência exercida sobre os enfermeiros de um SU; Identificar o tipo de agressor mais frequente; Identificar a perceção dos enfermeiros sobre as causas da violência sofrida; Identificar a perceção dos enfermeiros sobre o que acontece após o episódio de violência.

Metodologia: Estudo descritivo-exploratório recorrendo a alguns pressupostos do estudo de caso. A amostra foi constituída por 50 enfermeiros de um centro hospitalar sendo 84% do sexo feminino e 16% do sexo masculino. A recolha de dados foi efetuada entre o período de 07/05/2019 a 07/08/2019 por questionário, constituído por vários grupos, nomeadamente a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, a frequência e padrão de violência no local de trabalho, após o episódio de violência e por fim, uma questão de resposta aberta. Os resultados foram analisados no programa SPSS, versão 21.0.

Resultados: Verificou-se que 80% dos enfermeiros foram vítimas de violência no local de trabalho nos últimos 12 meses, sendo a violência verbal, sob a forma de injúria (16,4%) e ameaça (15,1%) a mais frequente. O posto de enfermagem (35%) foi apontado como a área mais propícia para tais episódios e o turno da tarde (67,5%), como o período do dia mais vulnerável. O doente (60%), do sexo masculino (77,5%), na faixa etária dos 31-50 anos de idade (47,5%) foi apontado como o principal agressor. A violência teve consequências psicológicas em 32,5% dos enfermeiros agredidos sendo a principal causa

apontada por estes enfermeiros a situação de doença (32,5%), seguida dos tempos de espera (20%) e do consumo de álcool e/ou substâncias ilícitas (20%).

70% dos profissionais de saúde não notificou a ocorrência por acharem que não teve importância (42,5%) e os que o fizeram, optaram por fazê-lo oralmente (91,7%)

Conclusão: A violência no serviço de urgência é uma realidade, contudo a subnotificação de episódios ocorridos não fornece uma imagem real deste flagelo. É importante conceber ferramentas que incentivem a notificação de forma rápida e simples e, apostar numa cultura de prevenção, formação e notificação.

Palavras-chave: violência, enfermeiros, serviço de urgência

ABSTRACT

Background: Violence against nurses is a huge problem that has gained the attention of many entities and organizations. Emergency departments are, by default a highly charged environment that leads to stress and anxiety for patients and relatives/friends, as well as for the healthcare professionals working in this chaotic and overcrowded environment. The fear of being a victim of violence generates feelings of insecurity and can engender physical and psychological disorders leading to the disengagement of professionals and to a substandard quality of care.

Objectives: Identify the prevalence of violence in nurses of an emergency department; Describe the typology of violence against emergency nurses; Classify the most frequent type of aggressor; Identify nurses perceptions about the causes of the violence suffered; Identify nurses perceptions of what happens after the episode of violence; Understand the perception of nurses about the experience of the process of violence.

Methodology: Descriptive-exploratory study using some assumptions of the case study. Intentional snowball sample, consisting of 50 nurses from a hospital trust, 84% female and 16% male. Data collection was performed between the period 07/05/2019 to 07/08/2019 by questionnaire, consisting of several groups, namely the sociodemographic and professional characterization of nurses, the frequency and pattern of violence in the workplace, after the episode of violence and finally, a open answer question. Results were analyzed using SPSS version 21.0

Results: We found that 80% of nurses have been victims of workplace violence in the last 12 months, with verbal violence in the form of insult (16.4%) and threat (15.1%) being the most frequent. The nursing station (35%) was indicated as the most favorable area for such episodes and the afternoon shift (67.5%) as the most vulnerable period of the day. The patient (60%), male (77.5%), aged 31-50 years (47.5%) was identified as the main aggressor. Violence had psychological consequences in 32.5% of assaulted nurses. The main cause pointed out by these nurses, was the illness situation (32.5%), followed by waiting times (20%) and the consumption of alcohol and / or substances illicit (20%).

70% of health professionals did not report the incident because they thought it did not matter (42.5%) and those who did chose to do it verbally (91.7%)

Conclusion: Violence in the emergency room is a reality, however underreporting of this kind of episodes does not give us the real image of this scourge. It is important to design tools that encourage quick and simple reporting and to focus on a culture of prevention, training and reporting.

Key words: violence, nurses, emergency department

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo ecológico da violência, proposto pela OMS	29
Figura 2 - Consequências da violência para o comportamento e a saúde	30
Figura 3 - Tipologia da violência	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Formação sobre violência	65
Tabela 2	Exposição a violência nos últimos 12 meses, em função do sexo das vítimas	66
Tabela 3	Tipos de violência e o número de vezes que foi exercida	66
Tabela 4	Tipos de violência em função do episódio mais recente e do que mais o marcou	67
Tabela 5	Turno de trabalho e frequência de episódios de violência	67
Tabela 6	Local onde ocorreram os episódios de violência	68
Tabela 7	Características do agressor	68
Tabela 8	Faixa etária dos agressores	69
Tabela 9	Alterações relevantes nos/as agressores/as no momento da agressão	69
Tabela 10	Descrição das alterações relevantes nos/as agressores/as no momento da agressão	70
Tabela 11	Consequências para os/as agressores/as	70
Tabela 12	Consequências dos episódios de violência	71
Tabela 13	Atitude do/as enfermeiros/as perante um episódio de violência	71
Tabela 14	Fatores geradores de violência	72
Tabela 15	Notificação do episódio de violência	72
Tabela 16	Forma de notificar o episódio de violência	73
Tabela 17	Notificação à administração	73
Tabela 18	Razões para não notificar	74
Tabela 19	Investigação do episódio de violência e quem investigou	74
Tabela 20	Tipo de apoio por parte da entidade empregadora	75
Tabela 21	Grau de satisfação para com a entidade empregadora	75
Tabela 22	Os fatores da violência relatados pelos/as enfermeiros/as	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tipificação legal da violência em Portugal	34
Quadro 2	Características sociodemográficas dos/as enfermeiros/as	60

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. O FENÓMENO DA VIOLÊNCIA	27
1.1 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA E NATUREZA DOS EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA 30	
1.2 A VIOLÊNCIA EM PORTUGAL, ASPETOS LEGAIS	33
2. A VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO	37
2.1 ETAPAS E TIPOS DE VIOLÊNCIA NO TRABALHO	40
2.2 ASPETOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS	41
3. A VIOLÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	45
3.1 PROCEDIMENTOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO	50
3.2 SÍNTESE DA EVIDÊNCIA SOBRE A VIOLÊNCIA	53
4. METODOLOGIA	57
4.1 TIPO DE ESTUDO	57
4.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	58
4.3 VARIÁVEIS	58
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	58
4.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	60
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	62
4.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	63
5. RESULTADOS	65
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	79
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
APÊNDICE	
APÊNDICE I - CARTA INFORMATIVA / CONSENTIMENTO INFORMADO	
ANEXOS	
ANEXO I – Questionário original	
ANEXO II - Questionário aplicado	
ANEXO III - Autorização para a submissão do questionário	
ANEXO IV - Autorização do Conselho de Administração	
ANEXO V - Autorização dos Diretores de serviço e dos Enfermeiros chefe do SU	

INTRODUÇÃO

A violência no local de trabalho não é um fenómeno dos tempos modernos, é algo que existe desde que existem relações laborais. A *International Labour Office* (ILO) refere que a violência no trabalho, a par das drogas, álcool, tabaco e VIH/sida, representa 1 dos 5 maiores riscos do mundo do trabalho (DGS, 2015).

Apesar de a violência estar presente ao longo da história da humanidade, “o mundo não tem de aceitá-la como parte inevitável da condição humana” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano, 2002, p.3), pois a violência tem sempre repercussões, ainda que o seu impacto nem sempre seja facilmente percecionado.

Embora a tecnologia tenha tornado visível episódios violentos como as guerras, rebeliões, terrorismo e tumultos civis, a grande maioria dos episódios de violência ocorrem de forma invisível no seio das famílias e das comunidades, nos lares, locais de trabalho e até mesmo em instituições de saúde, ela está profundamente enraizada na cultura da vida humana (Krug, et al., 2002).

O fenómeno da violência no local de trabalho tem vindo a aumentar ao nível mundial, ameaçando gravemente o desempenho dos profissionais, e conseqüentemente, o êxito, a eficácia e a eficiência das organizações laborais (Vitolo, 2011).

Os motivos para o crescente aumento de comportamentos violentos não são claros, no entanto o sistema de saúde ao tornar-se mais complexo e a sociedade mais informada, com mais acesso à informação e mais exigente, podem ser fatores que concorrem para este crescente aumento. No geral, os profissionais que trabalham nas organizações de saúde, estão mais expostos à violência, sendo estes os sujeitos que mais queixas e agressões recebem (DGS, 2015).

De entre os profissionais de saúde, os enfermeiros são o grupo profissional que apresenta maior risco de violência pelo contacto direto que têm com os doentes e os seus familiares (Mitchell, et. al, 2014, citado por AlBashtawy e Aljezawi, 2015).

O serviço de urgência (SU) devido às suas características particulares, por estar aberto a qualquer hora do dia e ser a principal porta de entrada para muitos doentes, principalmente para os que necessitam de cuidados mais urgentes, é o local onde ocorrem mais episódios de violência sendo os enfermeiros os primeiros provedores de cuidados de saúde e os que mais sofrem com tais episódios (Alyaemni e Alhudaithi, 2016).

Alguns estudos evidenciam que foram reportados 91,6% de episódios de violência verbal e 47% de episódios de violência física contra os enfermeiros. Contudo, muitos destes profissionais, vítima de episódios violentos, cerca de 80%, não reportam tais incidentes (AlBashtawy e Aljezawi, 2015), o que leva a que os dados não espelhem a verdadeira magnitude do problema nas instituições de saúde.

As consequências da violência podem surgir de imediato ou a longo prazo afetando as relações entre pessoas e o ambiente laboral. Os profissionais, vítimas de violência, vêm a sua dignidade ser afetada e atribuem à violência fatores de desigualdade, discriminação, estigmatização e conflito no trabalho, tornando-se um problema de direitos humanos (DGS, 2016).

Relatar e documentar toda a violência no local de trabalho (agressões físicas e não físicas) é fundamental, por isso, as instituições devem incentivar o colaborador agredido a notificar o incidente relacionado com o episódio de violência, logo que possível. Todos os relatórios devem salvaguardar o anonimato do profissional de saúde, mas permitir a análise da causa para ajudar na prevenção de novos incidentes sem culpar ou criticar a vítima, como defende a Direção Geral de Saúde. “A subnotificação da violência no local de trabalho tem dificultado o desenvolvimento e implementação de estratégias eficazes de prevenção e gestão” (International Council of Nurses, 2017, p. 1), pelo que é importante que os profissionais de saúde sejam esclarecidos sobre os diferentes tipos e fontes de violência no trabalho e como podem notificar.

Foi partindo destas constatações que se pretendeu estudar a realidade de uma instituição de saúde e se formulou como questão de investigação: qual a prevalência e o padrão de violência nos enfermeiros de um serviço de urgência? A partir desta questão enunciámos ainda uma segunda sobre o que aconteceu após o episódio de violência?

A dissertação encontra-se dividida em três partes. A primeira parte abrange o fenómeno da violência. Neste capítulo apresentamos a definição de violência, etapas e os tipos, a

natureza, os aspetos legais e éticos, as estratégias de prevenção e uma breve síntese da evidência científica sobre a violência.

A segunda parte, começa por expor a metodologia de investigação que vai ser utilizada no estudo empírico seguindo-se do tratamento de dados. Por fim, na terceira parte é apresentada a discussão de resultados e a conclusão do trabalho.

1. O FENÓMENO DA VIOLÊNCIA

“Muitos dos que convivem diariamente com a violência assumem-na como uma parte intrínseca da condição humana. Não tem de ser assim.

A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser mudadas. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença”

(Nelson Mandela, In Prefácio do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug et al., 2002)

A violência tem impacto na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos e das populações com repercussões a curto, médio e longo prazo, ao nível pessoal e familiar, afetando comunidades e sistemas de assistência à saúde em todo o mundo, dela podem resultar lesões ou a morte (Krug et al., 2002)

A palavra violência deriva do latim, *violentia*, e significa o emprego de força. A força só se transforma em violência quando é exercida uma carga negativa sobre o sujeito, quebrando acordos socialmente aceites, causando sofrimento. Esta força é considerada como negativa quando a cultura em que o indivíduo se insere, reconhece tal episódio como causador de dano (Silva, 2011).

Atualmente, não existe uma única definição de violência, apesar das existentes terem em consideração um número cada vez mais abrangente de episódios e situações. No entanto, estas nem sempre espelham a gravidade e as características da violência obrigando a um esforço de reflexão para identificar processos e dinâmicas sociais associadas à atribuição de tal rótulo (DGS, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é definida como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (Krug, et al., 2002, pág. 5).

Esta definição reflete um conhecimento profundo por parte dos investigadores sobre a violência pois, o fato de empregar a expressão “poder” e “uso do poder” está a incluir formas de violência como a negligência e todos os outros episódios de violência física, sexual e psicológica, assim como suicídios e outros episódios de autoabuso. Contudo, a definição não explora a intencionalidade da ação, excluindo os episódios não intencionais. (Krug et al., 2002).

Relativamente à intencionalidade, esta está assente numa dicotomia. Por um lado, apesar de haver intenção de usar a força não há propriamente intenção de causar dano, ou seja, o perpetrador pode intencionalmente cometer um episódio que, à partida, é considerado perigoso e de elevada probabilidade de causar danos à saúde, mas pode não o perceber dessa forma. Por outro lado, há necessidade de distinguir a intenção de lesar e a de usar a violência. Alguns autores defendem que a violência é determinada culturalmente e, por isso, apesar de algumas pessoas pretenderem “ferir os outros, mas, com base em seus antecedentes culturais e as suas crenças, não percebem seus atos como violentos” (Krug et al., 2002, p. 5).

A violência pode ser qualificada de acordo com a forma como a vítima, o autor ou a sociedade percebem, vivem e representam tal episódio. Contudo, não existe um fator único que ajude a explicar porque é que algumas pessoas agem de forma violenta ou porque esta ocorre em maior frequência junto de algumas comunidades em detrimento de outras.

A representação da magnitude do problema pode ser representada, tendo em conta as consequências da violência, através de uma pirâmide. Assim, a morte violenta representa o resultado mais visível dos episódios de violência, mas são apenas o topo da pirâmide. Em seguida, estão os episódios de violência que chegam ao conhecimento das autoridades e cujas vítimas recebem apoio médico. Por fim, na base da pirâmide, encontram-se os episódios de violência captados em pesquisas de base populacional e que, muito provavelmente, nunca foram relatados às autoridades competentes, tendo as vítimas optado por sofrer em silêncio (OMS, 2014).

O Modelo Ecológico da Violência (Figura 1) explica que a violência resulta da interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais sobre o comportamento dos indivíduos (Krug et al., 2002). Este modelo centra-se em fatores de risco e de proteção para a violência, apresentando quatro níveis de influência.

O primeiro nível, o individual, foca os fatores históricos (biológicos e pessoais) relacionados com o comportamento dos indivíduos. Tem em consideração fatores como a impulsividade, baixo rendimento escolar, abuso de substâncias e histórico de agressão. Estes fatores podem estar diretamente relacionados com a probabilidade do indivíduo se tornar um agressor ou vítima de violência. O segundo nível, o relacional, abrange o modo como as relações sociais próximas aumentam o risco para comportamentos de vitimização e de perpetração da violência. São exemplos de relações sociais próximas as relações entre companheiros, parceiros íntimos e membros da família. O terceiro nível, o comunitário, explora os contextos comunitários em que as relações estão inseridas, como escolas, locais de trabalho e vizinhança, e procura identificar características comuns associadas ao facto de os indivíduos poderem ser vítimas ou agressores. Por fim, o quarto nível, o social, inclui a desigualdade de género, os sistemas de crenças religiosas e culturais, as normas políticas e económicas ou sociais que levam a tensões entre grupos de indivíduos, e consequentemente, a episódios violentos (Krug et al., 2002).

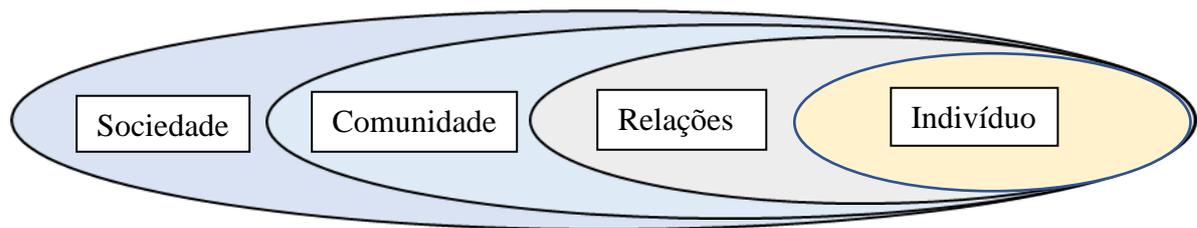


Figura 1- Modelo Ecológico da Violência, proposto pela OMS (adaptado de Krug et al., 2002)

“A estrutura ecológica realça as diversas causas da violência e a interação dos fatores de risco dentro da família, comunidade, sociedade e cultura. Sendo um modelo de desenvolvimento, mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em diferentes fases da vida” (Krug et al., 2002, p.13).

Todos os tipos de violência acarretam consequências negativas para as vítimas e, consequentemente estas incorrem em gastos significativos ao nível dos serviços de saúde em consultas ao longo da vida, em internamentos mais frequentes e de maior duração comparativamente aos indivíduos que nunca sofreram de violência. As consequências não fatais decorrentes da violência são as mais importantes ao nível social e de saúde (OMS, 2014). A figura que se segue representa de forma esquemática as consequências da violência para o comportamento e a saúde das vítimas.



Figura 2 -Consequências da violência para o comportamento e a saúde (OMS, 2014)

1.1 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA E NATUREZA DOS EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA

Em 1996, a violência foi declarada um dos principais problemas de saúde pública. Como tal, a OMS foi forçada a desenvolver uma tipologia da violência que apresentasse os diferentes tipos de violência assim como os vínculos entre eles. Contudo, existem poucas tipologias sendo que nenhuma delas é muito abrangente (Krug et al., 2002).

O esquema desenvolvido pela OMS facilita a compreensão dos padrões complexos da violência no cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades, não só através da natureza dos episódios violentos, da relevância do contexto, mas também da relação entre agressor e vítima e, no caso específico da violência coletiva, das possíveis motivações para esses episódios (DGS, 2016).

A violência é dividida em três grandes categorias consoante as características de quem comete o episódio de violência (figura 3). São elas:

-A violência autodirigida, conforme o próprio nome indica, consiste em todos os episódios violentos dirigidos ao próprio indivíduo, como os episódios suicidas e outros comportamentos autolesivos;

-A violência interpessoal ou hétero violência, que consiste em episódios infligidos a uma segunda pessoa podendo ser subcategorizada em violência familiar/violência entre parceiros/as íntimos/as e em violência na comunidade. A primeira categoria abrange os maus tratos a crianças e jovens, a violência entre pares e a violência contra pessoas idosas. Na segunda categoria, a violência é perpetrada no círculo de pessoas próximas de quem é maltratado assim como a que ocorre fora deste círculo de pessoas. São exemplo disso, violência juvenil, episódios fortuitos violentos, o assédio/abuso sexual ou violação por estranhos e violência em contexto institucional- *mobbing* (locais de trabalho), *bullying* (escolas), estabelecimentos prisionais, entre outros;

-Por fim, a violência coletiva, que abrange motivações sociais, políticas ou económicas sendo os episódios cometidos por grupos alargados de indivíduos ou, pelos próprios Estados (Krug et al., 2002).

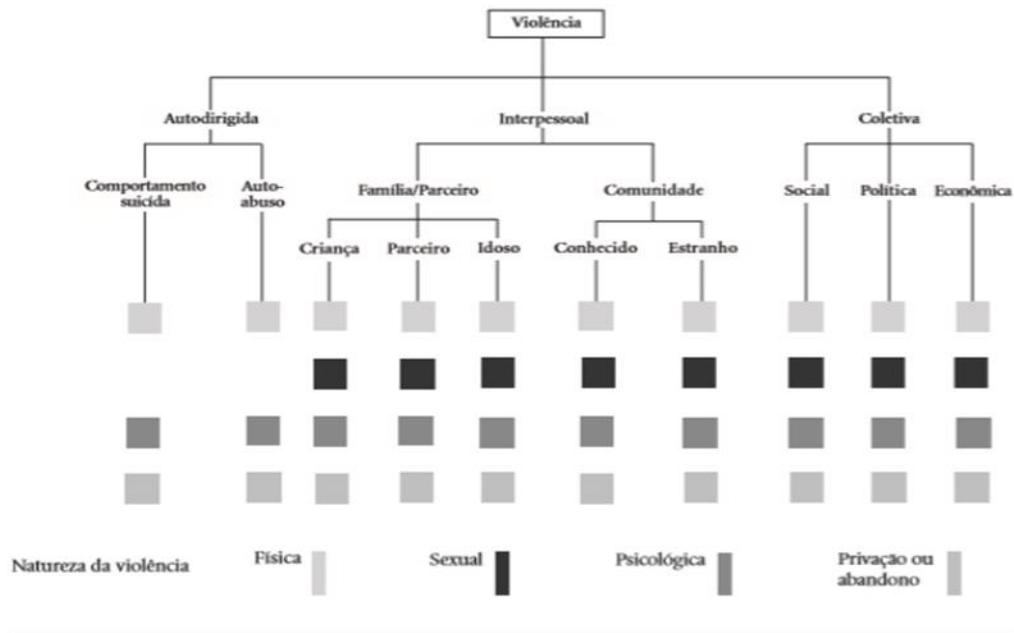


Figura 3- Tipologia da violência (Krug et al., 2002)

Relativamente à natureza da violência, os “episódios de violência concretizam-se sob a forma de:

- Violência física (empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver tentativa, ou mesmo homicídio da vítima);
- Violência psicológica (insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e amigos, revista a objetos pessoais, privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros);
- Violência sexual (obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade);
- Privação e negligência (qualquer episódio de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, educação, nutrição, segurança, habitação e condição de vida, entre outros)” (Krug et al., p, 28, 2002).

Esta tipologia, apresenta uma estrutura útil para compreender os padrões de violência, bem como a violência diária das pessoas, famílias e comunidades, contudo, não deixa de ser imperfeita e longe de ser universalmente aceite. As fronteiras entre os diferentes tipos de violência nem sempre são claras.

1.2 A VIOLÊNCIA EM PORTUGAL, ASPETOS LEGAIS

Encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa (última alteração pela lei constitucional nº 1/2005 de 12/08) o “direito à não violência”, sendo que a violação deste direito constitui crime. Este direito, tem como princípios fundamentais: o princípio da igualdade - “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei” (artigo 13º, número 1 da CRP); o direito de resistência - “Todos têm o 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” - (artigo 21º da CRP) e o direito à integridade pessoal - “A integridade moral e física das pessoas é inviolável (...)” e “Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a maus tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos” (artigo 25º, números 1 e 2 da CRP).

No quadro que se segue descreve-se a tipificação legal dos diferentes tipos de violência de acordo com o atual código penal aprovado pela DL nº 400/82 de 23 de setembro e subsequentes alterações, a última das quais pela Lei nº 102/2019 de 06 de setembro:

Tipo de violência	Tipificação no Código Penal	Tipo de crime
Física	Ofensa à integridade física simples (art. 143º)	Semi-público
	Ofensa à integridade física grave (art. 144º)	Público
	Agravação pelo resultado (art. 147º)	Público
	Ofensa à integridade física qualificada (art. 145º)	Público
	Ofensa à integridade física por negligência (art. 148º)	Semi-público
Moral	Coação (art. 154º)	Semi-público
Sexual	Coação sexual (art. 163º)	Semi-público*
Verbal	Difamação	Particular
	Injúria	Particular
	Calúnia	Particular
	Ameaça (art. 153º)	Semi-público
	Ameaça agravada (art. 153º e 155º)	Público
Sexual	Violação (art. 164º)	Semi-público*
	Importunação sexual (art. 170º)	Semi-público*

Quadro 1: Tipificação legal da violência em Portugal
(Adaptado de Coelho D., Rebelo M. e Martins J., 2012)

***Exceto se deles resultar suicídio ou morte da vítima, caso em que é já crime de natureza pública.**

Em Portugal, é o Ministério Público (MP) quem tem competência para investigar a ocorrência de factos que a lei classifica como crime. Contudo, o MP não desencadeia por si só, a ação penal em todo o tipo de crimes. Daí estarem identificados três tipos de crime: o particular, o semi-público e o público.

Os crimes particulares são crimes em que a lei exige que o ofendido apresente queixa. Após a apresentação de queixa o MP desencadeia a investigação penal e convida o queixoso, no final do inquérito, a deduzir a acusação. Neste tipo de crime o MP não acusa, cabendo ao queixoso/ofendido constituir-se assistente no processo e deduzir oportunamente a acusação particular. São exemplos os crimes contra a honra (injúria e difamação) bem como alguns crimes contra a propriedade entre pessoas com laços de parentesco próximo.

Os crimes contra a integridade física simples, ofensas à integridade física por negligência, ameaças, coação simples, entre outros, são considerados crimes semi-públicos. Neste tipo de crimes, para que se desencadeie a ação penal, é necessário que o ofendido apresente queixa. Contudo, findo o inquérito e existindo indícios da prática do crime pelo arguido, o MP acusa e leva a causa a julgamento sem que seja necessário qualquer tipo de ação por parte do ofendido, designadamente com dedução de acusação. Este, poderá, até à audiência final, desistir da queixa apresentada.

Os crimes públicos, são todos aqueles considerados muito graves, como o homicídio, a ofensa à integridade física grave, a violência doméstica, entre outros. Nestes crimes não é necessária a existência de uma queixa, bastando a sua notificação pelas autoridades judiciárias ou policiais bem como a denúncia facultativa de qualquer pessoa para que se inicie o procedimento criminal. Nestes crimes, o processo corre mesmo contra a vontade do titular dos interesses ofendidos (vítima).

2. A VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO

A violência no local de trabalho está cada vez mais presente no dia-a-dia dos trabalhadores, não escolhendo contextos de trabalho, nem grupos profissionais.

Atualmente, estão sinalizados como ambientes de maior risco as organizações pertencentes aos sectores da saúde, transportes, comércio a retalho, restauração, banca e educação. Sendo o sector da saúde o mais afetado nos países da união europeia (UGT, 2016).

Segundo um inquérito sobre as condições do trabalho realizado na UE, em 2010, 1,9% dos trabalhadores foram vítimas de violência física no local de trabalho, o que significa que mais de 6 milhões de trabalhadores estão vulneráveis. Contudo, os números aumentam quando se trata de abusos verbais, tendo 10,8% dos trabalhadores sido vítimas deste tipo de agressão (UGT, 2016).

Para a Organização Internacional do Trabalho, a violência no local de trabalho é “qualquer ação, incidente ou comportamento que se afasta da conduta razoável em que uma pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada, ferida no decurso de, ou como um resultado direto do seu trabalho”. A Comissão Europeia define violência no local de trabalho como “incidentes em que as pessoas são abusadas, ameaçadas ou agredidas em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo as deslocações de e para o trabalho, envolvendo desafios explícitos ou implícitos para a sua segurança, bem-estar ou para a sua saúde” (UGT, 2016, p.4).

Das definições supracitadas podemos concluir que existem diferentes significados a convergir para a mesma ideia, o mesmo acontece em relação à denominação de violência. Em Portugal, associa-se a violência no local de trabalho, a termos como *mobbing*, assédio moral, assédio psicológico, *bullying*, psicoterror laboral, entre outros. Já em França, é usado o termo *harcèlement* moral (assédio moral), em Inglaterra, Austrália e Irlanda, a violência no local de trabalho é designada por *bullying* e *harassment*. Nos Estados Unidos por *moral harassment*, *emotional abuse*, *counter-productive work behavior*, no Japão por

ijime (ostracismo social) e em Espanha, por *psicoterror laboral*, *acoso moral* e *hostigamiento laboral* (CITE, 2016).

Os episódios de violência no trabalho não são possíveis de prever, dependendo das circunstâncias e das situações segundo as quais se realizam as atividades e das responsabilidades subjacentes ao trabalho. De ressaltar que o contato com o público, o facto de envolver valores e o desenvolvimento do trabalho isolado são fatores que tornam as pessoas mais vulneráveis a situações de violência no trabalho (UGT, 2016).

Foram identificados como fatores de risco mais comuns para o trabalhador fatores individuais e organizacionais. Os fatores individuais são os níveis baixos de educação e de formação, a curta experiência profissional, o ter estado exposto a violência anteriormente, a gestão inadequada de conflitos e a baixa autoestima. Os fatores organizacionais estão relacionados com a execução de tarefas ou situações específicas e a organização do trabalho (UGT, 2016).

A violência para ocorrer necessita de, pelo menos, dois intervenientes, o agressor e a vítima. O agressor poderá ser uma pessoa ou um grupo de pessoas. Contudo, nos casos de violência no local de trabalho, os principais agressores são os superiores hierárquicos ou os próprios colegas de trabalho. O agressor é movido por sentimentos de insegurança e de medo, tentando encobrir e dissimular as suas próprias falhas. O agressor age de forma ágil, destrói a autoestima da vítima e mobiliza outros elementos contra a mesma (Sousa, 2013).

Em relação à vítima, esta é, em regra, jovem, com menos de 30 anos e com pouca experiência profissional, o que pode causar nos funcionários mais velhos, sentimentos de insegurança e ameaça. Os trabalhadores com contratos precários são também outro dos alvos dos agressores uma vez que se aproveitam desta vulnerabilidade para afastar a pessoa da instituição (Sousa, 2013).

As vítimas possuem características que o agressor tenta “usurpar” sendo as pessoas mais atingidas as mais produtivas, motivadas e interessadas pelo trabalho (CITE, 2016).

Esta problemática acarreta consigo várias consequências que podem estar relacionadas com a frequência e a constância com que a pessoa é exposta a situações de violência. O assédio persistente e contínuo dirigido a uma pessoa ou a um grupo de pessoas pode ter consequências devastadoras para a/s vítima/s (CITE, 2016).

Apesar da violência física ser um dos riscos mais graves no trabalho podendo resultar em fraturas, hematomas e feridas, porém, as consequências psicológicas que advêm de tais episódios poderão vir a ser mais gravosas do que as consequências físicas. O trabalhador experiêcia desde reações de stress menores, a ausências prolongadas ao trabalho podendo, em casos extremos, levar ao suicídio. Pode ainda vivenciar insónias, depressão agorafobia e síndrome pós-traumático (DGS, 2015).

Para as organizações, os trabalhadores agredidos tendem a apresentar menor satisfação no trabalho e maior sofrimento, levando à diminuição da competitividade das empresas. Estes funcionários podem entrar num período de deterioração e isolamento, sucedendo-se alguns problemas de saúde originários do desequilíbrio socioeconómico e psicofísico. Frequentemente, experienciam transtornos do sono, ansiedade, stress, hipervigilância, mudanças na personalidade, problemas conjugais e depressão (CITE, 2016).

As vítimas são, muitas vezes, como que forçadas a pedir dispensa do serviço. Nos casos em que o agressor promove uma imagem negativa do agredido pode ocorrer denúncia do contrato pelo trabalhador ou transferência para outro serviço. A recuperação da vítima é lenta e, por vezes, esta pode não recuperar totalmente apesar de procurar ajuda especializada pois, estes episódios, são muitas vezes, confundidos com ansiedade e depressão (Sousa, 2013).

Segundo o quinto relatório europeu sobre as condições de trabalho, os trabalhadores expostos a episódios de violência psicológica, comparativamente aos expostos à física, apresentavam valores mais elevados de níveis de stress (52% vs 26%), fadiga (55% vs 35%), problemas de sono (40% vs 18%) e depressão (27% vs 8%) (UGT, 2016).

A violência no local de trabalho acarreta enormes custos para as empresas, para as vítimas e para a sociedade. Nas empresas, os custos refletem-se ao nível da produção e da reputação. Para a vítima, os custos resultam da consulta de especialistas, médicos e advogados, e da baixa drástica de remuneração mensal pela ausência de atividade laboral. A sociedade, devido ao absentismo, é afetada do ponto de vista económico, pois a vítima terá que recorrer aos sistemas de saúde e à segurança social (Sousa, 2013).

2.1 ETAPAS E TIPOS DE VIOLÊNCIA NO TRABALHO

A violência no local de trabalho é caracterizada segundo os métodos utilizados pelo agressor para afetar a vítima psicologicamente ou segundo a hierarquia laboral. Assim, Hirigoyen (2002), citado por Sousa (2013) agrupa em quatro categorias os procedimentos hostis usados pelos agressores:

- 1- Destruição intencional das condições de trabalho: o agressor atenta contra a dignidade do trabalhador de forma a que este se sinta incompetente. Procedimentos hostis como o privar a vítima da sua autonomia, não lhe transmitir informações úteis para a execução das suas tarefas, dar-lhe novas tarefas constantemente, agir de modo a impedir que seja promovida, atribuir tarefas incompatíveis com a sua saúde, encarregá-la, deliberadamente, de tarefas impossíveis de desempenhar e induzir ao erro, são uma constante nesta categoria.
- 2- Isolamento e rejeição à comunicação: a pessoa agredida sente-se menos hábil a reagir e a defender-se. Nesta categoria a vítima é interrompida constantemente, as pessoas da empresa não dialogam com ela, a comunicação é realizada apenas por escrito.
- 3- Atentados contra a dignidade: a pessoa é levada a duvidar das suas competências por intermédio do uso de palavras subentendidas e difamando o comportamento e o trabalho da vítima.
- 4- Violência verbal, física ou sexual: faz parte deste grupo métodos como falar aos gritos, ameaças de violência física, não fazer caso dos seus problemas de saúde.

A violência laboral é transversal a qualquer nível hierárquico da organização e pode estar relacionada com a função desempenhada pelo agressor ou pela vítima.

O mesmo autor, citado por Sousa (2013), identificou quatro tipos de violência no local de trabalho caracterizados segundo a hierarquia laboral:

A – “Horizontal: os agressores são os próprios colegas de trabalho que se encontram ao mesmo nível hierárquico. Poderá estar relacionado com problemas pessoais ou devido a alguns membros não aceitarem as normas da organização. Tal comportamento pode ser exacerbado por existirem trabalhadores com comportamento frágeis, ou diferentes a nível psíquico ou físico, levando os “maus” colegas a querer explorar essas diferenças com o intuito de magoar o outro.

B - Vertical descendente: o agressor é um superior hierárquico, isto é, o empregador sobre o empregado. Estudos salientam que este tipo de violência acarreta consequências mais graves do que a violência horizontal, pois a vítima tem tendência a sentir-se mais isolada e tem dificuldade em descobrir recursos para resistir.

C – Misto: quando a violência horizontal se prolonga no tempo passa a assédio verbal descendente, isto é, o empregador nada faz para ver a situação resolvida e, conseqüentemente, torna-se cúmplice do agressor.

D – Ascendente: ocorre quando uma pessoa que pertence a um nível hierárquico superior é vítima de violência no trabalho por parte de um ou mais subordinados.” (Sousa, 2013)

2.2 ASPETOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

A crescente industrialização, urbanização e modernização, com a melhoria dos padrões de vida, modificou os valores tradicionais e levou à transformação de um maior número de famílias patriarcais em famílias nucleares. Como resultado, a função da família e a ideia de respeitar os mais velhos enfraqueceu, o que levou a uma mudança da estrutura social. Devido a isso, o risco de negligência, abandono, de ameaças físicas e emocionais, e o abuso de crianças e idosos aumentou, ou seja, aumentou a violência na sociedade mundial atual (Cho, et al., 2015).

Na Declaração Universal dos Direitos do Homem considera-se, segundo o artigo 1º, que: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.” Também considera no artigo 3º: “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. (OE, 2005, p.448, 449). Sobressai destes artigos o direito a uma vida digna, assente no respeito por si e pelo outro e dos outros para com a pessoa.

A problemática da violência não é só um problema dos profissionais e das instituições de saúde, é um problema à escala mundial transversal a todos os indivíduos e a todas as profissões como temos apresentado.

Sendo a enfermagem uma profissão que se preocupa com o bem-estar do ser humano, não basta aos seus profissionais qualidades científicas e /ou técnicas, pois “somos gente que cuida de gente, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora, (...) temos de tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar os outros com gentileza e

dignidade” (OE, 2005, p.17). Assim sendo, no que se refere à deontologia profissional, os enfermeiros têm de orientar as suas práticas pela preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro como contemplado no artigo 99º nº1 do estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo DL nº 104/98 de 21 de abril com a última alteração aprovada pela Lei nº156/2015 de 16 de setembro (OE, 2015).

Os enfermeiros, como qualquer outro cidadão têm direitos e deveres inerentes ao ser humano e específicos à sua atividade profissional: “têm o dever de preservar e defender os direitos dos seus clientes a cuidados de saúde adequados às suas necessidades, têm igualmente o direito de usufruir de condições de trabalho que permitam o seu exercício profissional, de acordo com as leis vigentes, num clima de segurança pessoal, livre de maus tratos, violência, ameaças ou intimidações” (OE, 2009b, pág. 1).

No seu dia a dia de trabalho, os enfermeiros podem ter necessidade de prestar cuidados a utentes agressivos pondo em causa, por vezes, a sua própria segurança. A possibilidade de recusa por parte do enfermeiro em prestar cuidados a este tipo de utentes é legítima e encontra fundamento quando se sustenta em princípios científicos, na recusa consciente do próprio cliente e quando não detém condições mínimas para uma prática segura. Acresce que o enfermeiro deve diligenciar sempre para que a pessoa não fique sem cuidados de saúde (OE, 2009b, 2016).

Relativamente ao doente, este tem consagrado como direito, o de ser atendido com qualidade, contudo, o profissional de saúde também tem o direito de não ser lesado na sua dignidade por comportamentos desrespeitosos dos seus direitos de personalidade. Os direitos de ambos devem coexistir, não possuindo uma relação de subalternidade devendo os seus titulares ceder na medida do necessário para que todos produzam igualmente o seu efeito, sem maior detrimento para qualquer das partes (artigo 335º do Código Civil).

A carta dos direitos e deveres dos doentes salienta ainda que o doente tem o direito de ser respeitado, de ser tratado com dignidade, mas por outro lado, tem o dever de respeitar a dignidade dos profissionais de saúde e dos outros doentes. (OE, 2005).

O respeito pelos direitos do doente estende-se aos acompanhantes. Como refere a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2014), a Lei nº 15/2014, reconhece e garante a todo o cidadão admitido no serviço de urgência (SU) o direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada, devendo ser informado sobre tal, aquando a sua admissão. Contudo, há limites ao direito de acompanhamento pois, o acompanhamento não deve

comprometer as condições e requisitos técnicos a que a prestação de cuidados médicos obedece. O profissional de saúde deve informar o acompanhante sobre o motivo de este ver vedada ou limitada a sua presença. Assim, segundo o artigo 4º dos direitos e deveres do acompanhante “o acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente, nas diferentes fases do atendimento (com algumas exceções); o acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço; no caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do SU, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante” (ERS, 2014)

É provável que o dever de prestar cuidados perante comportamentos desafiantes e o direito a ser respeitado como profissional de saúde e como cidadão, entrem em conflito, contudo, é importante defender uma política de “tolerância zero” à violência no local de trabalho. (Comeskey, 2016)

Para Copeland & Henry (2017), a “tolerância zero” passa por um sentido ético em que o SU não pode recusar tratamento aos utentes que necessitam de cuidados médicos, mesmo que o seu comportamento não seja o mais adequado. Estes autores defendem que as medidas impostas não devem ter grande impacto na diminuição da violência com origem nos doentes, mas na violência perpetrada pelos familiares e acompanhantes que podem ser afastados do interior das unidades de saúde.

3. A VIOLÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Em todo o mundo, os serviços de urgência são caracterizados por serem uma das áreas mais movimentadas das instituições de saúde, quer pela grande afluência da população à procura de uma resposta eficaz para os seus problemas de saúde, quer pela presença de elevado número de familiares ou acompanhantes que aguardam pela pessoa em atendimento.

A palavra “urgência”, provém do latim *urgens* que significa carácter do que não admite demoras, necessidade que requer satisfação imediata, situação grave ou crítica. (Costa & Melo, 1994). Esta definição está diretamente relacionada com o tipo de atendimento prestado pelos serviços de urgência.

Em Portugal, e em outros países, tem-se constatado o recurso ao SU para muitas situações que não se enquadram no contexto de uma situação urgente ou emergente, sendo algumas vezes utilizado como um serviço de consulta externa, centro de saúde, hospital de dia ou para procedimentos não programados e clinicamente não urgentes, originando o aumento da afluência e sobrecarga/sobrelotação destes serviços, com o conseqüente aumento dos tempos de atendimento (Palagi et al., 2015).

Esta realidade concorre para a possibilidade de os profissionais de saúde dos serviços de urgência estarem mais expostos a episódios de violência perpetrados pelos doentes e/ou acompanhantes. Tanto os doentes como os acompanhantes ao considerarem a sua condição de saúde como urgente ou até mesmo emergente, ao questionarem a prioridade atribuída aquando da triagem e ao sentirem que os profissionais não lhes estão a dedicar a atenção que necessitam, veem o seu stress aumentar. Como se sentem doentes, não entendem o porquê do tempo de espera, sendo este um motivo de conflito que pode levar à ocorrência de episódios de violência. Daí que, segundo Nelson (2014), os serviços de urgência constituam uma das áreas de saúde onde a ocorrência de episódios de violência é maior.

Também Palagi et al. (2015), aponta como fatores que levam à violência no SU: a grande procura, serviços sobrelotados, aumento da tensão de quem precisa de atendimento urgente, os tempos de espera e a sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde.

Os acompanhantes e familiares tendem a tomar medidas de proteção e defesa das necessidades e objetivos do utente e manifestam-se muitas vezes de forma agressiva, relativamente aos tempos de espera, ao atendimento e à falta de informações sobre a situação clínica do utente. A agressividade pode estar ainda associada ao facto de os cuidadores estarem exaustos, de estarem a viver momentos de fragilidade emocional ou de choque face ao diagnóstico de uma doença inesperada, o que abala a estrutura familiar (Palagi et al. 2015).

A violência pode ainda ser justificada pelo crescente consumo de drogas e álcool. Apesar da população ter acesso a informação através dos meios de comunicação e das redes sociais, esta tende a manifestar falta de conhecimento relativamente aos seus direitos e deveres, reagindo com ameaça, agressão verbal e pressão sobre os profissionais de saúde, de forma a acelerarem o atendimento médico. Estas formas de agressão são vistas pela população como um meio válido para obter os cuidados que pretendem, sendo como que uma sensação de direito que é disforme à necessidade (Comeskey, 2016).

O comportamento agressivo, hostil ou assolador do utente e familiares/acompanhantes pode ser uma demonstração de dor, de sofrimento, uma forma de libertação pelo sofrimento do utente ou família (Lourenço e Lisboa, 1992, citado por OE, 2009a). Pode ser uma forma da pessoa se proteger ou demonstrar a dor que sente, principalmente na comunicação de más notícias, “A transgressão da norma ou o desvio não definem apenas por si o crime, pelo que nem toda a violência é crime. Primeiro, porque os atos nunca são perspetivados da mesma maneira e, depois, porque nem todos os atos anti normativos são ilegais ou intrinsecamente desviantes.” (Lourenço e Lisboa, 1992, citado por OE, 2009a, p.2).

Os enfermeiros que estão mais expostos à violência são aqueles que trabalham com pessoas que têm dor, que estão sob stress e que, geralmente, sentem que perderam o controlo da sua vida (Nelson, 2014). De entre este grupo profissional, os enfermeiros do SU são os que sofrem um maior número de agressões pois são o primeiro contato do utente e dos seus familiares/acompanhantes quando recorrem ao hospital em situações críticas e stressantes (ALBashtawy e Aljezawi, 2015).

Numa revisão bibliográfica realizada por Contrera- Moreno e Contrera-Moreno (2004), os autores referem que no Canadá, em dois anos, foram registados 242 casos de agressões físicas e 646 casos de agressões verbais, tendo sido os enfermeiros (80,2%) os principais profissionais de saúde agredidos. Por outro lado, na Suécia, de 2690 enfermeiros somente 29% sofreram de violência, tendo sido a violência psicológica a mais predominante. Um outro estudo analisado por estes autores relata que no Kuwait, de 5876 enfermeiros, 48% foram vítima de violência verbal enquanto 7% de violência física sendo que os utentes (51%) foram os principais autores seguindo-se os familiares/acompanhantes (44%).

A violência no setor da saúde é um enorme risco para o mundo do trabalho e uma ameaça à prestação de cuidados de qualidade (ICN, 2006).

A *American Nurse Association* (ANA, 2002) considera três fatores de risco associados à violência sobre os profissionais de saúde, e em particular sobre os enfermeiros: o ambiente, as práticas de trabalho (dinâmicas) e as características das vítimas.

O ambiente diz respeito à acessibilidade de doentes e visitantes a armas, falta de seguimento clínico de doentes com patologia psiquiátrica no SU e deficiente acompanhamento clínico, unidades acessíveis 24 horas por dia, movimentação de pessoas estranhas sem restrições, familiares perturbados, falta de seguranças adequadamente treinados, ausência de autoridade policial, presença de membros de gangues e pessoas de etnias diferentes, alcoólicos ou toxicodependentes e áreas de estacionamento pouco iluminadas. As práticas de trabalho como longos períodos de espera, poucos profissionais de saúde para o volume de trabalho existente, grande afluência de doentes, trabalho isolado com doentes durante exames auxiliares de diagnóstico ou tratamentos e falta de pessoal qualificado e treinado no reconhecimento e gestão de conflitos. E por fim, as características das vítimas e dos autores pois, as vítimas são normalmente enfermeiros sem treino nesta área e com pouca experiência profissional. A violência pode estar relacionada com relações de género. Os autores, frequentemente, têm histórico de comportamentos violentos, doença psiquiátrica ou demencial ou estão sob o efeito de álcool e/ou substâncias ilícitas (ANA, 2002).

No entanto, existem fatores de risco que estão associados às características das instituições de saúde como referem ANA (2002) e NIOSH (2002). Os autores consideram vários fatores comuns a diferentes unidades de saúde, sendo eles: o trabalho direto com pessoas instáveis podendo estas estar sob o efeito de droga ou álcool, histórico de

violência ou patologia psiquiátrica, elevados períodos de espera em salas sobrelotadas e desconfortáveis, poucos profissionais disponíveis, segurança inadequada, falta de pessoal treinado e polícia, acesso a armas de fogo, acesso de pessoas a áreas restritas, áreas mal iluminadas, e utentes com doenças mentais e/ou demências.

O ICN (2006), justifica a violência no local de trabalho com as condições de trabalho, como os níveis inadequados de dotação e de supervisão, contratos de trabalho temporários e precários, profissionais com pouca experiência profissional, elevada carga laboral, trabalho por turnos, falta de segurança, intervenções que requerem contacto físico, áreas de trabalho com muita acessibilidade e falta de privacidade.

Como referido anteriormente, os enfermeiros são a classe profissional que está mais exposta a episódios de violência no SU pois, são os profissionais que têm um maior contacto direto com utentes e familiares. Este serviço requer que os trabalhadores lidem com os doentes de forma muito rápida e, conseqüentemente, os episódios de violência documentados têm origem não só na demora no atendimento, como num atendimento rápido, de baixa qualidade ou pouco personalizado. Contudo, existem mais fatores que despontam episódios violentos como a atitude do profissional de saúde (tom de voz, respostas grosseiras dadas a doentes e familiares/acompanhantes ou até mesmo a postura) (Costa, 2005).

A violência no local de trabalho afeta os enfermeiros em geral, independentemente de serem vítimas diretas ou não, o que afeta o seu desempenho profissional e diminui a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O Departamento de Qualidade na Saúde da DGS elaborou vários relatórios entre os anos de 2007 a 2014 com a Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde em Portugal. Assim sendo, em 2007 foram comunicados 35 casos de violência aos profissionais de saúde sendo que, metade eram enfermeiros, na sua grande maioria do género feminino. A nível hospitalar, o SU foi o local onde mais ocorreram episódios de violência perpetrados pelos utentes do género masculino, sendo a violência psicológica a mais praticada. Conseqüentemente, 17% das vítimas necessitou de tratamento, 14% faltaram ao emprego e 17% preencheu uma declaração de acidentes de trabalho. A maioria dos profissionais revelou-se insatisfeito pela maneira como a instituição lidou com a situação, considerando que a maioria dos episódios poderia ter sido prevenida, reconhecendo que tais episódios são habituais. Cenário que se manteve semelhante nos

anos de 2008, 2009 e 2010 com a particularidade de, no ano de 2010, haver um aumento do número de casos de violência física reportada, mas mesmo assim, a violência psicológica foi predominante (DGS, 2008 – 2015).

Nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014, os relatos foram em tudo semelhantes aos dos anos anteriores, porém, o agressor deixou de ser o utente do sexo masculino passando a ser do sexo feminino (à exceção do ano de 2014 que voltou a ser o doente do sexo masculino o principal agressor) e as consultas externas e o SU passaram a ser os locais onde foram perpetrados mais episódios de violência. Ao longo dos anos, pela análise dos relatórios, a violência física aumentou sendo, no entanto, a violência psicológica a predominante (DGS 2008-2015).

A violência contra os enfermeiros tem consequências não só na saúde e no bem-estar destes como também na prestação de cuidados de saúde e na capacidade de os enfermeiros prestarem cuidados de qualidade aos utentes (Hogarth et al., 2015). Já em 2006 o ICN (2006) apontava como consequências da violência psicológica e física os sentimentos de choque, tristeza, descrença, culpa, raiva, desilusão, depressão, vergonha, medo, auto-culpabilização, impotência, lesões físicas, distúrbios sexuais, aumento do stress e ansiedade, a perda de autoestima e descrença nas suas competências, perda de satisfação no trabalho, distúrbios do sono e da alimentação, isolamento, insatisfação profissional e absentismo.

Em Portugal, a DGS (2006), na circular informativa 15/DSPCS, agrupou as consequências da violência em três níveis: institucional, com prejuízo na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde, individual e social. Os danos nestes dois últimos níveis centram-se na saúde física e mental dos profissionais agredidos e dos que testemunham os episódios de violência, no desempenho profissional, no aumento de absentismo por doença, aumento de mudança de local de trabalho, menor satisfação profissional, quebra de produtividade e aumento de queixas, litígios e prémios de seguro.

Segundo Hogarth, et al. (2015), a maioria dos profissionais aceita que a violência faça parte do seu dia-a-dia no SU. Os enfermeiros não reportam a situação por não terem conhecimento sobre onde e como o fazer ou, então, por ser um processo demorado e complexo. Acredita-se que um sistema simples, que demore poucos minutos a preencher possa encorajar os profissionais a fazê-lo mais regularmente.

Em Portugal e, perante uma situação de violência, as diretrizes da DGS, segundo o relatório de 2015, para os profissionais de saúde, consistem em notificar on-line o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NotifiQ@), de seguida, comunicar por escrito ao superior hierárquico, com identificação de testemunhas (preferencialmente) e denunciar junto das autoridades, contudo, poderá ainda ser apresentada queixa junto do Ministério Público (DGS, 2015) ou órgão policial.

3.1 PROCEDIMENTOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Pelo que descrevemos, a violência no local de trabalho, principalmente nas unidades de saúde, é um problema grave e sem fim à vista. Contudo, é urgente adotar medidas preventivas e punitivas para os agressores e incentivar os profissionais a notificar episódios violentos.

Muitos dos números da violência não são conhecidos devido à baixa notificação dos incidentes. Acreditamos que cerca de 70 a 80% das agressões nunca serão reportadas. Os enfermeiros como principais vítimas, acreditam que serem agredidos faz parte do trabalho e que, avançar para um processo crime poderá custar-lhes o emprego (Nelson, 2014). A benevolência da violência pode ofuscar ou mesmo extinguir a necessidade de estar preparado. Como a violência não é reportada, na maioria das vezes, muitos enfermeiros sofrem em silêncio.

Os números reais deste flagelo à escala mundial não são conhecidos pois, impera no mundo laboral uma cultura de não notificar os episódios de violência de que são vítimas, sobretudo nos enfermeiros do SU. Algumas razões apontadas na literatura para justificar o facto de não notificar passam por aceitar que abusos verbais e físicos fazem parte do ambiente normal do SU, a preocupação que o facto de reportar tal evento possa refletir falta de habilidades dos profissionais envolvidos, a empatia perante o doente/acompanhante em relação às razões de raiva e agressividade destes, a falta de tempo para elaborar um relatório ou queixa formal devido à sobrecarga de trabalho e a ausência de lesões físicas graves (Richardson, et al., 2018).

Em 1995, Kaplan e Sadock consideraram existir sinais iminentes de violência quando o agressor apresenta punhos e dentes cerrados, ameaças verbais, armas ou objetos potencialmente utilizáveis como armas, agitação psicomotora, intoxicação alcoólica e

com drogas, delírios paranoides e alucinações. Perante estes sinais, os profissionais de saúde devem proteger-se, evitar entrevistar o utente a sós ou num ambiente de porta fechada, considerar a remoção de gravatas, colares, joias que permitam que o agressor possa agarrar, permanecer visível junto de outros profissionais de saúde, pedir a elementos treinados que executem a contenção física, barrar acesso a locais onde possam existir possíveis “armas”, manter-se a um braço de distância do agressor, evitar desafiar ou confrontar doentes psicóticos, deixar uma via de escape aberto e jamais virar as costas ao agressor (Kaplan & Sadock, 1995).

A constatação desta realidade levou a OIT, ICN e a OMS (2002) a elaborar diretrizes que visam lidar com a violência no local de trabalho no sector da saúde. Assim as administrações e autoridades competentes devem promover condições para diminuir/eliminar a violência através de campanhas de sensibilização e solicitar dados estatísticos sobre a violência aos trabalhadores. As instituições devem assegurar recursos humanos adequados e com qualificações assim como a rotatividade dos trabalhadores. Os empregadores devem responsabilizar-se por assegurar a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores, apoiar os trabalhadores vítimas de episódios violentos a curto, medio e a longo prazo e reconhecer o impacto da violência. Por fim, os trabalhadores têm o dever de seguir as políticas e procedimentos no local de trabalho, frequentar formações, relatar incidentes e procurar orientação. Para estes organismos para a avaliação do risco, é necessária a realização do diagnóstico da situação que, poderá ser elaborado com base na análise dos registos oficiais de incidentes e absentismo, na observação dos fatores de risco e fragilidades dos serviços, na análise do tipo de liderança e na realização de inspeções periódicas no local de trabalho.

Também em Portugal, o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP) em 2000 publicou uma lista de medidas que visava prevenir/diminuir a violência sobre os profissionais de saúde, propondo medidas de segurança nos SU - contratação de seguranças, porteiros, colocação de alarmes, fornecimento de telemóveis de serviço, melhoria das condições dos edifícios – iluminação, diminuição do ruído, controlo da temperatura, condições de higiene e privacidade, limitar o acesso ao público em geral, triagem de utentes agressivos para áreas específicas, recursos humanos adequados, horários de trabalho mais adequados, melhoria na receção de utentes, melhor qualidade e eficiência nos cuidados de saúde prestados e maior responsabilização dos utentes pelos seus episódios.

Os Planos Nacionais de Saúde de 2004-2010 e de 2012-2016 atribuem também elevada relevância à violência no local de trabalho, particularmente contra os enfermeiros, pessoal administrativo e médicos de clínica geral. Perante tal situação, a DGS propôs as seguintes medidas (DGS, 2006) que visam o combate à violência, enfatizando a prevenção:

- Macro- medidas ao nível social, cultural e legal tendo sido criado um Observatório Nacional da Violência contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho que permite o registo on-line dos episódios de violência. As intervenções a este nível têm um horizonte de mudança de, pelo menos, 10 anos;
- Meso- normativas com linhas orientadoras para dirigentes, profissionais de saúde e utentes, realçando as condições de trabalho e de acesso aos serviços de saúde, regras de gestão e diretivas processuais relacionadas com a violência. Estas intervenções devem surtir efeito dentro de 3 a 10 anos;
- Micro- procedimentos de segurança, mecanismos de notificação de incidentes, formação sobre comunicação e gestão de conflitos, apoio às vítimas e investigação de incidentes violentos. Estas mudanças verificam-se dentro de 1 a 2 anos.

A DGS defende que os episódios de violência devem ser abordados com extrema relevância, devendo estes ser devidamente registados e avaliados profundamente levando à tomada de medidas para que possa ser controlado (DGS, 2008).

Porém, os profissionais de saúde relatam motivos, como o medo de repercussões se a ação legal prosseguir, falta de apoio por parte de colegas e/ou superiores hierárquicos, perceção de incompetência do próprio por ser incapaz de lidar com um utente violento e perceção da violência como parte do trabalho, como sendo os principais motivos para um baixo nível de notificações (DGS, 2006).

A partir do ano de 2014, a OE passou a disponibilizar um seguro gratuito para todos os membros da OE com cédula profissional válida que garante as indemnizações devidas em consequência de acidentes pessoais ocorridos em Portugal e provocados, exclusivamente, por agressões físicas sofridas pelas pessoas seguras, quando no exercício da atividade profissional de enfermeiros (OE, 2014).

3.2 SÍNTESE DA EVIDÊNCIA SOBRE A VIOLÊNCIA

Apesar de uma percentagem baixa de enfermeiros reportar os episódios de violência de que é vítima, já existem alguns estudos nacionais e internacionais que espelham essa realidade. Contudo, medir a extensão da violência é algo complexo pois, a falta de uma definição e a diferente percepção da mesma por parte das vítimas leva a uma maior dificuldade em conhecer a magnitude real deste fenómeno.

A nível internacional um estudo realizado em 2014 nos SU da Jordânia por AlBashtawy & Aljezawi (2016) relata que 75% dos enfermeiros que participaram no estudo foram vítimas de violência, sendo que 69,2% sofreram episódios violentos mais que uma vez durante o ano. Os enfermeiros do sexo masculino foram as principais vítimas. A violência física (63,9%) predominou em relação à violência verbal (48%). A área do SU onde ocorreram mais episódios de violência foi a sala de tratamentos. Na maioria dos hospitais da Jordânia, não existe uma área de triagem, sendo a sala de tratamentos a área onde o utente e familiares/acompanhantes têm o primeiro contacto com os profissionais de saúde. Os fatores relatados com maior frequência, pelos enfermeiros para a ocorrência de tais episódios, foram os tempos de espera, os aglomerados de pessoas e o excesso de expectativas por parte dos utentes e dos familiares/acompanhantes em relação aos cuidados de saúde prestados.

Só uma pequena percentagem de enfermeiros jordanos é que reportou tais incidentes, tendo os restantes considerado que não era importante e que podia influenciar os cuidados prestados trazendo consequências negativas para os profissionais de saúde (AlBashtawy & Aljezawi, 2016).

Um outro estudo realizado por Alyaemmi & Alhudaithi (2016), no ano de 2015, em três SU, de Riyadh, na Arábia Saudita, aponta que 89,3% dos enfermeiros foi vítima de violência no local de trabalho nos últimos 12 meses, sendo que 21,3%, mais que quatro vezes. O turno da tarde (55,6%) foi o mais crítico dos três turnos. Os principais perpetradores identificados foram os utentes (73,6%), seguidos dos familiares/acompanhantes com 57,9% dos casos. A área mais propícia foi o gabinete de enfermagem (37%) seguido da área da sala de espera (33,3%).

As enfermeiras foram as principais vítimas sendo que reportaram mais casos de violência verbal e sexual. Do total de enfermeiros que participou no estudo, 59,3% não reportou o incidente por acharem que não teve importância ou por vergonha. O modo como as

instituições agiram não foi do agrado das vítimas sendo que 72,3% se sentiu insatisfeito (Alyaemmi & Alhudaithi, 2016).

Num estudo na China durante o ano de 2016, por Shi et al. (2017), identificaram 10.502 enfermeiros, dos 15.970 inquiridos, foram vítimas de violência nos últimos 12 meses. A violência no local de trabalho na China é maior que em outros países e frequente, incluindo a violência verbal (64,9%), violência física (11,8%) e o assédio sexual (3,9%) da população do estudo. Os principais agressores foram os familiares dos utentes tendo tais episódios acontecido maioritariamente no período da manhã. 60% dos enfermeiros respondeu com tolerância, paciência e compreensão para tal fenómeno. Os fatores de risco associados à violência laboral contra a classe dos enfermeiros foram a idade dos participantes, o serviço, os anos de experiência e a falta de tempo para os utentes (Shi et al., 2016).

Entre os anos de 2000 e 2001 foi realizado um estudo pela *National Audit Office* (2003) onde foram relatados 84214 incidentes de violência no NHS (serviço nacional de saúde inglês). Comparativamente ao estudo realizado no biénio 1998 a 1999, houve um aumento de 30% de relatos de violência e tal deve-se ao facto de os profissionais de saúde terem uma maior consciência da importância de notificar a violência, ao aumento da atividade hospitalar, ao aumento das expectativas dos utentes e da frustração dos mesmos pelo aumento dos tempos de espera.

Num estudo realizado por Staines (2009), após 10 anos de implementação da campanha de “Tolerância Zero” para a violência, a autora concluiu que ainda existe uma grande barreira no combate à violência. O facto de os profissionais de saúde terem a violência como parte do trabalho dificulta o sucesso da campanha que visa alertar os utentes para a inaceitabilidade da violência, tendo sido elaboradas normas para os profissionais saberem como lidar com o problema e facultadas indicações aos hospitais do NHS para gerirem incidentes violentos e suspender tratamentos a utentes problemáticos.

Neste estudo, a autora observou que o número de casos relatados entre o ano de 2000 e 2003 aumentou sendo que em 2000 e 2001, foram notificados 84.214 incidentes, tendo aumentado para 112.000 em 2001- 2002 e para 116.000 nos anos de 2002 e 2003. Em 2004-2005 foram notificadas 60.385 agressões físicas, em 2005-2006 diminuiu para 58.695, em 2006-2007 continuou a diminuir para 55.709 e 2007-2008 começou novamente a aumentar para 55.993 mesmo assim estes valores mantiveram-se mais

baixos comparativamente aos números apresentados em 2000. As agressões verbais não foram contempladas. Segundo a autora, a diminuição do número de episódios de violência deve-se ao facto dos agressores poderem ser multados até 100 libras ou até cumprirem penas de prisão (Staines, 2009).

Em Portugal, o SEP (2000) realizou um estudo sobre a violência em hospitais e centros de saúde. Em ambos os casos, as enfermeiras e os responsáveis de enfermagem foram os profissionais mais vulneráveis, assim como os que trabalhavam em SU e em psiquiatria. Nos centros de saúde, os enfermeiros e médicos foram as principais vítimas de violência psicológica. Nos hospitais, as vítimas foram, na sua maioria, os enfermeiros e apesar da violência psicológica ter predominado, também foram registados casos de violência física.

Neste mesmo estudo do SEP (2000), foram questionados os gestores (diretor clínico e enfermeiro diretor) de seis hospitais sobre o problema, os quais entendem a violência como um meio a que o utente recorre para chamar a atenção. Estes gestores consideram ser importante reduzir os casos sociais nos hospitais e formar os profissionais de saúde em resolução de conflitos e ética, acrescentando que os profissionais se devem mentalizar que a violência no trabalho é uma realidade.

Ferrinho et al. (2002) realizaram um estudo de caso onde concluíram que a violência psicológica é a mais frequente nos enfermeiros e nos médicos dos hospitais e centros de saúde, contudo, a violência física é mais perpetrada aos enfermeiros e o assédio sexual aos enfermeiros do sexo masculino. Os principais autores dos episódios de violência foram os doentes e os familiares/acompanhantes do sexo masculino. As instituições provocam grande insatisfação aos profissionais perante a forma como lidam com o incidente.

Em 2013, foi publicado um estudo em larga escala que analisou 150.000 enfermeiros. Desse estudo, concluiu-se que um terço dos enfermeiros foram vítimas de violência física, assédio moral e injúrias. Por outro lado, aproximadamente dois terços dos enfermeiros, experienciou episódios de violência não física (Nelson, 2014).

4. METODOLOGIA

O enquadramento teórico permitiu contextualizar o problema em estudo e criar as bases para o desenvolvimento empírico do mesmo. Torna-se agora fundamental descrever o percurso da investigação, bem como os procedimentos de análise e interpretação dos dados.

Assim sendo, este capítulo centra-se na abordagem do tipo de estudo, questões e objetivos, população e amostra do estudo, instrumento de colheita de dados, procedimentos éticos e legais desenvolvidos e o processo de tratamento de dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando os pressupostos teóricos, os objetivos delineados e a questão de investigação, optou-se pela realização de um estudo descritivo-exploratório. Trata-se de uma investigação descritiva, pois tem como finalidade descrever o que existe e, determinar a frequência com que algo ocorre (Gray et al., 2017). Utiliza-se este estudo quando existe pouca ou nenhuma informação sobre o que se pretende estudar.

A investigação exploratória em vez de simplesmente observar e descrever fenómenos, investiga a sua natureza, o modo como se manifesta e outros fatores relacionados, inclusive fatores que talvez sejam a sua causa (Polit & Beck, 2011).

Atendendo a que se pretende estudar um caso específico, bem delimitado, contextualizado num determinado contexto, recorreu-se a alguns dos pressupostos do estudo de caso, por ser “uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especificamente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes” (Yin, 2010, pág. 39). Este tipo de estudo, segundo o autor anteriormente citado é cada vez mais utilizado em ciências humanas e sociais como procedimento de análise da realidade (Yin, 2010).

4.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A investigação tem origem com uma questão referente a um tema de estudo que se deseja investigar. Neste sentido, enunciou-se como questões norteadoras do estudo: Qual a prevalência e o padrão de violência nos enfermeiros de um serviço de urgência? e O que aconteceu após o episódio de violência?

Afim de responder à questão de investigação traçou-se como objetivos:

- Identificar a prevalência da violência nos enfermeiros de um serviço de urgências;
- Caracterizar a tipologia de violência exercida sobre os enfermeiros de um SU;
- Identificar o tipo de agressor mais frequente;
- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre as causas da violência sofrida;
- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre o que acontece após o episódio de violência

4.3 VARIÁVEIS

Relativamente às variáveis considerou-se como principal a violência sobre os/as enfermeiros/as, medida através do relato dos episódios de violência física e não física, da frequência de tais episódios, do turno e do local onde ocorreu, assim como as consequências desta.

E como variáveis de caracterização as referentes aos/às enfermeiros/as e aos/às agressores/as. No que concerne à caracterização dos/as enfermeiros/as esta foi medida através das suas características sociodemográficas e profissionais (nacionalidade, estado civil, sexo, idade, formação académica, número de anos de experiência profissional). Em relação ao agressor a caracterização integrou a idade e o sexo.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é o conjunto de indivíduos ou objetos com características comuns. Neste estudo a população alvo foi constituída pelos/as enfermeiros/as, que exercem funções num SU de uma instituição de saúde da região centro.

Nem sempre o investigador tem recursos para estudar toda a população e por isso, é como que obrigado a considerar uma parte da população, a amostra. Esta deve ser representativa da população em estudo (Hill & Hill, 2015).

Para a seleção da amostra, estabeleceu-se como critério de inclusão, os/as enfermeiros/as a exercer funções num serviço de urgência de um centro hospitalar, vítimas de violência nos últimos 12 meses.

A instituição de saúde integra dois serviços de urgência. O número total da amostra foi de 50 enfermeiros de um total de 207 enfermeiros, sendo que 138 são de um dos serviços de urgência e os restantes 69 do outro.

A amostra final, como referido, incluiu 50 enfermeiros, sendo 8 (16%) do sexo masculino e 42 (84%) do sexo feminino. Do total de participantes, 20 (40%) são solteiros, 26 (52%) casados e 4 (8%) têm outro estado civil. Relativamente à formação académica, dos 50 enfermeiros, 23 (46%) são licenciados, 12 (22%) são detentores de uma pós-graduação e 15 (30%) têm mestrado. Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa. Na tabela que se segue apresenta-se as características sociodemográficas dos enfermeiros. A idade média dos enfermeiros é de 36,38 anos, variando entre um mínimo de 26 anos e um máximo de 55 anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional a média foi de 13,22 anos (Quadro 2).

		Nº	%		
Sexo	Masculino	8	16		
	Feminino	42	84		
	Total	50	100		
Estado civil	Solteiro	20	40		
	Casado	26	52		
	Outro	4	8		
	Total	50	100		
Formação académica	Licenciatura	23	46		
	Pós-graduação	12	22		
	Mestrado	15	30		
	Total	50	100		
Nacionalidade	Portuguesa	50	100		
	Outro	0	0		
	Total	50	100		
	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade (anos)	26	55	36,38	36	6,84192
Tempo de exercício profissional (anos)	3	32	13,22	13	6,34803

Quadro 2- Características sociodemográficas dos/as enfermeiros/as

4.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Depois de identificado o problema, colocadas as questões de investigação, definidos os objetivos e as variáveis, assim como a população, optou-se por utilizar um instrumento de colheita de dados que permita caracterizar a violência sobre os/as enfermeiros/as no SU.

Para tal, utilizou-se o questionário, constituído por um conjunto de questões, a ser respondidas por escrito, sem a presença do investigador. Após o preenchimento do questionário este foi devolvido por correio eletrónico.

A elaboração de um questionário nem sempre é fácil, pois as questões devem ser colocadas de forma a fornecer dados que permitam testar adequadamente os objetivos da investigação, sendo assim, “é muito fácil elaborar um questionário, mas não é fácil elaborar um bom questionário” (Hill & Hill, 2015, p.83).

Para a construção do questionário, o investigador deve recorrer à literatura existente a fim de descobrir se há algum instrumento de colheita de dados que corresponda aos seus objetivos da investigação. Assim sendo, realizou-se uma pesquisa assente na problemática em estudo em que foram encontrados vários questionários que não estavam direcionados unicamente para o SU, à exceção de um. Esse questionário foi o selecionado para utilizar no nosso estudo (anexo I). Contudo houve necessidade de o adaptar à realidade portuguesa, uma vez que este tinha sido elaborado por dois autores da Arábia Saudita, contexto onde o questionário foi aplicado.

Na construção de cada pergunta teve-se em conta a clareza das questões e a sensibilidade ao estado psicológico de quem ia responder (Polit & Beck, 2011). Após a construção do questionário (anexo II) este foi submetido a um pré teste para análise das questões.

De salientar que com o questionário foi enviado uma nota/carta explicativa sobre a natureza da pesquisa (apêndice I), a sua importância, e a importância do preenchimento do questionário. O respondente foi encorajado a participar e a responder ao questionário logo que possível como recomendam Markoni e Lakatos (2010).

A nota/carta explicativa e o questionário foram construídos em formato de formulário no Google® Docs e enviado o link por email para os enfermeiros chefe com o pedido de colaboração a fim de reenviarem posteriormente a todos os enfermeiros dos dois serviços de urgência. O uso da internet como meio de participação em questionários é para Polit e Beck, (2011) mais económico e que respeita o ambiente. No entanto, as autoras anteriores também chamam à atenção que a internet não tem só vantagens, uma das desvantagens é a baixa taxa de respostas e o poder levar a desvios

O questionário foi organizado em duas partes. A primeira encontra-se subdividida em três grupos e a segunda consiste numa pergunta de resposta aberta, onde o enfermeiro é convidado a relatar a sua perceção e a avaliação que faz do episódio de violência que mais o marcou.

A primeira parte integra a:

- Caracterização sociodemográfica e profissional do respondente. Esta parte é constituída por um conjunto de sete perguntas, cinco das quais de resposta fechada e duas de resposta aberta, visando caracterizar a amostra no que concerne à nacionalidade, ao estado civil,

ao sexo, à idade, formação acadêmica, número de anos de exercício profissional e se frequentou ou tem formação sobre violência;

- Caracterização relativamente à frequência e padrão de violência no local de trabalho, englobando uma pergunta de resposta aberta e dez de resposta fechada. O respondente, nesta fase, é questionado sobre se sofreu algum episódio de violência nos últimos 12 meses. Caso o respondente responda que não sofreu, este é convidado a parar o preenchimento do questionário. Em caso afirmativo, este deve caracterizar o número de vezes em que foi vítima de um episódio de violência nos últimos 12 meses, o tipo de violência e é convidado a fazer uma breve descrição do sucedido, o turno em que ocorreu, o local onde ocorreu, caracterizar o agressor, a reação do enfermeiro perante o episódio de violência sofrido e as consequências para si.

- O terceiro e último grupo, aponta para as consequências (do incidente) da violência e integra nove perguntas de resposta fechada, em que o enfermeiro é questionado se notificou a situação e de que forma o fez, se houve investigação e por parte de quem, as causas para tal incidente ter ocorrido, as consequências para o agressor, se o agredido teve apoio e por parte de que entidade e se ficou satisfeito com a forma como foi conduzida a queixa por parte da instituição em que exerce funções.

A 07 de maio de 2019, foram enviados emails com o link do questionário aos enfermeiros chefe. Uma vez que a taxa de resposta foi baixa, cerca de 16 até ao dia 30 de maio de 2019, foi enviado novamente um pedido de colaboração aos enfermeiros-chefe de ambos os SU a reforçar o pedido. Assim, foram enviados um total de 207 questionários, tendo obtido 50 respostas até ao dia 18 de julho de 2019.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Em todas as áreas de investigação que envolvam seres humanos e animais há que ter em conta as questões éticas. Nas ciências sociais, e especificamente, na enfermagem, é particularmente importante ter em conta as preocupações éticas pois, a linha que separa o que constitui a prática esperada de enfermagem e a colheita de dados da pesquisa pode ficar ténue. A ética pode criar desafios próprios, ou seja, podem existir conflitos entre os requisitos éticos e a necessidade de produzir evidência de qualidade para a prática (Polit & Beck, 2011).

Para a realização do presente estudo, foi remetido à Unidade de Inovação e Desenvolvimento da Instituição de saúde um email a pedir esclarecimento sobre os pedidos de autorização, ao que nos foi informado que, uma vez que as respostas são de carácter voluntário, a submissão do questionário só carece de autorização superior (anexo III). Assim, foi submetido um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição (anexo IV) com parecer favorável. Posteriormente, fez-se chegar junto dos Diretores de serviço e dos enfermeiros chefe de ambos os SU (anexo V), o pedido de autorização para a aplicação dos questionários nos respetivos serviços, os quais foram devolvidos com parecer positivo.

A carta informativa dá a conhecer ao participante os objetivos do estudo, qual o carácter da participação, a voluntariedade da sua participação, não existindo prejuízo caso não queiram participar ou pretendam desistir. A anuência à participação no questionário representa o consentimento informado.

A garantia do anonimato dos participantes foi assegurada através do não questionamento sobre dados que o permitam identificar, assim como a utilização dos dados exclusivamente para fins de investigação, sendo os mesmos destruídos no final da investigação.

Salienta-se que para a realização do atual estudo, não foi necessário financiamento nem foi oferecido qualquer tipo de ónus aos participantes, sendo a colaboração livre e esclarecida vontade.

Foi ainda assegurado o sigilo, o respeito pelos valores éticos, morais, religiosos, culturais, hábitos e costumes, bem como a ausência de custos para os participantes.

4.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a colheita de dados procedeu-se à análise dos dados obtidos. Para o tipo de estudo que nos propusemos a estudar, os procedimentos estatísticos possibilitam organizar, interpretar e transmitir informações numéricas aos investigadores caso contrário, os dados quantitativos seriam um caos de números (Polit & Beck, 2011).

Os dados recolhidos foram organizados e inseridos numa base de dados, sendo posteriormente, tratados informaticamente, recorrendo ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. Deste processo resultou uma

análise descritiva, tendo sido apresentadas as distribuições de frequência e utilizadas médias de tendência central e de dispersão adequadas.

As respostas abertas foram analisadas através de análise de conteúdo. Para Bardin (2013), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que se pretende obter, recorrendo a procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimento. No processo de análise seguiu-se as fases preconizadas pelo autor, nomeadamente: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (inferência e interpretação). Assim, inicialmente fez-se uma leitura, denominada de “flutuante” do corpus de dados o que permitiu a apropriação do sentido dos dados e a posterior construção de categorias.

5. RESULTADOS

O capítulo que agora se dá início destina-se à apresentação dos resultados obtidos através das respostas aos questionários apresentados.

A apresentação dos resultados está subdividida em quatro temas: as características da violência, as características do agressor, fatores que conduzem a episódios de violência e suas características e procedimentos após o episódio de violência.

Os resultados são expostos sob a forma de tabelas, de forma a sistematizar os dados mais pertinentes.

Do total de participantes, somente 28% frequentou ações de formação sobre violência, como se pode ver na Tabela 1.

Tabela 1 – Formação sobre violência

		Frequência	Porcentagem
Formação sobre violência	Sim	14	28%
	Não	36	72%
Total		50	100%

Características da violência

Quanto ao número de enfermeiros/as que referem ter sido vítimas de violência nos últimos 12 meses, 80% responderam afirmativamente como se pode observar na Tabela 2. Os restantes 20% responderam que não foram agredidos no local de trabalho, o que corresponde a 10 enfermeiros/as.

Do total de participantes que foram vítima de violência, 68% são do sexo feminino e 12% são do sexo masculino.

Tabela 2 – Exposição à violência nos últimos 12 meses, em função do sexo das vítimas

		Masculino		Feminino		Total	
Exposição à violência	Sim	6	12%	34	68%	40	80%
	Não	2	4%	8	16%	10	20%
Total		8	16%	42	84%	50	100%

Já no que se reporta aos tipos de violência exercida sobre os/as enfermeiros/as do SU é de destacar a violência na forma de injúria (16,4%), a ameaça (15,1%) e a difamação (13,8%) como sendo as formas de violência mais frequentes. A discriminação (5,6%) e o assédio sexual (5,0%) foram as menos perpetradas pelos agressores, Tabela 3.

Desta tabela pode-se inferir que as formas de violência psicológica foram as mais frequentes, relativamente à violência física e à violência sexual.

Tabela 3 – Tipos de violência e número de vezes em que foi exercida

		1 vez	2 vezes	3 vezes	4vezes	+ 4 vezes	Total (n)	Total (%)
Tipos de violência	Injúria	8	1	12	-	5	26	16,4%
	Difamação	6	3	8	2	3	22	13,8%
	Calúnia	4	4	8	1	3	20	12,6%
	Discriminação	7	1	1	0	0	9	5,6%
	Ameaça	8	2	14	0	0	24	15,1%
	Empurrar	7	5	1	0	1	14	8,8%
	Pontapear	5	5	3	0	0	13	8,2%
	Cuspir	5	3	3	0	0	11	6,9%
	Assédio Sexual	6	1	1	0	0	8	5,0%
	Outro	7	3	2	0	0	12	7,5%

Relativamente ao episódio de violência de que foi vítima nos últimos 12 meses (Tabela 4), o episódio mais recente que os/as enfermeiros/as assinalaram foi a injúria (n=4) e o

ameaça (n=4). Os episódios que mais os marcaram foram relativos ao cuspir (n=6) e à injúria (n=5). A calúnia (n=1), o empurrar (n=3), a discriminação (n=1) e o assédio sexual (n=1) foram os episódios que também marcaram os/as enfermeiros/as, mas referidos em menor número.

Tabela 4 – Tipos de violência em função do episódio mais recente e do que mais o marcou

		O episódio mais recente	O episódio que mais o marcou
Tipos de violência	Injúria	4	5
	Difamação	3	3
	Calúnia	1	1
	Discriminação	3	1
	Ameaça	4	2
	Empurrar	2	3
	Pontapear	0	1
	Cuspir	3	6
	Assédio Sexual	0	1
	Outro	0	2
Total		20	25

As horas com mais episódios de violência são das 16h às 24 horas, o que corresponde ao turno de trabalho da tarde, assinalado com 67,5%. O turno com menor registo de episódios de violência foi o da noite com 15% (Tabela 5).

Tabela 5 – Turno de trabalho e frequência de episódios de violência

		Frequência	Percentagem
Turno de trabalho	Manhã	7	17,5%
	Tarde	27	67,5%
	Noite	6	15,0%
Total		40	100,0%

Os episódios de violência foram, na sua maioria, perpetrados no posto de enfermagem (35,0%), ao lado do doente (27,5%) e no posto de informações (12,5%). As áreas da triagem (15,0%) e da sala de espera (5,0%) também são espaços suscetíveis à ocorrência de tais episódios, embora com uma frequência mais baixa (Tabela 6).

Tabela 6 – Local onde ocorreram os episódios de violência

		Frequência	Porcentagem
Local onde ocorreu o episódio de violência	Ao lado do doente	11	27,5%
	Sala de espera	2	5,0%
	Triagem	6	15,0%
	Posto de enfermagem	14	35,0%
	Exterior	1	2,5%
	Posto de informações	5	12,5%
	No corredor do serviço	1	2,5%
Total		40	100,0%

Características do agressor

Na Tabela 7 apresenta-se a caracterização do agressor. Na maioria dos casos este é do sexo masculino (77,5%) e como principal agressor/a, os/as enfermeiros/as identificaram o doente (60%) seguindo-se os familiares/amigos (37,5%) e, por último, os profissionais de saúde (2,5%).

Tabela 7 – Caracterização do agressor

		Masculino		Feminino		Total	
Agressor	Doente	21	52,5%	3	7,5%	24	60,0%
	Familiares/Amigos	9	22,5%	6	15,0%	15	37,5%
	Profissionais de saúde	1	2,5%	0	0%	1	2,5%
Total		31	77,5%	9	22,5%	40	100,0%

Ainda sobre a caracterização do/a agressor/a, e com base na Tabela 8, constata-se que quase metade 47,5%, tem entre 31-50 anos, seguido dos que estão na faixa etária dos 51-65 anos (27,5%). Existem menos agressores/as na faixa etária dos 19-30 anos (12,5%) e ≥ 66 anos (12,5%).

Tabela 8 – Faixa etária dos agressores

		Frequência	Porcentagem
Faixa etária dos agressores	19-30 anos	5	12,5%
	31-50 anos	19	47,5%
	51-65 anos	11	27,5%
	≥ 66 anos	5	12,5%
Total		40	100,0%

A maioria dos/as enfermeiros/as, no momento da agressão, não identificaram alterações relevantes no comportamento dos/as agressores/as (70,0%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Alterações relevantes nos/as agressores/as no momento da agressão

		Frequência	Porcentagem
Alterações no agressor	Não	28	70,0%
	Sim	12	30,0%
Total		40	100,0%

Contudo, os restantes 30,0% que observaram alterações no comportamento dos/as agressores/as, identificaram o estado de confusão do doente (25,0%) como a principal característica a anteceder o/s episódio/s de violência. A intoxicação etílica (16,7%) e o comportamento disruptivo (16,7%) foram também identificados pelos/as enfermeiros/as como alterações observadas no agressor (Tabela 10).

Tabela 10 – Descrição das alterações relevantes nos/as agressores/as no momento da agressão

		Frequência	Porcentagem
Alterações no comportamento dos agressores	Intoxicação etílica	2	16,7%
	Doente inquieto, comportamento disruptivo	2	16,7%
	Tom de voz	1	8,3%
	Taquicardia	1	8,3%
	Doente confuso	3	25,0%
	Medo	1	8,3%
	Agressividade	1	8,3%
	Doente ansioso	1	8,3%
Total		12	100,0%

A quase totalidade dos participantes (90%), referem desconhecer quais as consequências do/s ato/s de agressão para os agressores. Quatro participantes (10,0%) indicam a advertência verbal como consequência do ato exercido (Tabela 11).

Tabela 11 – Consequências para os/as agressores/as

		Frequência	Porcentagem
Consequência para o/a agressor/a	Nenhuma/ não sei	36	90,0%
	Aviso verbal emitido	4	10,0%
Total		40	100,0%

Fatores que conduzem a episódios de violência e suas consequências

Segundo os enfermeiros e as enfermeiras, as consequências dos episódios de violência exercidos sobre si, são na maioria das situações psicológicas (87,5%). Nenhum dos/as enfermeiros/as referiu ter sofrido consequências materiais (Tabela 12).

Tabela 12 – Consequências dos episódios de violência

		Frequência	Porcentagem
Consequências	Físicas	5	12,5%
	Psicológicas	35	87,5%
	Total	40	100,0%

Perante um episódio de violência, a maioria dos/as enfermeiros/as (32,5%) reagiu contando aos colegas de trabalho, seguido (22,5%) dos/as enfermeiros/as que referem não ter reagido. No entanto, 7,5% fez de conta que o episódio nunca aconteceu (Tabela 13).

Tabela 13 – Atitude dos/as enfermeiros/as perante um episódio de violência

		Frequência	Porcentagem
Reação perante episódio de violência	Não reagi	9	22,5%
	Fiz de conta que nunca aconteceu	3	7,5%
	Disse a colegas de trabalho	13	32,5%
	Pedi ao agressor para parar	7	17,5%
	Procurei aconselhamento	1	2,5%
	Defendi-me fisicamente	1	2,5%
	Apresentei queixa formal	1	2,5%
	Pedi transferência para outra área	1	2,0%
	Apresentei queixa a um superior hierárquico	4	10,0%
		Total	40

A Tabela 14 apresenta a informação sobre os fatores que despoletaram a violência segundo os/as enfermeiros/as agredidos/as. De salientar que a situação de doença (32,5%) é tida como o principal fator gerador dos episódios de violência. O facto de estar sob o efeito de álcool e/ou substâncias ilícitas (20,0%), a falta de direitos explícitos ou procedimentos (20,0%) e a falta de enfermeiros/as e/ou outros profissionais de saúde (12,5%) são também prováveis fatores para o surgimento de tais episódios.

Tabela 14 – Fatores geradores de violência

	Frequência	Porcentagem
Fatores		
Falta de direitos explícitos ou procedimentos	8	20,0%
Falta de enfermeiro/as e/ou outros profissionais	5	12,5%
Estar sobre o efeito de álcool e/ou substâncias ilícitas	8	20,0%
A situação de doença	13	32,5%
Falta de informação	3	7,5%
Conflito de ordem laboral	1	2,5%
Outro	2	5,0%
Total	40	100,0%

Procedimentos após o episódio de violência

Após o episódio de violência, 70,0% das vítimas optaram por não notificar a ocorrência. (Tabela 15)

Tabela 15 – Notificação do episódio de violência

		Frequência	Porcentagem
Notificação	Não	28	70,0%
	Sim	12	30,0%
	Total	40	100,0%

Dos 30% que notificaram o episódio de violência, 91,7% dos/as enfermeiros/as fê-lo oralmente e os restantes 8,3% por escrito. Dos que optaram por fazê-lo oralmente, 41,7% comunicou à polícia / segurança no SU e 41,7% a um superior hierárquico. Outros/as enfermeiros/as optaram ainda por fazê-lo junto da instituição onde trabalha (8,3%).

Quem o fez por escrito, optou por usar o sistema informático (8,3%) como se pode constar na Tabela 16.

Tabela 16 - Forma de notificar o episódio de violência

		Por escrito		Oralmente		Total	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Onde o fez?	Sistema informático	1	8,3%	0	0,0%	2	16,7%
	Superior hierárquico	0	0,0%	5	41,7%	4	33,3%
	Polícia/Segurança do SU	0	0,0%	5	41,7%	5	41,7%
	Na instituição onde trabalhava	0	0,0%	1	8,3%	1	8,3%
	Total	1	8,3%	11	91,7%	12	100,0%

Nenhum dos/as enfermeiros/as que respondeu ao questionário, notificou o episódio de violência junto da administração da instituição de saúde onde trabalha (Tabela 17).

Tabela 17 – Notificação à administração

		Frequência	Percentagem
Notificação à administração	Não	40	100,0%
	Total	40	100,0%

Os/as enfermeiros/as apontam como razão para não notificar o facto de o episódio de violência não ter tido importância (42,5%) e, não saberem como o fazer (25,0%).

Outros sentimentos como o facto de ser uma situação recorrente (7,5%), de não acreditar na mudança de atitude e nas consequências para o agressor (7,5%) e de ter sentido vergonha (2,5%), são também fatores que os levam a não reportar a situação à administração. O contexto de doença (10,0%) foi uma das razões também apontadas (Tabela 18).

Tabela 18 – Razões para não notificar

		Frequência	Porcentagem
Razões	Não teve importância	17	42,5%
	Sentiu vergonha	1	2,5%
	Não sabia como o fazer	10	25,0%
	Desvalorização superior	1	2,5%
	Não valia a pena	1	2,5%
	Situação recorrente	3	7,5%
	Não acreditar na mudança/consequência para o agressor	3	7,5%
	Contexto de doença.	4	10,0%
Total		40	100,0%

Na Tabela 19, como se pode constatar, a maioria dos episódios de violência notificados (77,5%), não foram investigados. De entre os episódios que foram investigados (22,5%), a entidade que procedeu à sua investigação foi o supervisor/chefe e a polícia/segurança (36,4%).

Tabela 19 – Investigação do episódio de violência e quem investigou

		Frequência	Porcentagem
Investigação	Sim	9	22,5%
	Não	31	77,5%
Total		40	100,0%
Investigador	Instituição empregadora	1	9,1%
	Supervisor/Chefe	4	36,4%
	Polícia / Segurança	4	36,4%
Total		9	100,0%

A entidade empregadora prestou aconselhamento a 45,5% das vítimas de violência, enquanto que 54,5% não teve qualquer tipo de apoio (Tabela 20).

Tabela 20 – Tipo de apoio por parte da entidade empregadora

		Frequência	Percentagem
Tipo de apoio	Aconselhamento	5	45,5%
	Nenhuma	6	54,5%
	Total	11	100,0%

Das vítimas que tiveram apoio da entidade empregadora, 45,5% sentiu-se insatisfeito e 27,3% nada satisfeito. Por outro lado, 18,2% ficou moderadamente satisfeito e 9,1% satisfeito.

Tabela 21 – Grau de satisfação para com a entidade empregadora

		Frequência	Percentagem
Grau de satisfação	Nada satisfeito	3	27,3%
	Insatisfeito	5	45,5%
	Moderadamente satisfeito	2	18,2%
	Satisfeito	1	9,1%
	Total	11	100,0%

No sentido de explorar e perceber em maior profundidade os fatores da violência, formularam-se duas questões abertas. Após a transcrição das respostas dos participantes verificou-se que elas não se direcionavam especificamente a cada uma das questões pelo que se considerou analisar o conteúdo das respostas no seu conjunto. Da análise emergiu um conjunto de categorias e subcategorias como se pode inferir da Tabela 22.

Tabela 22 – Os fatores da violência relatadas pelos enfermeiros

Categoria	Subcategoria
Situação clínica do doente	Alteração do estado cognitivo
	Consumo de substâncias ilícitas/álcool
	Prescrição de medidas de contenção
Organização dos cuidados	Tempo de atendimento
	Atribuição de prioridade clínica na Triage
Informação	Situação do doente
	Sistema de triagem
Percepção do enfermeiro sobre a violência	Desvalorização
Falta de recursos	Profissionais de saúde
	Infraestruturas inadequadas
	Segurança
Características do agressor	Educação
	Consumo de álcool

Relativamente à categoria situação clínica do utente, emergiram três subcategorias: alteração do estado cognitivo, consumo de substâncias ilícitas/álcool e ausência de medidas de contenção. Para os participantes a alteração do estado cognitivo do doente levava a que aquando da prestação de cuidados este se tornava agressivo, como se ilustra o discurso de um dos participantes.

“Ao prestar cuidados o doente agitado respondeu com agressão física.” (Q7)

Outras situações de agressão estão relacionadas com os efeitos do álcool e de substâncias ilícitas. Como refere um/a dos/as participantes os episódios de violência “Foram sempre situações ocorridas sob efeito de álcool ou outras substâncias” (Q14). Ainda relativamente aos fatores relacionados com a situação clínica do doente, a não prescrição de medidas de contenção ao doente leva à ocorrência de danos no profissional durante a prestação de cuidados, como refere um dos/as participantes. Como relata o/a enfermeiro/a no Q16 “Julgo que não me teria agredido se tivesse sido bem medicada quando chegou à urgência.”.

Na categoria da organização dos cuidados, o tempo de espera e a atribuição de prioridade clínica na triagem, são dois dos motivos desencadeantes de conflitos. A demora no atendimento de doentes é um fator precipitante de atos violentos por parte dos doentes e

dos familiares/acompanhantes, como relatam alguns dos participantes, “Um familiar de um doente descontente com os tempos de espera, insultou-me.” (Q5) e, “elevado tempo de espera pela equipa médica, tendo sido humilhada e agredida verbalmente” (Q8).

A atribuição de prioridade clínica na triagem é potenciadora da ocorrência de agressões por parte dos doentes “Após triagem de doente, este voltou ao gabinete, com várias ameaças à integridade física por não concordar com a triagem” (Q2).

A falta de informação é relatada, por muitos profissionais, como a causa de episódios de violência. Esta categoria, foi dividida em duas subcategorias, a falta de informação sobre a situação do doente “Um familiar que pretendia saber informações de um utente não respeitou a sua vez para obter informações tendo insultado os profissionais de saúde” (Q43), e a falta de informação sobre o sistema de triagem “não existe informação na sala de espera de como se processa a triagem” (Q20).

Alguns dos participantes desvalorizam os episódios de violências, como ilustra o discurso de um dos participantes “Acho que perante a situação que ocorreu, apesar das ameaças verbais, não chegou a existir agressão física, porque todos os elementos da equipa colaboraram” (Q9).

Outra causa da violência referida pelos/as enfermeiros/as foi a falta de recursos, quer a nível de profissionais de saúde, infraestruturas inadequadas e de segurança. A falta de profissionais de saúde é reconhecida por mais de um participante “carência de profissionais de saúde” (Q11) e “apenas um enfermeiro a dar informações sobre familiares no serviço de urgência e muitos familiares para receber informações” (Q29)

As infraestruturas são vistas como inadequadas por parte dos enfermeiros, e por consequente podem contribuir para a ocorrência de episódios de violência. Como salienta um dos participantes a “estrutura do serviço cada vez mais exígua para um número tão elevado de doentes, potência a violência” (Q10). A falta de segurança é sentida pelos participantes, como referem “(...) a insatisfação que as pessoas têm do sistema nacional de saúde e suas falhas, assim como a exposição que os profissionais têm em determinadas locais de trabalho, a falta de condições de segurança que esses locais acarretam para a nossa prática” (Q19).

As características do agressor são igualmente apontadas como causa da violência não só pela educação destes, “falta de civismo” (Q4), “má educação do doente” (Q34). e, como

pelos hábitos nomeadamente o consumo de álcool “foram sempre situações ocorridas sob efeito de álcool ou outras substâncias” (Q14).

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Ao longo do capítulo anterior apresentou-se os dados obtidos através do questionário respondidos pelos enfermeiros. Neste capítulo, efetua-se uma síntese e uma apreciação críticas dos resultados obtidos, discutindo-os e confrontando-os com a literatura e a evidência científica desenvolvidas neste âmbito.

Este estudo baseia-se numa análise dos resultados obtidos pela amostra, constituída por 50 enfermeiros que durante o período de 07/05/2019 a 07/08/2017 participaram voluntariamente no estudo.

Na amostra do estudo, as enfermeiras (84%) prevalecem em relação aos enfermeiros (16%). Esta caracterização está em consonância com os dados apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (2018), referente ao ano de 2018 em que refere que estavam inscritos na Ordem dos Enfermeiros 73.912 enfermeiros, sendo 60.737 do sexo feminino e 13.175 do sexo masculino. Também no que se refere às idades das enfermeiras e dos enfermeiros compreendidas entre os 26 e os 55 anos, com um valor médio de 36,38 anos, os valores vão também de encontro aos dados da Ordem dos Enfermeiros (2018) pois, o maior número de enfermeiros inscritos, tem idades compreendidas entre os 26 e os 45anos, sendo que a faixa etária com maior número de enfermeiros e enfermeiras situa-se no intervalo dos 31 aos 35 anos.

A nível profissional, no que diz respeito aos anos de exercício profissional, os dados da amostra também estão de acordo com o divulgado pela Ordem dos Enfermeiros (2018), uma vez que a nossa amostra tem em média 13,22 anos de exercício profissional.

Ao nível da formação académica, 46% da amostra possui licenciatura em Enfermagem, 30% mestrado e 22% uma pós-graduação. Comparativamente aos dados da OE (2018), em 2018, a maioria dos enfermeiros eram enfermeiros de cuidados gerais (55.273), e 18.682 detém o título de enfermeiro especialista. Em relação ao mestrado, a OE não fornece informação.

A maioria dos profissionais de saúde que respondeu ao questionário afirma nunca ter tido formação (72%) na área da violência.

Como já foi dito anteriormente, a DGS (2006), propôs um conjunto de medidas que visam o combate à violência, focadas na prevenção a três níveis: o nível macro (sociais, políticas e legais), o nível 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,...). Contudo, segundo este organismo, verifica-se uma enorme falha ao nível das intervenções micro, uma vez que os números revelam que os profissionais de saúde nunca participaram nas formações (DGS, 2006).

Os autores Xing et al. (2015), no seu estudo, apresentam resultados idênticos pois, 62,8% dos profissionais relataram não ter recebido formação de gestão em agressão e violência apesar destes programas de formação serem cruciais para evitar e reduzir episódios de violência no local de trabalho.

No que se refere à caracterização da vítima de violência no local de trabalho, verificou-se que a maioria dos enfermeiros (80%) de ambos os sexos, assinalaram terem sido vítimas de violência nos últimos 12 meses, sendo que 68% das vítimas são do sexo feminino e 12% do sexo masculino

Os profissionais, que assinalaram não terem sido vítimas de violência, podem estar inseridos numa cultura de aceitação da violência. Segundo Comeskey (2016), este valor pode estar relacionado com o facto de nem todos terem a mesma perceção de violência.

Outra razão para não assumirem o episódio de violência, deve-se ao facto de os profissionais de saúde associarem os episódios de violência a episódios de agressão física, que deixa marcas visíveis (Heloani, 2003, Hogarth et al. 2015).

Como referido, a maioria das vítimas são do sexo feminino, o que está de acordo com os dados publicados pela DGS relativamente ao relatório anual de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde em Portugal no ano de 2014, 73,2% das notificações foram feitas por profissionais do sexo feminino (DGS, 2015).

Resultados similares foram encontrados também por Banda et al. (2016). Os autores afirmam que em África, no Malawi, 75% dos enfermeiros vítimas de violência eram do sexo feminino. O que pode estar relacionado, por um lado, com o facto da enfermagem ser exercida maioritariamente por enfermeiras e por outro, com características culturais

das mulheres, serem gentis e submissas o que as torna mais vulneráveis a episódios de violência no local de trabalho e por várias fontes.

Quanto ao tipo de violência, verifica-se que 63,5% foi vítima de violência verbal - injúria (16,4%), difamação (13,8%), calúnia (12,6%), discriminação (5,6%) e ameaça (15,1%); 23,9% de violência física – empurrar (8,8%), pontapear (8,2%) e cuspir (6,9%); 5% de assédio sexual e 7,5% refere ter sido vítima de outro tipo de violência. Estes dados são corroborados por vários estudos realizados em vários países. Assim, Alyaemni & Alhudaithi (2016) afirmam que, em Riade, na Arábia Saudita, a violência verbal foi a mais comum (74,1%) e o assédio sexual a menos comum (1,9%).

No relatório da DGS (2015), confirma-se que a violência verbal foi a mais perpetrada, contudo, ao contrário do nosso estudo, a discriminação/ameaça foi a mais notificada (312 notificações) seguindo-se a injúria (271 notificações), a difamação (179 notificações) e, por fim a calúnia (122 notificações). A violência física aparece em segundo lugar com 133 notificações e, o assédio sexual não apresentou nenhuma notificação.

Para a maioria dos profissionais, a injúria (n=5) e o cuspir (n=6) foram as formas de violência que mais os marcaram. Contudo, outras formas de violência física, como o empurrar e o pontapear, ficaram “marcadas” nas vítimas.

O turno de trabalho da tarde, no período das 16horas às 23horas, foi a altura do dia apontado pelos enfermeiros como o mais propenso a episódios de violência (67,5%), seguido do turno da manhã (17,5%).

Os nossos resultados são diferentes dos referidos no relatório da DGS (2015), em que foram notificados 256 episódios de violência no horário das 8h às 13h 59, seguido de 183 episódios nas 14h às 18h 59. No entanto, vão de encontro ao apresentado por Pich et al. (2010) na medida em que os autores afirmaram que o turno entre as 15h00 e as 23h00 foi identificado como o de maior risco com 37% a 40% dos episódios notificados neste período do dia e, somente 20% no turno da manhã.

Os profissionais de saúde que trabalham por turnos rotativos estão 3.668 vezes mais expostos a vivenciar violência física e 1.771 vezes mais propensos a sofrer violência verbal em relação àqueles que trabalham por turnos fixos (Jiao et al., 2015).

Quanto ao local da ocorrência dos episódios de violência constata-se que os quatro locais mais referidos foram: o posto de enfermagem (35%), ao lado do doente (27,5%), a triagem (15%) e o posto de informações (12,5%).

O posto de enfermagem e estar ao lado do doente são áreas que andam lado a lado uma vez que, estes são locais onde são prestados cuidados, os quais nem sempre ocorrem no tempo que o doente considera como o adequado às suas necessidades, o que pode levar ao descontentamento do doente e dos seus familiares/acompanhantes (Palagi, 2015). Se tivermos em conta que o principal agressor identificado no estudo desenvolvido foi o doente, é natural que o local onde acontece a maior interação entre doente e enfermeiro seja o local onde ocorrem mais episódios de violência. Pode ainda estar relacionado com o facto de os enfermeiros estarem sempre presentes. Como salientaram os enfermeiros do estudo, o enfermeiro está presente 24 horas por dia enquanto que outros profissionais não estão e quando são chamados e veem observar o doente não são responsabilizados pelos atrasos/demoras/falhas.

Contudo, a maioria dos estudos aponta a triagem como a área mais vulnerável pois, segundo Correia (2016), a triagem é o primeiro local onde os doentes contactam com os profissionais de saúde e onde lhes é atribuída a prioridade para atendimento médico, com a qual muitas vezes não ficam satisfeitos.

O posto de informações aparece no nosso estudo também como uma das áreas críticas. Este posto que nem sempre existe nos SU, tem como objetivo fornecer informações aos familiares/acompanhantes. No contexto onde o estudo foi realizado a transmissão de informações é realizada pelo enfermeiro num gabinete destinado a este efeito. A necessidade de os familiares/acompanhantes terem de aguardar pelo momento da transmissão de informação pode aumentar a sua ansiedade e levar a situações de violência.

O doente foi identificado como o/a principal agressor/a (60%), seguido de familiares/amigos (37,5%) e por fim, outros profissionais de saúde (2,5%).

Estes dados estão de acordo com o que é descrito na literatura. Ferrinho et al. (2002) defendem que os doentes e os seus familiares são os agressores mais frequentes. Segundo a DGS (2015), nos serviços de urgência, os doentes foram os principais agressores seguidos dos familiares e dos profissionais de saúde. Estes dados foram transversais nos relatórios da DGS entre os anos de 2008 e 2015.

O agressor é referido por 77,5% dos profissionais como sendo na sua maioria do sexo masculino. Nos relatórios da DGS de 2011 a 2014, este dado não se confirma, pois, foram os indivíduos do sexo feminino os principais agressores, no entanto no ano de 2015 predominou o agressor do sexo masculino (DGS; 2008-2015).

Em relação à faixa etária, no mesmo relatório da DGS (2015), o/a agressor/a pertence ao grupo etário dos 40-49 anos, seguido do grupo etário 50-59 anos e do grupo 30-39 anos. Esta informação vem corroborar com os dados obtidos no nosso estudo uma vez que 47,5% dos/as agressores/as pertencem ao grupo etário dos 31- 50 anos (27,5%), seguido do grupo etário 51-65 anos e, em igual percentagem (12,5%) do grupo etário 19-30 anos e maiores de 66 anos.

A grande maioria das vítimas de violência no local de trabalho refere não ter notado qualquer alteração relevante no/a agressor/a antes do episódio de violência. Contudo, os 30% que admitem ter identificado alterações de comportamento, referem o facto de o doente estar confuso como a principal causa, seguida da intoxicação etílica e do comportamento disruptivo do doente. Outras alterações como agressividade, a ansiedade, o medo e o tom de voz também foram identificados pelos/as enfermeiros/as agredidos/as.

No estudo de Powley (2013), citando o Royal College of Nursing (2003) são apresentados vários sinais que antecedem comportamentos violentos como: maior inquietação, tensão corporal, estimulação e excitabilidade; tom de voz elevado ou gritos, movimentos erráticos; expressão facial tensa e com raiva; recusa em comunicar; pensamento pouco claro, falta de concentração; delírios ou alucinações violentas; ameaças verbais. Estes sinais, na sua maioria, foram identificados pelos/as enfermeiros/as do nosso estudo.

As consequências para os agressores na maioria dos casos não são conhecidas ou são inexistentes (90%) porém, as que foram conhecidas não passaram de um aviso verbal emitido (10%).

Segundo Silva et al. (2014), uma política de não valorização do profissional, aliada a uma sociedade em que não há punição para atos de violência acaba por desmotivar a denúncia e a busca por providências. Talvez devido a esta cultura de não responsabilização da pessoa pelo ato de violência cometido, que 30%, dos profissionais vítimas de violência, não tenham reagido perante o ato de violência ou tenham feito de conta que este nunca aconteceu. Esta atitude pode estar relacionada com o facto de não quererem pensar nas

situações de que foram vítima pois, para Silva (2013, p.13) “vemo-nos na necessidade de as querer esquecer, para não perpetuarmos o nosso próprio sofrimento pessoal”.

No entanto, para Shi, et al., (2017) o facto de as vítimas não reagirem e de pedirem ao agressor para parar, pode demonstrar uma cultura de tolerância, paciência e compreensão.

Quando questionados sobre a responsabilidade que consideram ter tido, a grande maioria dos enfermeiros diz não ter tido qualquer responsabilidade e que, voltariam a proceder da mesma forma.

O tipo de dano mais comum entre os/as enfermeiros/as foi a perturbação psicológica (87,5%), seguindo-se a lesão física assinalada com 12,5%. A nível de danos materiais, não houve qualquer registo.

Como chama à atenção Nakamura (2004), não é só a violência física que deixa “marcas”, a psicológica pode também gerar patologias psicossomáticas podendo ainda levar a que a pessoa entre em crise ou depressão. Também Filho (2009) salienta que 57% das vítimas de violência no local de trabalho podem vir a sentir-se mais stressadas.

As consequências da violência não se fazem sentir unicamente na vítima, como refere Fonseca (2012). O facto de poder existir distanciamento físico e mental por parte dos enfermeiros na prestação de cuidados, pode pôr em causa a segurança dos cuidados de enfermagem (Fonseca, 2012).

No que diz respeito à reação dos/as enfermeiros/as, perante o episódio de violência, 32,5% optaram por falar com colegas de trabalho, 22,5% não reagiram, 17,5% pediram ao agressor para parar e 10,0% apresentaram queixa a um superior hierárquico. Poucos foram os que procuraram aconselhamento, apresentaram queixa formal, pediram transferência para outra área de trabalho ou que se defenderam fisicamente.

Estes dados, em parte, vão de encontro ao referido anteriormente. Os supervisores e os colegas de trabalho surgem como o principal apoio em episódios de violência, exceto para casos de assédio sexual e discriminação. As vítimas de discriminação tendem a recorrer mais frequentemente a familiares. As vítimas de pressão moral ou violência verbal procuram mais os conselhos do chefe, dos colegas ou dos familiares, por esta ordem (AGO, 2002).

Falar com colegas de trabalho é a ação mais comum após um episódio de violência. Alguns enfermeiros, após serem agredidos, tiram algum tempo, pedem para mudar de

local de trabalho e, até mesmo, recusam-se a trabalhar com indivíduos violentos (Banda, 2016).

A procura de apoio nos colegas também foi reportada por Tan, et al. (2015) ao afirmarem que a maioria dos enfermeiros procurou apoio de colegas - "aconselhando-se" - para lidar com os efeitos emocionais.

Segundo o Modelo Ecológico da Violência (fig.1), as relações sociais influenciam a ocorrência de fenómenos violentos, todavia, a influência dos colegas de trabalho é um fenómeno positivo, uma vez que prestam apoio à vítima.

Por fim, no que respeita aos motivos da agressão, os participantes assinalaram a situação de doença (32,5%) como a principal causa, seguida do efeito de álcool e/ou de substância ilícitas (20,0%), falta de direitos explícitos ou procedimentos (20,0%), falta de enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde (12,5%) e a falta de informação (7,5%).

É frequente nos serviços de urgência existirem doentes com dores e em angústia e, estes fatores podem predispor comportamentos violentos. Por outro lado, alguns diagnósticos ou sintomas são suscetíveis em resultar em episódios de violência não intencionais, particularmente aqueles que estão associados à disfunção cognitiva. Nos doentes com demência, a rutura com a rotina pode levar a estados confusionais mais acentuados e potenciar episódios de agressividade. No que diz respeito aos doentes de saúde mental, as características dos SU, o serem barulhentos, movimentados, expostos e sem privacidade podem despoletar agressividade uma vez que são aspetos que fazem com que estes tipos de doentes se sintam inseguros (Pich et al. 2010).

Como aponta Phillips (2007), citado por Pich et al (2010), 40% dos doentes admitidos no SU estão sob a influência de álcool e/ou de substâncias ilícitas, e entre 25% a 98% dos episódios de violência são atribuídos ao consumo de álcool.

Os maiores fatores de risco para a violência incluem o efeito do álcool e drogas nos doentes, preconceito e/ou assédio e instabilidade/angústia mental. Outros contributos são o excesso de trabalho e as horas de maior volume de trabalho, uma vez que o stress relacionado ao trabalho "aumenta o risco percebido de violência no local de trabalho" (Richardson, 2018, p. 50).

Outro fator corroborado pela literatura existente, tem a ver com os conflitos poderem surgir devido ao doentes e familiares/acompanhantes estarem preocupados com o estado

de saúde e os profissionais de saúde não partilharem informações importantes ou, não possuírem competências comunicacionais para estabelecerem uma relação efetiva com os doentes (Shi et al., 2017).

Relativamente à notificação da agressão, 30% dos participantes notificou a situação junto de um superior hierárquico e da polícia/segurança, mas nenhum dos participantes o fez junto da administração da entidade empregadora.

Estes dados são totalmente apoiados pela literatura. Segundo os dados da DGS (2008-2015), os números das notificações da violência ainda são baixos, apesar de terem vindo a aumentar ao longo dos anos. Em 2014 foram reportados 531 episódios de violência através da plataforma do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, porém somente 72 prosseguiram com a acusação formal junto das autoridades.

O profissional de saúde tem tendência a tolerar até ao limite os comportamentos menos adequados, sendo a violência vista como parte integrante do local de trabalho. Os enfermeiros assumem não notificar tais episódios por acreditarem que tal não iria ajudá-los, podendo até ter consequências negativas para a sua carreira (Deeb, 2003).

A subnotificação dos episódios de violência é justificada pelos enfermeiros por ser vista como parte do trabalho, principalmente para os profissionais a exercer funções nos serviços de urgência e de psiquiatria (Staines, 2009).

Uma parte dos participantes referem terem recorrido ao polícia/segurança presente no SU. O facto de existir elementos de segurança no SU é muito importante para diminuir a violência e como defende a ANA (2002), a falta de seguranças treinados está relacionada com a violência exercida sobre os profissionais de saúde.

O SEP (2000) preconiza como medidas para prevenir e/ou diminuir a violência nas instituições de saúde, a melhoria das medidas de segurança nos SU, melhoria das infraestruturas, melhoria na receção aos doentes, de eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados, educação cívica para todos os cidadãos e mais responsabilização dos utentes pelos seus atos.

Para os autores Xing et al. (2015) a não notificação dos episódios de violência por parte dos profissionais pode estar relacionada com a ausência de medidas de notificação de

eventos no sistema hospitalar. Outra razão prende-se com a errada percepção dos profissionais de saúde sobre a notificação do evento.

Os nossos participantes identificaram como razão para não notificar o incidente, o facto de este não ter tido importância (42,5%), não sabiam como o fazer (25%), o contexto de doença do agressor (10%), não acreditarem em mudanças (7,5%) e por ser uma situação recorrente (7,5%). Dos participantes que mencionaram terem tido apoio por parte da entidade empregadora, a maioria (45,5%) consideraram este apoio sendo insatisfatório e nada satisfatório (27,3%).

O estudo de Fonseca (2012) menciona que a subnotificação está relacionada com a tolerância dos profissionais para com a violência, pois, entendem que o doente se encontra sob tensão devido ao seu estado de saúde, aceitando assim a violência como uma resposta do doente e um risco inerente ao trabalho. O mesmo autor acrescenta que muitos dos profissionais não notificam os episódios sofridos por acreditarem não trazer melhorias, por o doente se sentir arrependido, por medo de represálias, por medo de serem rotulados como conflituosos perante as chefias e por, dentro da equipa, terem exemplos de colegas que notificaram as situações de agressão, mas não obtiveram qualquer tipo de resposta ou apoio por parte da instituição.

Assim, e perante todos estes factos, torna-se pertinente reforçar que a notificação é fulcral para a qualidade dos cuidados e para a criação de ambientes seguros e saudáveis. A subnotificação leva a que não se conheçam os verdadeiros números do problema da violência e, por consequência, à não aplicação de medidas preventivas.

Por último, importa analisar algumas limitações do estudo, uma das quais está relacionada com o tipo e o tamanho da amostra. Procedeu-se ao uso dos questionários online por ser mais fácil chegar a todos os elementos do SU e por ser menos dispendioso a nível económico e ambiental. Porém, o tipo da amostra não é representativo e pode levar a enviesamento dos resultados, como salientam Polit & Beck (2011), ao referirem que o uso da internet na colheita de dados pode levar a uma baixa taxa de resposta e a desvios. Se por um lado esta foi uma limitação, por outro, a construção do questionário online foi uma oportunidade de aprendizagem.

A falta de estudos específicos sobre esta temática em contexto nacional, foi outra limitação, uma vez que dificulta a interpretação e comparação dos dados a outros resultantes de condições e cultura de trabalho similares. A maioria dos estudos consultados foram realizados em países orientais os quais têm uma cultura diferente da ocidental.

CONCLUSÃO

A problemática da violência no local de trabalho contra os profissionais de saúde, é uma questão complexa e que está a afetar os enfermeiros de todo o mundo, sobretudo os que prestam cuidados nos serviços de urgência, tornando-se uma preocupação prioritária.

Devido às especificidades dos serviços de urgência e à complexidade dos cuidados prestados, os profissionais de saúde ficam mais expostos às suas vulnerabilidades. A violência contra estes profissionais, e no geral, é inaceitável tendo chamado a atenção de várias organizações nacionais (DGS) e internacionais (OIT, ICN, OMS).

A violência contra os enfermeiros, é um problema em crescimento, sobre o qual é fundamental atuar a nível preventivo e interventivo. Esta problemática ameaça a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, seguros e respeitosos.

Comparativamente com outros estudos analisados, a cultura de aceitação e da desvalorização da violência contribui para a camuflagem dos números reais deste flagelo.

Dos resultados obtidos neste percurso complexo, reflexivo, questionador e rico em aprendizagens a nível pessoal e profissional, foi possível alcançar os objetivos propostos. A prevalência da violência nos enfermeiros de um SU nos últimos 12 meses foi significativa. Quarenta dos cinquenta participantes estiveram expostos a episódios de violência e os profissionais do sexo feminino foram as principais vítimas, independentemente das características sociodemográficas.

No que diz respeito às características da violência exercida sobre os enfermeiros, verificou-se que a violência verbal foi o tipo de violência mais assinalada pelos enfermeiros, sob a forma de injúria e ameaça. Contudo, também houve alguns casos de violência física, mas menos representativa. O período de trabalho com mais episódios de violência foi o período das 16h às 24h que corresponde ao turno de trabalho da tarde. O posto de enfermagem foi o local indicado pelos enfermeiros como o mais propício para a ocorrência de tais episódios. Resultante destes episódios, os enfermeiros referem ter tido consequências a nível psicológico.

O/A principal agressor/a, identificado/a foi o doente do sexo masculino na faixa etária dos 40-49 anos de idade, seguido dos familiares/amigos. A maioria dos participantes não observaram qualquer alteração relevante no/a agressor/a, previamente aos episódios de violência. Todavia alguns enfermeiros identificaram.

Relativamente à percepção dos/as enfermeiros/as sobre as causas da violência sofrida, estes apontam para a situação de doença, seguida de estar sob o efeito de álcool e/ou substâncias ilícitas e os “tempos de espera”.

Com este trabalho, foi também possível identificar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre o que aconteceu após um episódio de violência. Assim, a maioria dos participantes preferiram não notificar o episódio de violência de que foram vítimas e, os que o fizeram, preferiram fazê-lo oralmente junto de um superior hierárquico e da polícia/segurança. Contudo, nenhum dos participantes o fez junto da administração da instituição de saúde.

Para os/as enfermeiros/as a percepção sobre a vivência do processo de violência de que foram vítimas foi de desvalorização, de que “não teve importância”.

A violência acarreta consequências negativas para as vítimas, e neste caso específico para os/as enfermeiros/as, podendo pôr em risco a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à população, o empobrecimento das relações humanas, a diminuição da satisfação profissional e potenciar sentimentos de tristeza e baixa autoestima e, consequentemente, ter impacto na vida pessoal, social e profissional. Contudo, a principal barreira para a prevenção da violência a nível laboral reside na subnotificação dos eventos violentos. Torna-se assim, pertinente desenvolver protocolos de atuação fáceis e simples de usar nos vários serviços, para fomentar uma cultura de notificação junto dos vários profissionais de saúde, e, criar uma equipa multidisciplinar que averigue e implemente medidas, para proteger e apoiar os profissionais agredidos. A nível institucional, devem ser desenvolvidas formações nesta área que visem a educação para a prevenção da violência.

Com a realização deste estudo, espera-se dar visibilidade a um problema de saúde pública, a violência, que se potencie a realização de mais estudos sobre este tema, com o objetivo de conhecer a extensão real do problema. Espera-se ainda que contribua para o desenvolvimento de novas políticas organizacionais ao nível da instituição de forma a promover a saúde dos profissionais e a implementar as alterações necessárias para um

ambiente de segurança e, conseqüentemente, cuidados de saúde de excelência potenciando ganhos em saúde.

Os dados obtidos pelas várias entidades que estão atentas a este problema, devem ser divulgados a fim de consciencializar e informar a população de forma a dissuadir os potenciais agressores e, as entidades empregadoras, assim como outras entidades superiores, devem divulgar e aplicar sanções para os agressores de forma a que estes se sintam desmotivados.

Em suma, a violência sobre os/as enfermeiros/as tem ganho uma enorme dimensão, contudo, é um problema que pode ser evitado e prevenido, com conseqüências que podem ser minimizadas, basta que para isso se aposte numa cultura de prevenção, formação da população e dos profissionais e de notificação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

AlBashtawy, M. & Aljezawi, M. (2015) *Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey*. International Emergency Nursing. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X15000725>

Alyaemni, A. & Alhudaithi, H. (2016) *Workplace violence against nurses in the emergency departments of three hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional survey*. NursingPlus Open. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352900816300140>

American Nurses Association - ANA (2002). *Preventing workplace violence. Occupational health and safety series*. Recuperado de <https://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalhealth/OccupationalResources/PreventingWorkplaceViolence.aspx>

Anderson, A., FitzGerald, M., Luck, L. (2009) *An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses*. Journal of clinical nursing. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2702.2009.03144.x>

Associação para o desenvolvimento e cooperação Garcia D'Orta -AGO (2002) *Violência no local de trabalho no sector da saúde estudos de caso Portugueses: Relatório Final*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/estudonacional1-pdf.aspx>

Banda, C., Mayers, P., Duma, S. (2016) *Violence against nurses in the Southern region of Malawi*. University of Johannesburg. Recuperado de <https://www.ajol.info/index.php/hsa/article/viewFile/150805/140382>

Banda, C., Mayers, P., Duma, S., (2016) Violence against nurses in the Southern region of Malawi. University of Johannesburg. ScienceDirect. Recuperado de [file:///C:/Users/Dora/Downloads/Violence against nurses in the southern region of .pdf](file:///C:/Users/Dora/Downloads/Violence%20against%20nurses%20in%20the%20southern%20region%20of%20.pdf)

Bardim, L. (2013). *Análise de conteúdos*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Cho, O., Cha, K., Yoo, Y. (2015) Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses. *Asian Nursing Research*. Elsevier. Recuperado de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1976131715000572?token=1AE5C4F0323LEE75F09C14E9153D3450ACB64F693682C55F626B45115B80071E7FC8D2D51BB7EC61AC60B5DB62EA6E084>

Coelho, D., Rebelo, M., Martins, J. (2010) Violência sobre os enfermeiros no serviço de urgência. *Sinais Vitais, n°105*.

Comeskey, M. (2016). *Zero tolerance of violence towards nurses*. New Zeland

Comissão para a igualdade no trabalho e no emprego - CITE (2016) *Direitos e deveres dos trabalhadores e das trabalhadoras*. Recuperado de <http://cite.gov.pt/pt/acite/dirdevtrab.html>

Comissão regional do doente crítico (2009). *Um ano de Reflexão e Mudança!*: Administração Regional de Saúde do Norte. Recuperado de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro_CRDC.pdf

Contrera-Moreno, L & Contrera-Moreno, M. (2004). Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 57, nº 6. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a24.pdf>

Copeland, D. & Henry, M. (2017) Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of trauma nursing*. Vol. 24. Recuperado de https://journals.lww.com/journaloftraumanursing/fulltext/2017/03000/Workplace_Violence_and_Perceptions_of_Safety_Among.3.aspx

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

Recuperado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1523/1/Joana_Correia.pdf

Costa, A. (2005) *As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o quotidiano do trabalho no sector de emergência e urgência clínica em um hospital público*. (Tese de doutoramento) Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Brasil. Recuperado de file:///C:/Users/Dora/Downloads/Costa_ALRC.pdf

Costa, J. & Melo, A. (1994) *Dicionário da língua portuguesa* (7ª Edição) Porto Editora.

Deeb, M. (2003) *Workplace violence in the health sector: Lebanon Country case study*. Joint programme on workplace violence in the health sector. Geneva. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/wpv_lebanon.pdf

Direção Geral da Saúde (2006). *Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais. Circular informativa nº15/DSPCS*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-15dspcs-de-07042006-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2016) *Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. (2ª Edição). Recuperado de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx

Direção geral da saúde. (2008) *Relatório de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde, referente ao ano de 2007*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/relatorionacional1-pdf.aspx>

Direção geral da saúde. (2009) *Relatório de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde, referente ao ano de 2008*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/relatorio-violencia-2008-pdf.aspx>

Direção geral da saúde. (2010) *Relatório de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde, referente ao ano de 2009*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/relatorio-violencia-2009-pdf.aspx>

Direção geral da saúde. (2011) *Relatório de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde, referente ao ano de 2010*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-avaliacao-dos-episodios-de-violencia-contra-os-profissionais-de-saude-2010-jpg.aspx>

Direção geral da saúde. (2012) *Relatório de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde, referente ao ano de 2011*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/observatorio-nacional-da-violencia-contra-os-profissionais-de-saude-relatorio-2011-jpg.aspx>

Direção geral da saúde. (2013) *Relatório técnico da notificação on-line de violência contra profissionais de saúde - 2012*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2012-pdf.aspx>

Direção geral da saúde. (2014) *Relatório técnico da notificação on-line de violência contra profissionais de saúde - 2013*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2013-pdf.aspx>

Direção geral da saúde. (2015) *Relatório técnico da notificação on-line de violência contra profissionais de saúde - 2014*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2014-pdf.aspx>

Entidade reguladora da saúde – ERS (2014) Direito ao acompanhamento do utente nos serviços de saúde. Recuperado de <http://www.ers.pt/pages/554>

Ferrinho, P., Antunes, A., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Craveiro, I., ..., Santos, O. (2002). Associação para o desenvolvimento e cooperação Garcia D'Orta *Violência no local de trabalho no sector da saúde – Estudos de caso portugueses*. Relatório final. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/estudonacional1-pdf.aspx>

Filho, L. (2009) *Violência num hospital de urgência no Brasil – Natal/Rio de Janeiro*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Recuperado de http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14685/1/luisamf_dissert.pdf

Fonseca, A., (2012) *Saúde do trabalhador: A violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2012/ana-paula-lobes-de-abreu-da-fonseca>

Gerdtz, M., Daniel, C., Dearie, V., Prematunga, R., Bamert, M., Duxbury, J. (2013) *The outcome of a rapid training program on nurses attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: A multi-site evaluation*. International Journal of Nursing Studies. Elsevier. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913000321?via%3Dihub>

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

Han, C., Lin, C., Barnard, A., Hsiao, Y., Goopy, S., Chen, L. (2017) *Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A phenomenographic study*. Elsevier. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655416304006>

Healy, S. & Tyrrell, M. (2011) *Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors*. Emergency nurse, vol.19, nº4. Recuperado de <https://journals.rcni.com/emergency-nurse/stress-in-emergency-departments-experiences-of-nurses-and-doctors-en2011.07.19.4.31.c8611>

Heloani, R. (2003). *Violência invisível*. GV-Executivo. Recuperado de <https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/2066.pdf>

Hill, M. G. & Hill, A, (2015). *Investigação por questionário* (2ª Edição). Lisboa, Portugal: Edições Silabo.

Hill, Manuela Magalhães; Hill, Andrew (2012). *Investigação por questionário*. (2ª Edição). Edições Sílabo. Lisboa. Portugal.

Hogarth, K., Beattie, J., Morphet, J. (2015) *Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department*. ScienceDirect. Elsevier. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626715000555>

Instituto Nacional de Estatística – INE (2018). Estatísticas da saúde 2016. Lisboa.

International council of nurses – ICN (2006) *Abuso e violência contra o pessoal de enfermagem, tomada de posição*.

International Council of Nurses, adopted in 2000, reviewed and revised in 2006 and 2017, *Prevention and management of workplace violence*, Geneve. Recuperado de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Prevention_and_management_of_workplace_violence.pdf

International council of nurses, Public services international, World health organization & International labour office (2005). *Framework guidelines for addressing Workplace violence in the health sector*. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1&ua=1

Jiao, M., Ning, N., Li, Y., 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. Recuperado de <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/3/e006719.full.pdf>

Kaplan, H. & Sadock, B. (1995) *Medicina psiquiátrica de emergência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. (2002) Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial de Saúde. Recuperado de <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>

Lei constitucional nº1/2001 de 12 de dezembro. Constituição da República Portuguesa

Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de agosto, Diário da República, I Série.

Lei constitucional nº1/82 de 30 de setembro. Constituição da República Portuguesa

Luck, L., Jackson, D., Usher, K. (2006) *Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence*. Journal of clinical nursing.

Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2006.01870.x>

Macphail, E. (2011). *Panorâmica da enfermagem de urgência*. In SHEELY, S. – *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (6ª Edição). Loures. Portugal: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63- 9

Markoni, M. & Lakatos, E. (2010). *Fundamentos da Metodologia científica* (5ª Edição). São Paulo. Brasil: Editora Atlas S.A. Recuperado de <file:///C:/Users/Dora/Downloads/LAKATOS%20-%20MARCONI%20-%20FUNDAMENTOS%20DE%20METODOLOGIA%20CIENTIFICA.pdf>

Merriam, S. & Tisdell, E. (2016) *Qualitative Research: A guide to design and implementation* (4ª Edição). Jossey-Bass

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Mais Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/08/Volume-2-Orienta%C3%A7%C3%B5es-estrat%C3%A9gicas.pdf>

Nakamura, A. & Fernandez, R. (2004) *Assédio sexual*. Aletheia. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n19/n19a07.pdf>

National audit office (2003) *A safer place to work: Protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/estudoint3-pdf.aspx>

National institute for occupational safety and health - NIOHS (2002). *Violence in the workplace*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/estudoint2-pdf.aspx>

Nelson, R. (2014) *Tackling violence against health-care workers*. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2960658-9>

Oliveira, D. (1999) *As urgências exigem motivação pessoal e profissional*. Lisboa. Portugal: Nursing.

Ordem dos enfermeiros – Conselho Jurisdicional (2009b). *Parecer CJ-99/2009: procedimento do enfermeiro perante comportamentos ofensivos*. Lisboa. Portugal: Autor.

Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer%2099-2009%20-%20PROCEDIMENTO%20DO%20ENFERMEIRO%20PERANTE%20COMPORTAMENTOS%20OFENSIVOS%20_site.pdf

Ordem dos enfermeiros – Conselho Jurisdicional. (2016). *Parecer CJ 50/2016: Recusa de cuidados a utentes agressivos ou Agressão e enfermeiros*. Lisboa. Portugal: Autor

Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer50_2016_CJ_RecusaCuidadosUtentesAgressivosAgressaoEnf.pdf

Ordem dos enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro*. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2005) Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Autor.

Ordem dos enfermeiros (2009a). *Parecer nº 226/2009: Elaboração de parecer sobre Circular Normativa da DGS nº 8 / DSPSM / DSPCS de 25 / 05 / 2007 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos, violentos de doentes: contenção física*. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2015) Código deontológico. Autor. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2018) Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf

Ordem dos médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008) *Transportes de Doentes Críticos Recomendações*. Lisboa. Portugal: Centro editor livreiro da ordem dos médicos. Recuperado de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Organização Mundial da Saúde (2014) Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de estudos da violência da Universidade de São Paulo, 2015. Recuperado de <file:///C:/Users/Dora/Desktop/mestrado%2017/relatorio%20OMS%202014.pdf>

Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de enfermeiras, Organización Mundial de la Salud & Internacional de Servicios Públicos (2002) *Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud*. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra. Recuperado de https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071411/lang--es/index.htm

Palagi, S., Noguez, O., Amestoy, S. & Porto, A. (2015) *Violência no trabalho: Visão de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência*. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10759/11885>

Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., Kable, A. (2010) *Patient-related violence against emergency department nurses*. Nursing & Health sciences. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1442-2018.2010.00525.x>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a prática de Enfermagem*. (7ª Edição). Porto Alegre. Brasil: Artmed Editora S.A.

Portugal. Direção-geral da saúde & direção de serviços de planeamento. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa. Portugal: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>

Powley, D (2012) *Reducing violence and aggression in the emergency department*. Art & science. Recuperado de <https://journals.rcni.com/emergency-nurse/reducing-violence-and-aggression-in-the-emergency-department-en2013.07.21.4.26.e687>

Powley, D., (2013) *Reducing violence and aggression in the emergency department*. Art & Science. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23901870>

Richardson, S., Grainger, P., Ardagh, M., Morrison, R., (2018) Violence and aggression in the emergency department is under-reported and under-appreciated. New Zealand Medical Association. Recuperado de http://www.nzma.org.nz/data/assets/pdf_file/0016/83140/Richardson-FINAL.pdf

Sheehy, S. (2001) *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (4ª Edição) Loures. Portugal: Lusociência.

Shi, L., Zhang, D., Zhou, C., Yang, L., Sun, T., Hao, T., ..., Fan, L. (2017) *A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against chinese nurses*. BMJ Open. Recuperado de <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/6/e013105.full.pdf>

Silva, A. (2011) *A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental*. (dissertação de mestrado). Universidade Federal do Panamá. Curritiba. Brasil.

Silva, I., Aquino, E. & Pinto, I., (2014) Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais de saúde no Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2112.pdf>

Sindicato dos enfermeiros portugueses – SEP & Cabete, D. (coord). (2000) *Risco, Penosidade e Insalubridade - uma realidade na profissão de enfermagem*. Lisboa. Portugal: Autor.

Sousa, A. (2005) *Investigação em Educação*. Lisboa. Portugal: Livros Horizonte.

Sousa, A. (2013) *Campanha de comunicação – Violência no trabalho*. (Trabalho de projeto) Instituto Politécnico de Lisboa. Escola Superior de comunicação social. Lisboa. Portugal. Recuperado de <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3394/1/Viol%C3%Aancia%20no%20Trabalho%20Jacinta%20Sousa%20GERP%202011-2013.pdf>

Souza, E., Ribeiro, A., Valadares, F., e Silva, J., Luz, E., Meira, K., ..., Tavares, R. (2013) *Violência: orientações para os profissionais da atenção básica de saúde*. Cadernos de monitoramento epidemiológico e ambiental, caderno nº3. Rio de Janeiro. Brasil: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Recuperado de http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_469588428.pdf

Spector, P., Zhou, Z., Che, X. (2013) *Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying and sexual harassment: A quantitative review*. International Journal of nursing studies. Elsevier. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913000357>

Staines, Richard (2009) *An end to violence?* Nursing times. United Kingdom. Recuperado de <https://www.nursingtimes.net/news/hospital/an-end-to-violence-18-05-2009/>

Stene, J., Larson, E., Levy, M., Dohlman, M. (2015) *Workplace violence in the emergency department: Giving staff the tools and support to report*. Nursing research & practice, vol. 19, nº2. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403590/>

Tan, M., Lopez, V., Cleary, M. (2015) *Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study*. Nursing & Health Sciences. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12188/full/>

União geral de trabalhadores - UGT (2016) *Violência no local de trabalho: riscos, efeitos na saúde e prevenção – tudo o que os trabalhadores devem saber...* Recuperado de <file:///C:/Users/Dora/Downloads/FICHA%20INFORMATIVA%20N.%C2%BA13%20-%20VIOL%C3%8ANCIA%20NO%20TRABALHO.PDF>

UNISON (s.d.) *Violence at work: A guide to risk prevention*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/estudoint4-pdf.aspx>

Vitolo, F. (2011) *Violencia contra profesionales de la salud*. Noble - Compañia de seguros. Recuperado de http://www.noble-arp.com/src/img_up/19042011.6.pdf

Xing, K., Jiao, M., 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. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26571388>

Yin, K. R. (2010) *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (4ª Edição). (Ana Thorell, Trad). Porto Alegre: Bookman

APÊNDICE

APÊNDICE I - CARTA INFORMATIVA / CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro/a colega

Estou a contactá-lo/a para colaborar no projeto de investigação intitulado “A violência sobre os enfermeiros do serviço de urgência: um estudo de caso” realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O estudo tem como objetivos:

1. Caracterizar a tipologia da violência sofrida pelos enfermeiros no serviço de urgência;
2. Analisar a resposta dos enfermeiros do serviço de urgência à situação de violência sofrida;
3. Analisar como é que os enfermeiros do serviço de urgência autoavaliam os episódios de violência sofrida no desempenho da sua atividade.

A violência no local de trabalho consiste em “qualquer agressão física, abuso emocional ou verbal, ameaça, assédio, ou comportamento coercivo no local de trabalho que causa danos físicos ou emocionais” (Wolf, Delao e Perhats, citado por Han, et al., 2017, p.1).

Relativamente à natureza da violência, os “atos de violência concretizam-se sob a forma de:

- Violência física (empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver tentativa, ou mesmo homicídio da vítima)
- Violência psicológica (insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e amigos, revista a

objetos pessoais, privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros)

- Violência sexual (obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade)

- Privação e negligência (qualquer ato de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, educação, nutrição, segurança, habitação e condição de vida, entre outros)” (DGS, 2016, p.28)

A participação no estudo é de carácter voluntário, não existindo qualquer prejuízo caso não queira participar ou pretenda desistir no decorrer do mesmo

Será garantido o carácter anónimo dos dados não identificando quem os realizou. Os dados recolhidos serão utilizados unicamente para os fins descritos no trabalho de investigação e no final da investigação serão destruídos. Assume-se o compromisso de apresentar os resultados do estudo.

De forma a garantir a garantir o anonimato agradeço que destaque este documento e o coloque num envelope à parte do questionário.

Ao dispor para qualquer esclarecimento/informação adicional.

(Dora Alexandra Leal Coelho)

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

... Data: /..... /.....

ANEXOS

ANEXO I – Questionário original

Appendix

Questionnaire.

Section 1: Socio-demographic and professional characteristics of the nurses.

•	Nationality:		
•	Saudi	2) Non-Saudi	
•	Marital status:		
•	Married	2) other	
•	Gender:		
•	Male	2) Female	
•	Age group:		
•	Under 30 years	2) 30–40	3) 40 years and above
•	Educational status:		

A. Alyazami, H. Alhudaib

NursingPlus Open 2 (2016)35-41

•	Diploma's degree	2) Bachelor's degree	3) Master's degree
•	the total career experiences:		
•	0–5 years	2) 6–9 years	3) Ten years and above
•	Have you received any training against violence?		
•	Yes	2) No	

Section 2: Frequency and pattern of workplace violence.

•	Have you ever exposed to violent incidents in the last 12 months?	
•	Yes	2) No

•	How many times have you exposed to violent incidents in the last 12 months?		
•	Once	2) Twice	3) Three times
			4) Four times

5) More than four times

•	The type of violence that you have experienced in the last 12 months:		
•	Verbal	2) Physical	3) Sexual
•	The workplace violence mostly occurred during:		
•	Day shift	2) Evening shift	3) Night shift
•	The violence source was		
•	Patient	2) Relatives of patients	3) Staff member

4) Manager or supervisor

•	5) External colleague	
•	Where was the violence place?	
1) Beside patient's bed	2) Waiting room	3) Treatment room
4) Nursing station	5) Others	

•	What was your reaction to the violence?
1) Took no action	2) Tried to pretend it never happened
3) Told the person to stop	4) Tried to defend self physically
5) Told friends/family	6) Sought counseling
7) Told a colleague	8) Reported it to a senior staff member
9) Transferred to another position	10) Completed incident or accident form
11) Pursued prosecution	12) Completed a compensation claim

Section 3: Consequences of violent incidents.

•	Did you submit a report of the incident to the administration?	
1) Yes	2) No	

•	What are the reasons for not reporting the incident?	
1) It was not important	2) Felt ashamed	3) Felt guilty
4) Afraid of negative consequences	5) Useless (nothing would be done)	
6) Did not know who to report to		

•	Was there any investigation done to identify the causes of violence?	
1) Yes	2) No	3) Don't remember

•	What are the causes of violence?	
1) Lack of explicit rights or procedure	2) Low of training nurses	
3) Communication or Language barriers	4) Fault of oneself	
5) Scapegoat for medical dispute	6) Drunk problem	
7) Illness	8) Concern of patients	
9) Personal problem of coworker	10) Misunderstanding	

•	It is investigated by whom?	
1) Management/employer	2) Head nurse	3) Supervisor
4) Police/security office		
5) others		

•	What are the consequences for the attacker?	
1) None	2) Verbal warning issued	3) Care discontinued
4) Reported to police	5) Aggressor prosecuted	6) Don't know

7) Others

•	What is the type of support that you had got from management?	
1) Counseling	2) Opportunity to speak about or report it	
3) Other support		

•	Rate your satisfaction with the manner in which the incident was handled in your hospital:	
1) Very dissatisfied	2) Dissatisfied	3) Moderately satisfied
4) Satisfied		
5) Very satisfied		

•	Your recommendation in terms of preventive strategies for workplace violence:	
---	---	--

ANEXO II - Questionário aplicado

QUESTIONÁRIO

1ª PARTE

Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

1) Nacionalidade

Portuguesa

Outra

2) Estado Civil

Casada/o

Solteira/o

Outro

3) Sexo

Masculino

Feminino

4) Idade _____

5) Formação académica

Licenciatura

Pós-graduação

Mestrado

6) Número de anos de experiência _____

7) Frequentou ou tem formação sobre violência?

Sim

Não

Frequência e padrão de violência no local de trabalho

8) Esteve exposto a algum episódio de violência?

Sim

Não

Se respondeu que não, deve parar por aqui.

8.1) Quantas vezes isso aconteceu nos últimos 12 meses

1

2

3

4

Mais de 4

9) No quadro que se segue assinale o tipo de violência de que foi vítima nos últimos 12 meses? O número de vezes que considera ter sido vítima de violência? Qual o episódio mais recente? Qual o que mais o marcou?

	Tipos de violência	Nº de vezes	O episódio mais recente	O que mais o marcou
Verbal	Injúria			
	Difamação			
	Calúnia			
	Outro. Qual? _____ _____			
Física	Empurrar			
	Pontapear			
	Cuspir			
	Outro. Qual? _____ _____			
Moral	Discriminação			
	Ameaça			
	Assédio Sexual			
	Outro. Qual? _____ _____			

9.1) Descreva sucintamente o que aconteceu reportando-se ao episódio mais recente:

Responda às perguntas que se seguem tendo por base o episódio que mais o marcou

10) Em que turno aconteceu?

Turno da manhã

Turno da tarde

Turno da noite

11) A fonte dos episódios de violência foram:

Doentes Familiares/Amigos Profissionais de saúde

Superiores hierárquicos Outros _____

12) Qual o sexo do agressor?

Masculino

Feminino

13) Qual a faixa etária do agressor?

≤ 10 anos

11-18 anos

19-30 anos

31-50 anos

51- 65 anos

66 ≥ anos

14) No momento da agressão notou alguma alteração relevante?

Não

Sim Qual _____

15) A violência ocorreu:

Ao lado do doente Sala de espera Triagem

Posto de enfermagem Outros _____

16) Qual foi a sua reação perante este episódio?

Não reagi		Defendi-me fisicamente	
Fiz de conta que nunca aconteceu		Apresentei queixa formal	
Disse a familiares/amigos		Pedi transferência para outra área	
Disse a colegas de trabalho		Prossegui com a acusação	

Pedi ao agressor para parar		Pedi indenização	
Procurei aconselhamento		Apresentei queixa a um superior hierárquico	

17) Quais foram as consequências, para si, desse episódio de violência?

Físicas Materiais Psicológicas

Especifique _____

Após o episódio de violência:

18) Notificou a situação?

Não Sim

Por escrito?

Oral?

Onde o fez? _____

18.1) Notificou à administração?

Sim Não

18.2) Quais as razões que o/a levaram a não reportar o incidente?

Não teve importância

Sentiu vergonha

Sentiu-se culpado

Teve receio das consequências

Não sabia como o fazer

Outro _____

19) Foi feita alguma investigação para identificar a causa da violência?

Sim Não Não se lembra

20) Quais foram as causas da violência?

Falta de direitos explícitos ou procedimentos

- Falta de enfermeiros e/ou outros profissionais
- Comunicação e/ou barreiras linguísticas
- Fui eu o responsável
- Estar sobre o efeito de álcool ou de substâncias ilícitas
- A situação de doença
- Falta de informação
- Conflito de ordem laboral
- Problema profissional/pessoal com um colega de trabalho
- Outro _____

21) Quem investigou?

- Instituição empregadora Supervisor/Chefe
- Polícia/segurança Outro _____

22) Quais as consequências para o agressor?

- Nenhuma / Não sei
- Aviso verbal emitido
- Descontinuados cuidados
- Apresentada queixa à polícia
- Agressor foi condenado
- Outros _____

23) Qual foi o tipo de apoio que teve por parte da entidade empregadora?

- Aconselhamento
- Oportunidade de falar sobre e apresentar queixa
- Outro apoio _____

24) Classifique a sua satisfação relativamente à maneira como o incidente foi gerido pelo hospital

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Nada satisfeito | <input type="checkbox"/> | Insatisfeito | <input type="checkbox"/> |
| Moderadamente satisfeito | <input type="checkbox"/> | Satisfeito | <input type="checkbox"/> |
| Muito satisfeito | <input type="checkbox"/> | | |

ANEXO III - Autorização para a submissão do questionário

Fw: duvidas comissão de ética

Unidade De Inovação E Desenvolvimento - Submissão <UIDsubmissao@[REDACTED]min-saude.pt>

qua 14-02-2018 10:28

Para:doralcoelho@hotmail.com <doralcoelho@hotmail.com>;

Junto envio a resposta do Sr. Prof. Doutor José Saraiva da Cunha, membro da Direcção da UID, relativo ao seu pedido de esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

M.ª do Rosário Conceição
(Assistente Técnico)

Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
e-mail: [UIDsubmissao@\[REDACTED\]min-saude.pt](mailto:UIDsubmissao@[REDACTED]min-saude.pt)
Telefone Directo: [REDACTED]
Fax: [REDACTED]

De: Jose Cunha
Enviado: 14 de fevereiro de 2018 10:06
Para: Unidade De Inovação E Desenvolvimento - Submissão
Assunto: Re: duvidas comissão de ética

Cara Rosário

Como se trata apenas de resposta voluntária de profissionais de saúde a um questionário, só precisa da autorização superior.

Cumprimentos

Saraiva da Cunha

ANEXO IV - Autorização do Conselho de Administração

Do Conselho de Administração
Para autorizar
Tem Poderes do U.D.P.
A219
14/05/2018

198 - Conselho de Administração

Autorização
29/05/2018
YC

<p>[Redacted] - EPE DIREÇÃO DE ENFERMAGEM Reg. N.º 3459 Origem Data 11/05/2018</p>	<p>[Redacted] (Prof. Doutor Fernando J. Rodrigues - Presidente) [Redacted] (Dr. Maria Micaela M. Vaz) M. M. Diniz (Dr. Francisco Augusto de Almeida)</p>	<p>Exmo. Presidente do Conselho de [Redacted] Administração do [Redacted]</p> <p style="text-align: right;">Enf.^a Áurea Andrade Enfermeira Diretora [Redacted] - EPE</p>
--	--	---

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários para o estudo de investigação de âmbito académico

Eu, Dora Alexandra Leal Coelho, enfermeira nesta instituição, no serviço de Urgência com o número mecanográfico [Redacted], a frequentar o Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a vossa Ex.^a autorização para a aplicação do questionário em anexo aos enfermeiros do serviço de urgência deste hospital. O estudo é orientado pela Professora Doutora Isabel Moreira e visa investigar a Violência contra os enfermeiros no Serviço de Urgência.

O estudo tem como objetivos, caracterizar a tipologia de violência sofrida pelos enfermeiros no serviço de urgência, analisar a resposta dos enfermeiros do serviço de urgência à situação da violência sofrida e analisar como é que os enfermeiros do serviço de urgência autoavaliam os episódios de violência sofrida no desempenho da sua atividade.

A participação dos profissionais será facultativa e antes do preenchimento do questionário será solicitado o consentimento informado. Salienta-se que serão respeitados os princípios éticos relativos ao anonimato, à confidencialidade e à privacidade dos participantes.

Os benefícios provenientes do estudo são imateriais. Para o investigador, o desenvolvimento da resposta a um trabalho académico e aprofundamento do conhecimento sobre o fenómeno. Para a instituição, o estudo dará a conhecer o fenómeno.

Dora Alexandra Leal Coelho doralcoelho@hotmail.com telm: 967658580

Compromete-se desde já a não interferir com o normal funcionamento do serviço, a entregar, no final da sua realização, uma cópia do relatório de investigação e, caso seja do interesse da instituição, a divulgar os resultados obtidos.

Em anexo apresento:

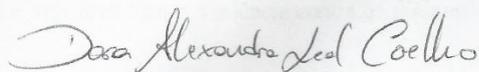
-Consentimento informado;

-Questionário;

-Fotocópia do pedido de autorização submetido aos directores clínicos e enfermeiros chefes dos serviços de urgência e;

-Email da Unidade de Inovação e Desenvolvimento do [REDACTED] que informa sob a necessidade de pedido de autorização superior.

Com os melhores cumprimentos,



Espera deferimento,

Coimbra, ___ de _____ de 2018

(assinatura)

ANEXO V - Autorização dos Diretores de serviço e dos Enfermeiros chefe do SU

Nada a opor
Recebeu-se
5/3/2018

Exma. Senhora Diretora do Serviço da
Urgência do [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários para o estudo de investigação de âmbito académico

Dora Alexandra Leal Coelho, enfermeira nesta instituição, a frequentar o Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a vossa Ex^a autorização para a aplicação do questionário em anexo aos enfermeiros do serviço de urgência deste hospital. O estudo é orientado pela Professora Doutora Isabel Moreira e visa investigar a Violência contra os enfermeiros no Serviço de Urgência.

O estudo tem como objetivos, caracterizar a tipologia de violência sofrida pelos enfermeiros no serviço de urgência, analisar a resposta dos enfermeiros do serviço de urgência à situação da violência sofrida e analisar como é que os enfermeiros do serviço de urgência autoavaliam os episódios de violência sofrida no desempenho da sua atividade.

A participação dos profissionais será facultativa e antes do preenchimento do questionário será solicitado o consentimento informado. Salienta-se que serão respeitados os princípios éticos relativos ao anonimato, à confidencialidade e à privacidade dos participantes.

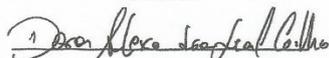
Os benefícios provenientes do estudo são imateriais. Para o investigador, o desenvolvimento da resposta a um trabalho académico e aprofundamento do conhecimento sobre o fenómeno. Para a instituição, o estudo dará a conhecer o fenómeno.

Compromete-se desde já a não interferir com o normal funcionamento do serviço, a entregar, no final da sua realização, uma cópia do relatório de investigação e, caso seja do interesse da instituição, a divulgar os resultados obtidos.

Espera deferimento,

Coimbra, 05 de Março de 2018

O aluno


(Dora Alexandra Leal Coelho)

O orientador


(Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira)

AP proutençao no SU-A.

Exmo. Senhor Enfermeiro Chefe da

Urgência do

6/3/2018

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários para o estudo de investigação de âmbito académico

Dora Alexandra Leal Coelho, enfermeira nesta instituição, a frequentar o Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a vossa Ex^a autorização para a aplicação do questionário em anexo aos enfermeiros do serviço de urgência deste hospital. O estudo é orientado pela Professora Doutora Isabel Moreira e visa investigar a Violência contra os enfermeiros no Serviço de Urgência.

O estudo tem como objetivos, caracterizar a tipologia de violência sofrida pelos enfermeiros no serviço de urgência, analisar a resposta dos enfermeiros do serviço de urgência à situação da violência sofrida e analisar como é que os enfermeiros do serviço de urgência autoavaliam os episódios de violência sofrida no desempenho da sua atividade.

A participação dos profissionais será facultativa e antes do preenchimento do questionário será solicitado o consentimento informado. Salienta-se que serão respeitados os princípios éticos relativos ao anonimato, à confidencialidade e à privacidade dos participantes.

Os benefícios provenientes do estudo são imateriais. Para o investigador, o desenvolvimento da resposta a um trabalho académico e aprofundamento do conhecimento sobre o fenómeno. Para a instituição, o estudo dará a conhecer o fenómeno.

Compromete-se desde já a não interferir com o normal funcionamento do serviço, a entregar, no final da sua realização, uma cópia do relatório de investigação e, caso seja do interesse da instituição, a divulgar os resultados obtidos.

Espera deferimento.

Coimbra, 06 de março de 2018

O aluno

Dora Alexandra Leal Coelho

(Dora Alexandra Leal Coelho)

O orientador

Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira

(Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira)

MADA A OPOR, DADA A RELEVANCIA
E PERTINENCIA DO ESTUDO, O
S.V - POLO B - ESTARAO AO DISPOR
NA COLABORACAO DO RESPECTIVO
ESTUDO. O ENF. CHEFE

Exmo. Senhor Enfermeiro Chefe da
Urgência do [REDACTED]

[Signature] 5/3/2018

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários para o estudo de investigação de âmbito académico

Dora Alexandra Leal Coelho, enfermeira nesta instituição, a frequentar o Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a vossa Ex^{ta} autorização para a aplicação do questionário em anexo aos enfermeiros do serviço de urgência deste hospital. O estudo é orientado pela Professora Doutora Isabel Moreira e visa investigar a Violência contra os enfermeiros no Serviço de Urgência.

O estudo tem como objetivos, caracterizar a tipologia de violência sofrida pelos enfermeiros no serviço de urgência, analisar a resposta dos enfermeiros do serviço de urgência à situação da violência sofrida e analisar como é que os enfermeiros do serviço de urgência autoavaliam os episódios de violência sofrida no desempenho da sua atividade.

A participação dos profissionais será facultativa e antes do preenchimento do questionário será solicitado o consentimento informado. Salienta-se que serão respeitados os princípios éticos relativos ao anonimato, à confidencialidade e à privacidade dos participantes.

Os benefícios provenientes do estudo são imateriais. Para o investigador, o desenvolvimento da resposta a um trabalho académico e aprofundamento do conhecimento sobre o fenómeno. Para a instituição, o estudo dará a conhecer o fenómeno.

Compromete-se desde já a não interferir com o normal funcionamento do serviço, a entregar, no final da sua realização, uma cópia do relatório de investigação e, caso seja do interesse da instituição, a divulgar os resultados obtidos.

Espera deferimento,

Coimbra, 5 de março de 2018

O aluno

[Signature]

(Dora Alexandra Leal Coelho)

O orientador

[Signature]

(Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira)

AP. Prontuário no SU-A.
Exmo. Senhor Enfermeiro Chefe da

Urgência do

[assinatura]
6/3/2018

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários para o estudo de investigação de âmbito académico

Dora Alexandra Leal Coelho, enfermeira nesta instituição, a frequentar o Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a vossa Ex^a autorização para a aplicação do questionário em anexo aos enfermeiros do serviço de urgência deste hospital. O estudo é orientado pela Professora Doutora Isabel Moreira e visa investigar a Violência contra os enfermeiros no Serviço de Urgência.

O estudo tem como objetivos, caracterizar a tipologia de violência sofrida pelos enfermeiros no serviço de urgência, analisar a resposta dos enfermeiros do serviço de urgência à situação da violência sofrida e analisar como é que os enfermeiros do serviço de urgência autoavaliam os episódios de violência sofrida no desempenho da sua atividade.

A participação dos profissionais será facultativa e antes do preenchimento do questionário será solicitado o consentimento informado. Salienta-se que serão respeitados os princípios éticos relativos ao anonimato, à confidencialidade e à privacidade dos participantes.

Os benefícios provenientes do estudo são imateriais. Para o investigador, o desenvolvimento da resposta a um trabalho académico e aprofundamento do conhecimento sobre o fenómeno. Para a instituição, o estudo dará a conhecer o fenómeno.

Compromete-se desde já a não interferir com o normal funcionamento do serviço, a entregar, no final da sua realização, uma cópia do relatório de investigação e, caso seja do interesse da instituição, a divulgar os resultados obtidos.

Espera deferimento,

Coimbra, 06 de março de 2018

O aluno

[assinatura]

(Dora Alexandra Leal Coelho)

O orientador

[assinatura]

(Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira)