



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# **VIOLÊNCIA NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Joana Andreia Campos Correia

Escola Superior de Saúde







**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

Joana Andreia Campos Correia

# **VIOLÊNCIA NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Clara de Assis Coelho de Araújo

abril de 2016



## RESUMO

Os trabalhadores da área da saúde são dos que maior risco apresentam de sofrer incidentes violentos no trabalho, especialmente os que laboram em áreas como a psiquiatria e a urgência. A falta de medidas de segurança, o contacto físico próximo e a preocupação dos doentes com o estado de saúde predispõem os enfermeiros a sofrerem violência.

Este estudo refere-se à violência no trabalho dos enfermeiros nos serviços de urgência médico-cirúrgicos da região norte de Portugal. Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa, do tipo exploratório-descritivo e observacional. Com ele pretendemos compreender o fenómeno da violência no trabalho a que os enfermeiros dos serviços de urgência estão expostos.

Foram analisados doze relatos de enfermeiros vítimas de violência no local de trabalho, através da técnica de análise de conteúdo. Dos doze participantes, nove são do género feminino e três do género masculino, variando as suas idades entre os 28 e os 58 anos e com uma média de 14 anos de experiência profissional em serviço de urgência. Os dados sugerem que a violência no trabalho dos enfermeiros é uma realidade frequente, ocorrendo independentemente da idade, experiência profissional, características pessoais ou profissionais. Verificaram-se agressões psicológicas (6) e físicas (6) em igual proporção e o principal agressor foi o próprio doente, principalmente sob o comportamento de estalos, murros ou insultos. A maioria das vítimas referiu ter sofrido após a agressão consequências psicológicas, com impacto tanto na vida profissional como na pessoal. As consequências psicológicas da agressão identificadas foram perturbação, *stress*, desgaste emocional, insegurança, receio de agressão física, ansiedade, angústia, tristeza, medo, impaciência, receio pela segurança e nervosismo.

A maioria dos participantes referiu porta automática, maior privacidade na triagem (local onde se verificaram mais agressões) e policiamento como possíveis medidas para diminuir a violência. O apoio prestado pela Instituição às vítimas nos casos de agressão

foi considerado como insatisfatório e cinco vítimas notificaram a violência de que foram alvo.

Conclui-se ser urgente a adoção de medidas para o combate deste problema e a prevenção só será possível através do comprometimento conjunto entre sociedade, Instituições de Saúde, gestores e profissionais de saúde envolvidos, responsabilizando os utentes pelos seus atos e incentivando os profissionais a notificar a violência sofrida. É um dever das Instituições promoverem um ambiente de trabalho seguro para os seus profissionais.

Esperamos que este estudo seja mais um contributo para a segurança no trabalho deste grupo profissional no exercício das suas funções nos serviços de urgência, melhorando a satisfação no trabalho e a qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico/família.

Palavras-chave: violência em enfermagem; enfermagem; urgência.

## **ABSTRACT**

The healthcare workers are those who have higher risk of suffering violent incidents at work, especially those who work in areas such as psychiatry and emergency. The lack of security measures, the close physical contact and the patient's concern for the health predispose nurses to suffer violence.

This study refers to violence at work of nurses in the medical-surgical emergency services in the northern region of Portugal. It is a qualitative methodology study, exploratory-descriptive and observational. With it we aim to understand the phenomenon of violence at work that nurses of the emergency services are exposed.

Twelve reports of nurses who were victims of violence were analyzed in the workplace, through the content analysis technique. Of the twelve participants, nine are female and three are male, varying their ages between 28 and 58 years and with an average of 14 years of professional experience in emergency department. The data suggest that violence at work of the nurses is a common reality, occurring regardless of age, professional experience, personal or professional characteristics. There were psychological aggression (6) and physical (6) in the same proportion and the main aggressor was the patient himself, mainly under the popping behavior, punches and insults. The consequences after the aggression that most of the victims said were the psychological consequences that impact both professional and personal life. The psychological consequences of the aggression identified were the disturbance, stress, emotional stress, insecurity, fear of physical aggression, anxiety, anguish, sadness, fear, impatience, fear for the safety and nervousness.

Most participants said that automatic door, greater privacy screening (where there have been more attacks) and policing as possible measures to reduce violence. The support provided by the Institution for victims in cases of aggression was considered unsatisfactory and five victims reported the suffered violence.

We conclude that it's urgent to adopt measures to combat this problem and the prevention can only be achieved through the commitment set between society, Health



Institutions, health managers and professionals involved by giving users responsibility for their actions and encouraging professionals to report the suffered violence. It is a duty of the Institutions to promote a safe working environment for its employees.

We hope this study will be a further contribution to safety at work of this professional group in the performance of their duties in emergency services, enhancing job satisfaction and quality of care to the critically ill patient/family.

Keywords: violence in nursing; nursing; urgency.

## **AGRADECIMENTOS**

Apesar da realização desta dissertação ter resultado de um esforço pessoal, esta só se tornou possível e mais fácil com o apoio de várias pessoas, às quais manifesto o meu agradecimento pelo apoio e paciência.

À Professora Doutora Clara de Araújo, orientadora, pela partilha de saberes, disponibilidade, acompanhamento, profissionalismo e sugestões que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Rui, pela sua paciência, companheirismo, incentivo e compreensão.

À minha mãe e irmão, por acreditarem em mim.

Aos amigos pela compreensão das ausências.

Aos colegas enfermeiros que colaboraram neste estudo, relatando as suas experiências.

A todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todos vocês, o meu sincero obrigado!



## DEDICATÓRIA

A ti pai, onde estiveres,  
sei que estás sempre comigo.



## PENSAMENTO

“E voltou, então, à raposa:

– Adeus... – disse ele.

– Adeus – disse a raposa. – Eis o meu segredo.

É muito simples: só se vê bem com o coração.

O essencial é invisível aos olhos.

– O essencial é invisível aos olhos

– repetiu o príncipezinho, para não se esquecer.

– Foi o tempo que perdestes com tua rosa que a fez tão importante.

– Foi o tempo que eu perdi com a minha rosa...

– repetiu ele, para não se esquecer.

– Os homens esqueceram essa verdade –

disse ainda a raposa. – Mas tu não a deves esquecer.

Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.

Tu és responsável pela tua rosa...

– Eu sou responsável pela minha rosa...

– repetiu o príncipezinho, para não se esquecer”.

(Antoine de Saint-Exupéry)



## ABREVIATURAS

Ed. : Edição

*et al.*: Et allis (e outros)

*n*: Número

*p*: Página

*Vol.*: Volume





## **ACRÓNIMOS**

DGS: Direção-Geral da Saúde

E.P.E.: Entidade Pública Empresarial

GPT: Grupo Português de Triagem

ICN: Conselho Internacional de Enfermagem

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

MS: Ministério da Saúde

NHS: National Health Service

NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health

OE: Ordem dos Enfermeiros

OIT: Organización Internacional Del Trabajo

OMS: Organização Mundial da Saúde

PCR: Paragem Cardiorrespiratória

REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SEP: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica

SAV: Suporte Avançado de Vida

SBV: Suporte Básico de Vida

SIV: Suporte Imediato de Vida

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SU: Serviço de Urgência

VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vii
DEDICATÓRIA.....	ix
PENSAMENTO.....	xi
ABREVIATURAS.....	xiii
ACRÓNIMOS.....	xv
ÍNDICE GERAL.....	xvii
ÍNDICE DE QUADROS.....	xxix
ÍNDICE DE TABELAS.....	xxi
ÍNDICE DE TABELAS SÍNTESE.....	xxiii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xxv
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO I: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....</b>	<b>31</b>
1.1. Considerações sobre o sistema de cuidados urgentes/emergentes.....	33
1.2. Caracterização dos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos.....	34
1.3. Triagem de Manchester.....	36
1.3.1. Triagem de Manchester em Portugal.....	39
<b>CAPÍTULO II: ATIVIDADE DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE</b>	
<b>URGÊNCIA.....</b>	<b>43</b>
2.1. Perfil dos enfermeiros no Serviço de Urgência.....	45
2.2. Competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.....	48

<b>CAPÍTULO III: VIOLÊNCIA NO TRABALHO.....</b>	<b>53</b>
3.1. A complexidade do fenómeno de violência.....	55
3.2. Tipos de violência e natureza dos atos de violência.....	59
3.3. Principais fatores de risco para a violência.....	61
3.4. Medidas preventivas da violência no trabalho.....	62
3.5. Aspetos jurídicos e legais relacionados com a violência em Portugal.....	67
3.6. Os estudos nacionais e internacionais sobre violência no trabalho dos profissionais de saúde.....	68
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGIA.....</b>	<b>79</b>
4.1. Tipo de Estudo.....	81
4.2. Objetivos do estudo.....	82
4.3. Contexto do estudo e participantes.....	83
4.4. Instrumento de recolha de dados.....	84
4.5. Tratamento de dados.....	85
4.6. Aspetos Éticos.....	88
<b>CAPÍTULO V: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>89</b>
5.1. Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	93
5.2. Apresentação dos resultados obtidos.....	95
5.2.1. Elemento Vítima.....	95
5.2.2. Elemento Agressor.....	99
5.2.3. Instituição.....	104
<b>CAPÍTULO VI: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>113</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>145</b>
<b>APÊNDICE I: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE II: ORIENTAÇÃO PARA O RELATO.....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE III: QUADRO MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS.....</b>	<b>155</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias.....	92
Quadro 2 - Dados sociodemográficos dos participantes.....	94



## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Níveis de prioridade do Sistema de Triagem de Manchester.....	36
Tabela 2 - Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester.....	38
Tabela 3 - Regras aplicadas aquando a elaboração das categorias de análise.....	87





## ÍNDICE DE TABELAS SÍNTESE

Tabela Síntese 1 - Elemento Vítima.....	96
Tabela Síntese 2 - Elemento Agressor.....	100
Tabela Síntese 3 - Instituição.....	104



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Ecológico da Violência.....	54
---	----



## INTRODUÇÃO

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a enfermagem define-se como a profissão que na área da saúde visa prestar cuidados de enfermagem ao ser humano saudável ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que este se insere, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 1996).

A violência no trabalho tem sido alvo de preocupação dos órgãos internacionais diante do número crescente de episódios de violência relacionados com os trabalhadores da área da saúde, especialmente contra os enfermeiros. Estes apresentam índices maiores de agressões quando comparados outros profissionais. Assim sendo, os riscos ocupacionais a que estes trabalhadores diariamente estão expostos (como a violência) levaram a que este problema tenha sido considerado como um grave problema de saúde pública (NIOSH, 2002; OMS, 2002).

A violência provocada por doentes em serviços de saúde, geralmente, ocorre com maior frequência do que em outros ambientes de trabalho. Existe uma diversidade de estudos que aborda o tema da violência contra os profissionais de enfermagem com efeitos diretos na sua saúde. Esta pode ocorrer de diversas formas, mas principalmente ser de natureza física ou psicológica, verificando-se maioritariamente durante a prestação dos cuidados. O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2006) condena vivamente todas as formas de abuso e violência contra os enfermeiros e defende que as repercussões da violência podem interferir na qualidade dos cuidados, revelando o impacto negativo na vida profissional e pessoal do trabalhador, o que remete para a necessidade de discutir estratégias de redução da violência nos serviços de saúde.

Estas ações violam os direitos dos enfermeiros à dignidade e integridade pessoal, bem como à isenção de danos. O fenómeno da violência no trabalho afeta vários setores, no entanto, tem-se verificado que os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência (SU) são dos grupos mais afetados (OIT, 2002).

Sendo os enfermeiros um grupo de profissionais que se encontram particularmente em risco para situações de violência, deve ter-se em atenção a eliminação de todas as formas de abuso contra este grupo profissional. A exposição à violência é considerada como a segunda causa prevalente de ocorrência de acidentes de trabalho (Soerensen et al., 2008). Deste modo, é urgente que os empregadores compreendam a sua gravidade, cumprindo o seu dever de assegurar um ambiente de trabalho seguro para os profissionais de saúde, devendo ainda os últimos tomar consciência de que a subnotificação dos incidentes violentos atua como uma barreira no combate à violência no local de trabalho.

É assim crucial investigar a violência nos serviços de saúde a fim de constatar a sua existência, prevalência, o modo como se verifica e ainda desenvolver estratégias para o seu combate. Segundo Costa (2005), a violência é um fenómeno indesejável em qualquer contexto, uma vez que provoca sofrimentos evitáveis aos seres humanos. No contexto do trabalho de enfermagem, a compreensão da sua manifestação pode possibilitar que se evite sofrimento a um grupo profissional já exposto a outros sofrimentos decorrentes da própria natureza do trabalho, nomeadamente enfermeiros que laboram em SU.

A enfermagem, como outras disciplinas, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação (OE, 2006). Assim, a questão de investigação que nos motivou para a realização deste estudo foi **Qual o fenómeno de violência no trabalho a que estão expostos os enfermeiros nos serviços de urgência médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país?**, sendo o objetivo geral **compreender o fenómeno de violência no trabalho a que os enfermeiros nos serviços de urgência médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país estão expostos.**

Esta problemática da violência no trabalho surgiu no ambiente laboral ao exercermos funções de enfermagem num SU médico-cirúrgico, pois a violência é cada vez mais comum no dia a dia dos profissionais de enfermagem que laboram neste tipo de serviços. O facto de convivermos quase diariamente com o fenómeno da violência ocupacional foi o que nos motivou para a realização deste estudo, pois este é uma realidade que causa desgaste e sofrimento à equipa de trabalho. Sentimos ainda

necessidade de aprofundar sobre o tema e de dar mais visibilidade a este problema para que sejam tomadas medidas para prevenir novas situações.

O presente estudo apresenta uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo e de modelo observacional, pois tem como intuito a descrição de um fenómeno num grupo de pessoas, como a violência aos enfermeiros, no seu ambiente natural, neste caso, o ambiente de trabalho (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

Este estudo foi organizado em seis capítulos principais. Assim, após a introdução, no primeiro capítulo é feita uma abordagem sobre o SU e sua organização em Portugal, bem como do Sistema de Triagem de Manchester. Seguidamente é abordado o perfil dos enfermeiros que laboram nos SU, formação que devem deter e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. No terceiro capítulo constam considerações sobre a violência, fatores de risco, medidas preventivas, aspetos jurídicos e legais relacionados com a mesma em Portugal e estudos sobre o tema. A metodologia é abordada de seguida, onde se encontra especificado o tipo de estudo, objetivos, método de seleção dos participantes, método de recolha de dados, tratamento dos mesmos e aspetos éticos. E por fim, antes das conclusões, são apresentados os dados obtidos e feita a análise e discussão dos mesmos.

Para a elaboração deste estudo recorremos a literatura específica, a artigos científicos, a *sites* da internet específicos da área da saúde e a bases de dados como a *B-On*, *Scielo* e repositórios científicos.





## **CAPÍTULO I: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



## 1.1. Considerações sobre o sistema de cuidados urgentes/emergentes

A palavra “urgência”, bastante utilizada hoje em dia, provém do latim *urgens*, que significa aquilo que exige ação ou decisão imediata, que não pode ser adiado, que urge ser realizado, que é urgente. Esta necessidade de atendimento imediato em situações que exigem uma intervenção rápida está inerente aos SU, no entanto, verificam-se ainda muitas falsas urgências por haver uma grande afluência a este tipo de recurso de casos pouco urgentes ou mesmo não urgentes (Minayo, 2007).

O conceito de urgência na área da saúde adquire significados subjetivos, pois o utente encara a sua saúde (ou falta dela, neste caso) como sendo sempre muito urgente. Assim, o facto de os doentes não recorrerem ao SU apenas quando realmente necessitam poderá causar problemas na assistência a doentes com situações críticas, principalmente num serviço de saúde com escasso pessoal médico (Portugal, 2004).

Segundo Pego (1998), os SU enquadram-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS) como uma componente de um sistema complexo de prestação de cuidados de saúde e pertencem ao Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Este inclui toda a atividade de urgência/emergência médica, como o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar, a adequada referenciação do doente urgente/emergente, a formação em emergência médica, o planeamento civil, a prevenção e a rede de telecomunicações de emergência médica. O SIEM tem assim como objetivo uma intervenção ativa, dinâmica e coordenada dos vários componentes da comunidade, a fim de possibilitar uma atuação rápida e eficaz, economizando meios. Os SU são considerados unidades fulcrais em todo este processo, funcionando a nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares, com a existência, nestes últimos, de diferentes níveis, pois nem todos os hospitais podem ou devem dispor da totalidade dos meios técnicos para atender qualquer tipo de patologia (Portugal, 2001).

Os SU têm como missão receber situações de grande gravidade, impondo meios sofisticados de diagnóstico e de tratamento, em que o internamento é provável e o doente não pode habitualmente deslocar-se pelos seus meios. Estes serviços estão preparados para receber e prestar cuidados de saúde com eficácia, em situações urgentes e emergentes. São consideradas urgências todas as situações clínicas de instalação súbita,

desde as não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais. Já emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais (Portugal, 2001).

## **1.2. Caracterização dos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos**

Perante o que foi exposto anteriormente, as situações críticas que se enquadram no âmbito daquelas definições necessitam de referenciação hospitalar para Unidades com a diferenciação adequada, daí a necessidade do Ministério da Saúde (MS) em estabelecer uma Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência /Emergência que define os hospitais do continente português com urgência polivalente, médico-cirúrgica e básica em 2001 (Portugal, 2001).

Os SU hospitalares passaram assim a dividir-se em três níveis de urgência, sendo que as urgências básicas representam o terceiro nível de atendimento urgente, não devendo receber doentes em situação de urgência/emergência (exceto em situação de catástrofe); as urgências médico-cirúrgicas são o primeiro nível de acolhimento em situações de urgência/emergência, sendo unidades diferenciadas que se devem localizar em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital (embora não envolvam todos os hospitais distritais) e já os SU polivalentes são unidades muito diferenciadas em recursos humanos, tecnológicos, arquitetónicos e funcionam ainda simultaneamente como urgência médico-cirúrgica para as respetivas áreas de influência, onde constituem o segundo nível de atendimento urgente, apresentando maior grau de diferenciação técnica para o acolhimento de situações de urgência/emergência. Devem estar localizadas nos hospitais gerais centrais (Portugal, 2001).

Apesar de as urgências polivalentes apresentarem maior grau de diferenciação, podem não assegurar a assistência a todas as situações, pois nem todos os hospitais possuem todas as valências a este nível. Desta forma, estarão articulados funcionalmente com um hospital que as possua (complementaridade horizontal do SNS) (Portugal, 2001).

Abordando objetivamente e apenas os SU médico-cirúrgicos, contexto de estudo deste trabalho, estes devem servir como apoio diferenciado aos SU básicos e referenciar as situações mais específicas para os SU polivalentes de referência. Como recursos

humanos devem dispor de equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada. Como valências mínimas devem dispor de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imuno-Hemoterapia, Anestesiologia, Bloco Operatório (24 horas), Imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, tomografia axial computadorizada) e Patologia Clínica (24 horas). O apoio das especialidades de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas) e Medicina Intensiva (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente) deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de referência (Portugal, 2012).

Estes SU, como anteriormente já tinha sido recomendado, devem ainda ter uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) integrada com o objetivo de prestação de cuidados ao doente crítico do SU e colaboração no transporte inter-hospitalar de doentes. Quanto à estrutura física, pode-se dizer que esta é variável, no entanto, deve incluir necessariamente uma área de admissão e registo, área de triagem de prioridades (segundo o Sistema de Triagem de Manchester), área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência com condições para Suporte Avançado de Vida (SAV), área de traumatologia (pequena-cirurgia), área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares e áreas não assistenciais. Deve ainda verificar-se acesso facilitado a meios complementares de diagnóstico e ao bloco operatório. Devem existir fluxos de doentes pré-estabelecidos e claros, diferenciados por tipo de patologias e/ou por prioridade de observação, definindo-se que atividades se realizam em cada área e como se articulam entre elas (Portugal, 2012).

Por fim, no SU é também importante facilitar o acompanhamento do doente por um familiar, respeitar a privacidade e conforto e permitir a comunicação e a informação personalizada. Condições de visualização e fácil acesso ao doente devem também ser garantidas e as áreas de circulação (como os corredores) devem manter-se livres, sem presença de doentes ou macas (Portugal, 2012).

### 1.3. Triagem de Manchester

O termo triagem, tem origem na língua francesa e a palavra referente à sua proveniência é “trier”, que significa escolher ou selecionar. A palavra triagem é usada quase exclusivamente em contexto de saúde, tendo sido implementada para identificar os casos mais urgentes para o atendimento médico, assegurando que estes receberão tratamento prioritário, seguindo-se os casos menos urgentes. Normalmente os recursos são suficientes para tratar todos os pacientes, contudo, os menos urgentes poderão aguardar. Nestes casos, doentes com prioridade Pouco Urgente ou Não Urgente beneficiariam se recorressem aos cuidados de saúde primários, como os centros de saúde (Iserson and Moskop, 2004).

O Sistema de Triagem de Manchester é o sistema de triagem mais utilizado no Reino Unido, sendo uma representação baseada em fluxogramas. A primeira etapa diz respeito ao triador identificar a queixa principal e a partir de cinquenta e dois fluxogramas escolher o mais adequado perante as queixas do doente. Em seguida é desenvolvida uma entrevista estruturada e assinalada uma categoria que irá do nível 1 ao 5, caracterizadas pelo nome, cor e tempo alvo máximo para a primeira observação médica (Tabela 1) (Scoble, 2004; Baumann and Strout, 2007).

**Tabela 1 - Níveis de prioridade do Sistema de Triagem de Manchester**

Nível	Prioridade	Cor	Tempo alvo máximo para a primeira observação médica
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Adaptada de Grupo Português de Triagem, 2009

Com vista a implementar o Sistema de Triagem de Manchester foi constituído um grupo de consultores de emergência/ urgência com enfermeiros e médicos para a criação de normas de triagem. Para a realidade do hospital de Manchester, tornou-se crucial o desenvolvimento de um sistema de triagem que assegurasse que todos os doentes fossem observados por ordem de necessidade e não por ordem de chegada. A triagem feita sem

ter por base algoritmos associados levava a incoerências no atendimento, risco de cuidados não atempados e falta de rigor clínico. Os SU careciam de organização e de melhor gestão de doentes e áreas clínicas. Era prioritário criar uma nomenclatura comum, definições em comum, metodologia sólida de triagem, programa de formação e um guia de auditoria. Em 1997, depois de Manchester, este sistema foi adotado rapidamente por outros hospitais do Reino Unido, bem como posteriormente por toda a Europa, nomeadamente pela Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Suécia, Países Baixos e Alemanha (Kevin, 1997; Souto-Ramos, 2008).

O Sistema de Triagem de Manchester tem como objetivo estabelecer uma prioridade clínica e não um diagnóstico. Este conceito baseia-se na observação na triagem para facilitar a gestão clínica dos doentes com maior segurança e ao mesmo tempo a gestão do serviço, através da atribuição exata de uma prioridade (Kevin, Janet et al, 2006). O processo de triagem deve estar concluído entre dois a cinco minutos, no entanto, quando se trata de crianças, o processo poderá tornar-se mais demorado (Baumann and Strout, 2007).

A primeira fase é a identificação do fluxograma que melhor se adequa às queixas do doente e à informação pertinente recolhida tendo em conta os 52 fluxogramas existentes (Tabela 2). A escolha de diferentes fluxogramas não implica diferentes prioridades e havendo dúvida de qual o mais apropriado, tal não é problemático, pois percorrendo um ou outro fluxograma a prioridade correspondente será a mesma. Após a seleção do fluxograma apropriado à situação, é analisada a informação utilizando seis discriminadores-chave para determinar o nível de prioridade, sendo os discriminadores gerais o risco de vida [que implicam comprometimento da via aérea, respiração e circulação – A (airway), B (breathing) e C (circulation)], a dor (interpretada segundo uma escala numérica, tendo em conta a intensidade, localização, irradiação e duração), a hemorragia, o nível de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow), a temperatura (timpânica e em graus Celsius) e a duração do problema (um problema com duração de menos de uma semana é considerado recente). O nível de prioridade a atribuir tem em conta a história de doença e a situação atual sendo importante não só ouvir as queixas do doente, como observá-lo e interpretar a sua linguagem corporal (Kevin, Janet et al., 2006).



**Tabela 2 - Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester**

1- Agressão	27- Dor torácica
2- Asma	28- Embriaguês aparente
3- Auto-agressão	29- Erupções cutâneas
4- Bebê que chora	30- Estado de inconsciência
5- Catástrofe: avaliação primária	31- Exposição a químicos
6- Catástrofe: avaliação secundária	32- Feridas
7- Cefaleia	33- Grande Traumatismo
8- Comportamento estranho	34- Gravidez
9- Convulsões	35- Hemorragia gastro-intestinal
10- Corpo estranho	36- Hemorragia vaginal
11- Criança com dificuldade de locomoção	37- Indisposição do adulto
12- Criança irritável	38- Infecções locais e abscessos
13- Criança que não se sente bem	39- Lesão tóraco-abdominal
14- Diabetes	40- Mordeduras e picadas
15- Diarreia	41- Pais preocupados
16- Dispneia	42- Problemas estomatológicos
17- Dispneia na criança	43- Problemas nasais
18- Doença hematológica	44- Problemas nos membros
19- Doença mental	45- Problemas oftalmológicos
20- Doenças sexualmente transmissíveis	46- Problemas nos ouvidos
21- Dor abdominal	47- Problemas urinários
22- Dor abdominal na criança	48- Queda
23- Dor cervical	49- Queimaduras profundas e superficiais
24- Dor de garganta	50- Sobredosagem ou envenenamento
25- Dor lombar	51- TCE – trauma crânio-encefálico
26- Dor testicular	52- Vômitos

Adaptada de Grupo Português de Triagem, 2009

A atribuição errada de uma prioridade de um nível inferior pode originar danos perigosos no cuidado ao doente devido aos longos períodos de espera. Contudo, a identificação inapropriada de uma prioridade superior pode também aumentar o tempo de espera dos casos realmente urgentes (Maldonado and Avner, 2004). O método por si só não garante o bom funcionamento do SU, no entanto o sistema não exige diferenciação

extrema mas um bom técnico de saúde, podendo ser realizada por enfermeiros ou médicos (quem mais pratica triagem são os enfermeiros, e em número muito significativo) (Kevin 1997; Moreira, 2010).

A Triagem de Manchester também prevê a retriagem do doente quando o seu estado clínico se agrava durante o tempo de espera para o atendimento médico. Contudo, a retriagem também poderá ser efetuada quando um doente refere melhoria da dor após analgesia, se implementada segundo protocolos na triagem, mas ainda aguarda pela observação clínica. Neste caso específico visto existir melhoria da dor o mesmo poderá ser retriado por vezes para prioridade inferior à atribuída anteriormente, caso o discriminador selecionado tenha sido a dor (Kevin, Janet et al., 2006).

Por fim, o Sistema de Triagem de Manchester prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo e passível de ser auditada interna e externamente. Todos os termos encontram-se definidos de forma precisa e uniforme, estando os elementos envolvidos na triagem sujeitos a auditorias para apurar a reprodutibilidade e a segurança entre profissionais, doentes e serviços (Kevin, Janet et al., 2006; Moreira, 2010).

### **1.3.1. Triagem de Manchester em Portugal**

Em Portugal, o Sistema de Triagem de Manchester foi introduzido pela primeira vez no Hospital Geral de Santo António (hoje em dia integrado no Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.) e no Hospital Fernando da Fonseca (Hospital Amadora-Sintra) no ano 2000, dia 18 de Outubro às 8 horas. Esta iniciativa foi apoiada pelo Manchester Triage Group, tendo havido anteriormente formação conjunta (GPT, 2002).

Devido ao interesse, outros hospitais portugueses foram progressivamente aderindo a este Sistema de Triagem. No ano de 2001 foi fundado o Grupo de Triagem de Prioridades na Urgência (mais conhecido pelo GPT), sendo este formalmente reconhecido pelo Manchester Triage Group e pela British Medical Journal como a entidade representante da Triagem de Manchester em Portugal. Assim, este grupo é uma associação privada sem fins lucrativos, legalmente registada e também reconhecida pelo MS que representa os interesses dos autores do sistema e promove a implementação do mesmo em Portugal. O GPT ficou assim responsável pela criação do sistema, expansão,

avaliação, divulgação, formação, auditoria, manutenção do sistema, uniformização dos registos, preparação de formadores e auditores e acreditação dos hospitais que cumprissem as normas. A sede deste grupo é no Hospital Fernando de Fonseca (Hospital Amadora-Sintra), sendo este que assume os custos do secretariado (Portugal, 2005; GPT, 2009).

Desde aquele momento, nos SU deste país era utilizada a versão 1 do Sistema de Triagem de Manchester, no entanto, segundo a Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) número 002/2015, publicada em Março de 2015, todos os hospitais devem passar a utilizar a versão 2 da Triagem de Manchester até o dia 31 de Dezembro de 2015, uma versão mais atualizada. Devem ainda criar e ter implementadas as Vias Verdes Acidente Vascular Cerebral, Trauma, Coronária e Sépsis (Portugal, 2015; Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO de 06/01/2010).

Para finalizar, em Portugal, tem-se vindo a constatar o recurso ao SU por muitas situações sem uma indicação clínica enquadrável no contexto do SU, sendo este muitas vezes utilizado como Consulta Externa, Centro de Saúde, Hospital de Dia ou como logística disponível para procedimentos não programados e não clinicamente emergentes (como o doseamento da alcoolémia aos condutores de veículos sem ferimentos). Assim, foi implementada a pulseira de cor branca desde 2000 para identificar este tipo de situações. Como critérios para atribuição da cor branca são atribuídos:

- Critérios administrativos: doente de outro hospital que necessita de inscrição para realização de exame complementar de diagnóstico; cadáver que necessita de registo administrativo para admissão na casa mortuária e solicitação de autópsia, se for o caso; doente convocado para terapêutica não programada (por exemplo, transplante de órgãos); doente admitido para o internamento para atividade programada e que utiliza o posto administrativo do SU para admissão (por exemplo, se feriado ou fim de semana); doente readmitido mais de 24 horas após transferência para outro hospital para efeitos de consultadoria e que regressa à Instituição de origem.
- Critérios clínicos: doente referenciado por médico (independentemente do local de referência ou da especialidade) sem situação aguda ou de urgência, para a realização de técnica, exame complementar de diagnóstico ou ato médico que não se enquadre nas atribuições do SU (por exemplo, doente enviado para reavaliação

clínica, remoção ou renovação de imobilizações); doente referenciado por médico para inclusão em protocolo científico sem situação aguda ou de urgência; utente que recorre ao SU ao abrigo do programa de interrupção voluntária de gravidez.

- Outros critérios: doentes admitidos para reavaliação por referenciação médica, tendo sido observados anteriormente no SU e que atualmente não apresentam situação aguda ou urgente; colheita de sangue para contra prova - teste de alcoolémia por ordem de autoridade policial (GPT, 2009).



## **CAPÍTULO II: ATIVIDADE DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



A enfermagem tem como propósito facilitar os processos de transição no sentido de ajudar os indivíduos a alcançar um estado de bem-estar. Este conceito de transição remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis que são desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou até mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas. Estas mudanças requerem ajustamento ou adaptação, cabendo aos enfermeiros, promover e facilitar esse ajustamento ou adaptação à nova situação ou estado (Meleis et al., 2000).

A abordagem à pessoa em situação crítica exige da equipa multidisciplinar uma rápida e adequada intervenção de forma a garantir a sua estabilização e tratamento. A OE (2010, p. 1) salienta que,

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

Assim, a profissão de enfermagem assenta os seus princípios na relação com o outro, na assistência à pessoa enquanto ser biopsicossociocultural e espiritual, avaliando as suas necessidades tendo em conta a sua perceção e globalidade. Na abordagem à pessoa em situação crítica, a articulação e a complementaridade funcional dos profissionais são imprescindíveis no trabalho da equipa de saúde. Para Macphail (2001), em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão essencial o trabalho em equipa, num clima de respeito mútuo e considerando a complementaridade de saberes.

## **2.1. Perfil dos enfermeiros no Serviço de Urgência**

Segundo Sheehy (2001, p.3): (...) a “enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, perçecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções”.

A enfermagem de urgência caracteriza-se pela necessária diversidade de conhecimentos, requerendo um conjunto de capacidades de avaliação e de intervenção



especializada e rápida, onde os problemas podem ser percebidos como reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais e a sua resolução pode implicar tanto cuidados mínimos como medidas avançadas de reanimação, ensino ao doente ou à família e encaminhamento adequado. Sheehy (2001) considera a enfermagem de urgência como sendo pluridimensional por implicar o conhecimento dos vários sistemas do organismo, dos processos de doença e por lidar com grupos etários variados e comuns a outras especialidades.

Ainda de acordo com Sheehy (2001), o enfermeiro a laborar no SU deve ser um enfermeiro com habilitação profissional e formação superior em prestação de cuidados primários e diferenciados a doentes adultos e mesmo pediátricos. Perante a especificidade deste tipo de serviço, os enfermeiros devem possuir formação específica na sua área de atuação, formação teórica e prática com o propósito de colocar os profissionais em contexto de formação em situações o mais próximas do real. Segundo Oliveira (1999), dos enfermeiros que exercem funções no SU é esperado que possuam um vasto leque de conhecimentos de enfermagem, boa capacidade para lidar com o imprevisto, tomar decisões sob pressão, capacidade de observação e análise de situações de modo a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente, destreza manual, autocontrolo emocional, facilidade de comunicação e gosto pelo trabalho em equipa.

Fernandes (2005) recomenda que os enfermeiros que exercem funções no SU devem promover uma comunicação aberta e atempada com os outros prestadores de cuidados de saúde mediante colaboração profissional e prática interdependente. Assim, os cuidados de urgência devem ser coordenados entre o enfermeiro e o médico, com respeito mútuo pela autonomia profissional, quer na gestão quer na prática clínica. É indispensável uma infraestrutura adequada e a realização de um trabalho harmonioso e sincronizado, pois a atuação em equipa é necessária para se alcançar a recuperação e estabilização do doente.

As autoras Alarcão e Rua (2005) acrescentam ainda que as competências destes enfermeiros devem assentar em determinadas características como personalidade equilibrada, humanista, responsável, com conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados, boa capacidade crítica e de analisar os fenómenos e acontecimentos,

capacidade de tomada de decisão, agir perante o inesperado e atitude de aprendizagem continuada.

De acordo com a OE, no Parecer conjunto do Conselho de Enfermagem e Jurisdirecional nº3 (2010, p. 21):

“Os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional”.

Também a Comissão Regional do Doente Crítico (2008) considera que a formação na área de urgência tem uma grande importância, recomendando que os enfermeiros possuam formação em SAV, Trauma, Emergências Médicas de Adultos e Pediátricas e Transporte do Doente Crítico. Ainda de acordo com o INEM (2011) os conhecimentos e competências adquiridos em SAV, caso não sejam reciclados deterioram-se em 6 meses, o mesmo acontecendo com as competências “não-técnicas”, como a capacidade de liderança, gestão de tarefas, trabalho em equipa e comunicação estruturada, competências fundamentais ao laborar num SU. A qualificação técnica encontra-se assim estreitamente relacionada com a formação e experiência profissional, constituindo um dos fatores mais importantes para a promoção e garantia da segurança da pessoa em situação crítica.

Bem (2013) salienta no seu estudo também a importância da formação permanente e alerta para o défice de formação em enfermagem em situações específicas que não são abordadas nos cursos de licenciatura de enfermagem. Deste modo, nos últimos anos têm surgido diversos cursos na área de urgência/emergência como forma de melhorar a competência e capacidade técnica de todos os enfermeiros que trabalham nos SU (no entanto, a grande maioria destes pagos pelo próprio profissional), como cursos de SBV, SIV, SAV, SAV pediátrico, Suporte de Doentes Críticos e Curso Avançado de Trauma para enfermeiros – Trauma Nursing Core Course, bem como Pós-Graduações (de urgência e emergência, de emergência e catástrofe ou de emergência e trauma), Pós-Licenciaturas e Mestrados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## **2.2. Competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**

A OE (1996), no REPE (Decreto Lei nº 161/96, de 4 de Setembro p. 3) define enfermagem como:

“(…) a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível”.

O exercício profissional da enfermagem foca-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas. Foi com a criação da OE que a Enfermagem atingiu um dos seus maiores desafios, tendo sido definidos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes, têm como objetivo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, tendo sido definidas seis categorias, como a satisfação do doente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Existem dois tipos de intervenções de enfermagem, as intervenções autónomas e as interdependentes. As primeiras são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as suas qualificações profissionais e após identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de determinado utente ou grupo, tanto na prestação direta de cuidados, como na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria. O enfermeiro assume assim tanto a responsabilidade pela prescrição como pela implementação da intervenção de enfermagem. Já as interdependentes, são consideradas as ações realizadas pelos enfermeiros também segundo as respetivas qualificações e em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e de prescrições ou orientações previamente formalizadas. Neste segundo caso, nas intervenções interdependentes, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação, pois não é ele que as prescreve (OE, 1996).

Segundo a OE (2011), a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo requer uma abordagem sistémica. Essa tomada de decisão baseada

na evidência é crucial na otimização dos resultados, na obtenção de ganhos em saúde, na melhoria da prática clínica e na redução de custos, providenciando maior segurança e transparência na tomada de decisão. Nunes (2007) afirma que no decurso da tomada de decisão várias são as fontes de informação que contribuem para a escolha da melhor alternativa, sendo elas a experiência, o saber cognitivo, os dados e as informações recolhidas, os conselhos e as experiências dos pares e ainda a pesquisa. O domínio cognitivo do “saber-saber” e do “saber-fazer”, da experiência e da prática, são bastante importantes para diminuir o *stress* da decisão, principalmente para quem trabalha em situações que implicam ações rápidas, eficientes e eficazes, como num SU, ao contactar com doentes críticos.

A OE (2010) define que os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, mantendo as funções básicas de vida. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil. Um doente crítico, segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), é aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.

A nível de competências, as autoras Alarcão e Rua (2005) afirmam que estas podem-se dividir em cognitivas, técnicas e comunicacionais, que por sua vez podem ainda ser organizadas em micro-competências. As competências cognitivas relacionam-se com a identificação das necessidades dos doentes, análise e interpretação da informação colhida, planificação das intervenções de acordo com as prioridades e a sua justificação e avaliação da evolução de cada situação clínica. As competências técnicas são também divididas em micro-competências, como cumprimento dos procedimentos respeitando as normas, possuir destreza manual e utilização dos recursos materiais adequados a cada situação, e por fim, as competências comunicacionais incluem o saber ouvir, estabelecer uma comunicação adequada às características do doente/família (ajustar a linguagem),

realização de ensinamentos oportunos, registro sistemático da informação e estabelecer uma relação de ajuda e empática.

Já o Modelo de Desenvolvimento de Competências de Patrícia Benner (Benner, 2001), diferencia o “saber” do “saber fazer”. Assim, o “saber fazer” é apresentado como o conhecimento prático, logo, sem necessidade de formular conhecimento teórico, inserindo-se nele o indivíduo que sabe fazer antes de ter uma explicação teórica, mas por sua vez o “saber” é capaz de estabelecer relações causais entre fenômenos e efetuar formulações sobre acontecimentos. Estas duas noções não são antagônicas, pelo contrário, pois o conhecimento prático é potencialmente gerador de conhecimentos teóricos, a teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria.

O trabalho de Benner apoia-se no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus e Dreyfus de 1980, em que este modelo preconiza a passagem do enfermeiro por cinco níveis distintos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes diferentes níveis representam alterações que ocorrem aquando da aquisição de competências, esperando-se que:

- haja uma passagem da utilização de regras e princípios abstratos para a valorização das vivências e experiências passadas;
- a confiança no pensamento analítico dê lugar à confiança na própria intuição;
- haja uma mudança na capacidade de ver o fenómeno enquanto partes separadas, para conseguir ver o todo na sua complexidade desenvolvendo a perspicácia para destacar os aspetos mais importantes;
- desenvolva uma posição de observador distanciado da situação, para o envolvimento e empenhamento na situação (Benner, 2001).

Estes mecanismos de transformação e de crescimento do desempenho realçam a importância da experiência, já que quando esta cresce, o conhecimento prático, aliado ao teórico gera saberes teórico-práticos. Assim, segundo a mesma autora (Benner, 2001), os diferentes níveis de evolução distinguem-se entre si, pois:

- no nível de iniciado, o enfermeiro não tem experiência na situação na qual se encontra, necessita de regras objetivas, sem enquadramento com o restante contexto e

o cumprimento dessas regras origina comportamentos limitados e rígidos, tendo dificuldade em diferenciar os aspetos relevantes dos secundários, havendo também dificuldade em integrar o que é descrito nos livros com as situações clínicas com as quais é realmente confrontado (relacionar a teoria com a prática);

- no nível de iniciado-avançado, já se verifica a integração de algumas situações vividas e já começa a identificar aspetos comuns. O enfermeiro é ainda guiado por regras e há dificuldade em compreender a situação global da pessoa, bem como em estabelecer prioridades, não havendo a consciência da globalidade do utente, nem do serviço no seu todo;
- no nível de competente, o profissional é capaz de definir e gerir as prioridades e é mais eficaz na planificação e análise da situação clínica. Começa a reconhecer padrões e a planear em função dos mesmos, sendo capaz de distinguir os utentes que irão necessitar de maior vigilância;
- no nível proficiente está presente a capacidade de análise das situações na sua globalidade. É capaz de através das diversas experiências anteriores, atuar de forma antecipatória. Neste nível verifica-se a capacidade de atuação sobre o problema e baseia-se na sua experiência de forma a resolver a situação;
- por fim, a pessoa no nível de perito não necessita de estratégias analíticas de apoio à decisão, compreende o problema de forma intuitiva e considera alternativas à situação e à resposta. O perito conhece o problema através de padrões típicos e compreende a pessoa enquanto um todo (Benner, 2001).

Segundo o documento da OE (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, como competências específicas:

- “(...) cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Desenvolvendo especificamente cada uma das competências citadas, estas incluem a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, antecipação da ação face a focos de instabilidade e risco de falência orgânica, gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando as respostas, prestação de apoio emocional à pessoa/família em situação

crítica/falência orgânica, gestão da comunicação interpessoal e relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica/falência orgânica. Incluem-se ainda nas competências a conceção dos planos de emergência/catástrofe em articulação com o nível estratégico, o planeamento da resposta e a gestão dos cuidados face a pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe, a conceção de planos de prevenção e controlo da infeção para responder às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica/falência orgânica, bem como a liderança do desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de prevenção das infeções (OE, 2010).

Por fim, ainda segundo a OE (2011), o enfermeiro especialista, na procura contínua da excelência do cuidar, assegura a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.

Assim, é importante ter por base um quadro de referências para o exercício profissional um sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas, a existência de um resumo mínimo de dados e indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento à pessoa em situação crítica, estudos sobre a satisfação dos enfermeiros especialistas em relação à qualidade do exercício profissional, dotação segura de enfermeiros especialistas, uma política de formação contínua, metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados que sejam promotoras da qualidade, normas e guias atualizados de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica, um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas e metodologias de organização dos cuidados, tendo como objetivo uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima (OE, 2011).

### **CAPÍTULO III: VIOLÊNCIA NO TRABALHO**





### **3.1. A complexidade do fenômeno de violência**

O vocábulo violência deriva do latim, *violentia*, que nos direciona ao termo *vis* (emprego de força ou vigor). Já a força se torna violência quando irrompe em carga negativa, quebrando os acordos socialmente aceites, que dão ordem nas relações entre indivíduos. Causa sofrimento em quem recebe, mas apenas é caracterizada como negativa quando a cultura, em que o indivíduo se insere, reconhece o ato como realmente causador de dano (Silva, 2011).

Qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência pressupõe a noção da sua complexidade e controvérsia, gerando muitas teorias e todas elas incompletas. Tendo em conta o que acontece na prática, a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes ou nações que provocam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Na realidade, só se pode falar de violências, pois esta é considerada uma realidade plural, multifatorial e diferenciada, cujas especificidades necessitam ser estudadas. A interpretação desta pluricausalidade é justamente, um dos principais problemas com que nos deparamos ao estudar este tema (Minayo, 2007).

Violência é definida pela OMS (2002) como o “uso intencional de força física ou poder contra si, contra outra pessoa ou grupo, que pode causar morte, dano psicológico, lesão, alterações do desenvolvimento ou de privação”. Segundo a OIT (2003), a violência no trabalho entende-se como sendo toda a ação ou comportamento de uma pessoa contra outra que leve à agressão, ofensa, prejuízo ou humilhação em seu trabalho ou como consequência dele, incluindo o trajeto de ida e volta do local de trabalho.

A violência pode ser classificada quanto à sua natureza como física, sexual, relacionada à privação ou abandono e psicológica, sendo que esta última integra a agressão verbal, assédio moral e discriminação. A violência psicológica considera-se como sendo qualquer conduta abusiva como comportamentos, gestos, palavras, omissões, silêncio, pressões emocionais, atos que repetidos podem causar danos à personalidade, à dignidade psíquica ou física, ameaçando o seu emprego ou degradando o seu ambiente de trabalho. Apesar de a violência ter estado sempre presente ao longo dos tempos, esta não pode ser aceite como um problema inevitável da condição humana. Ao longo deste estudo

apenas abordaremos a violência de natureza física ou psicológica, dado serem as mais frequentes no que toca aos profissionais de saúde (OMS, 2002).

A definição dada pela OMS associa intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado. Desta definição entende-se que estão excluídos os incidentes não intencionais. A OMS salienta a intenção de praticar determinada ação de forma deliberada e ainda que se distinga a violência de atos não intencionais que produzem ferimentos, a intenção de usar força em determinado ato não significa necessariamente que houve conscientemente intenção de causar dano, mesmo tendo-o causado. Por outro lado, o agressor pode cometer um ato intencional que pode ser considerado perigoso e, possivelmente, ter resultados prejudiciais para a saúde, mas não o ter entendido assim. Visto isto, a intencionalidade, pode ser considerada relativa, o que torna ainda mais complexa a definição de violência (Dahlberg e Krug, 2007).

Para a compreensão da causalidade da violência, o Modelo Ecológico da Violência (Figura 1) defende que não existe um fator único que explique as razões porque algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre com maior incidência em algumas comunidades comparativamente com outras. A violência é o resultado da interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais sobre o comportamento dos indivíduos. Este modelo foca-se em fatores de risco e de proteção para a violência, apresentando-se em quatro níveis de influência de fatores de risco, como o individual, relacional, comunitário e social (Dahlberg e Krug, 2007).

O nível individual, primeiro nível do Modelo Ecológico, afirma que fatores biológicos e históricos pessoais possam aumentar a probabilidade de um indivíduo se tornar agressor ou vítima de violência, tendo em conta determinadas características como a impulsividade, baixo nível educacional, abuso álcool, de substâncias ilícitas e história de agressão. O segundo nível, o relacional explora o modo como as relações entre os indivíduos influenciam a ocorrência de violência, sendo que este risco aumenta entre os relacionamentos sociais com pares, parceiros íntimos e membros da família. (Dahlberg e Krug, 2007).

O terceiro nível do Modelo Ecológico da Violência, o comunitário, examina os contextos nos quais se inserem as relações sociais, como escolas ou locais de trabalho, e

procura identificar as características dos cenários associadas ao facto de os indivíduos poderem ser vítimas ou agressores. Sabe-se que áreas de pobreza são mais propensas a integrar episódios violentos. Já o último nível deste Modelo, o nível social, inclui os fatores mais significativos da sociedade que condicionam a ocorrência de episódios violentos. A desigualdade de género, sistemas de crenças religiosas ou culturais, normas políticas e económicas ou sociais que sustentam tensões entre grupos de pessoas relacionam-se com agressividade e consequentemente violência. (Dahlberg e Krug, 2007).

O modelo ecológico demonstra assim como a violência pode ser provocada por diferentes fatores e em etapas variadas da vida do indivíduo. Sendo a violência um problema multifacetado, com raízes de natureza biológica, psicológica, social e ambiental, é necessário confrontá-la simultaneamente em diversos níveis de intervenção, podendo este modelo ser analisado tanto numa perspectiva macro como micro, pois todos os níveis se encontram relacionados entre si.

Da análise deste modelo verificamos uma profunda interação e complexa de todos os fatores que influenciam a violência, tendo feito todo o sentido a organização deste trabalho segundo as áreas temáticas Elemento Vítima, Elemento Agressor e Instituição.

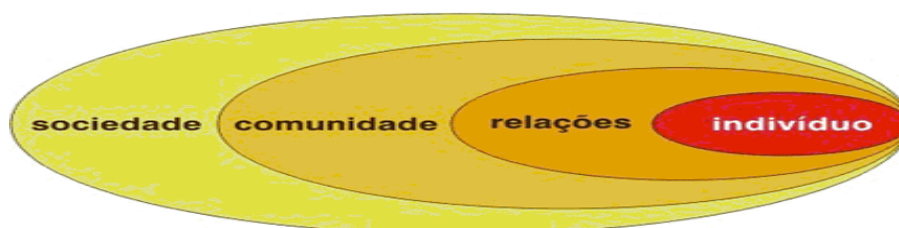


Figura 1 - Modelo ecológico da violência, proposto pela Organização Mundial da Saúde

Adaptado de Dahlberg e Krug, 2007

A utilização das palavras “poder” e “uso de força física” ampliam a natureza de um ato violento. Assim, esses conceitos devem incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos autoinfligidos. Esta definição cobre uma ampla gama de tipos de violência, no entanto reflete a necessidade de incluir a violência que não produz necessariamente sofrimento ou morte, mas que, mesmo assim prejudica os indivíduos por ela acometidos, bem como as suas famílias. Muitas formas de violência podem originar consequências físicas, psicológicas e sociais,

podendo estas ser imediatas ou tardias. Definir as consequências de atos violentos apenas em termos de ferimentos ou morte limita demasiado a compreensão total do fenómeno (Dahlberg e Krug, 2007).

Os termos mais utilizados quando há referência à violência são a agressão, quando há a intenção de causar dano físico à outra pessoa; o abuso, quando se procede com a humilhação do outro, não respeitando sua dignidade e valor como ser humano; a intimidação, cujo comportamento tem por intuito ofender e humilhar pelo uso de crueldade e o assédio, que pode ser moral, ferindo a dignidade da pessoa; ou sexual, caracterizado pela conduta indesejada de conotação sexual, que acaba por resultar em humilhação ou vergonha (OIT, 2002).

De certa forma, a violência é também definida de acordo com o que é moralmente aceite em determinada cultura. No entanto, quando um indivíduo age de modo a ferir os princípios morais, está a praticar um ato violento. Na nossa cultura, a violência é tida como uma forma de violação dos direitos humanos (Silva, 2011). Não é só a violência física que deixa “marcas”, também a violência psicológica origina patologias psicossomáticas, como úlceras duodenais, além de que este tipo de violência pode levar a que a pessoa passe a ingerir medicamentos ou álcool, podendo entrar em crise e em última instância, depressão (Nakamura, 2004).

Como consequências da violência física e psicológica, o ICN (2006) identifica os sentimentos de choque, tristeza, descrença, culpa, raiva, desilusão, depressão, vergonha, medo, auto-culpabilização, impotência, lesões físicas (como por exemplo fraturas e tensão muscular), distúrbios sexuais, aumento do *stress* e ansiedade, perda da auto-estima e da crença nas suas competências, perda de satisfação com o trabalho, distúrbios do sono (insónia, pesadelos) e da alimentação, isolamento, insatisfação profissional e absentismo.

De acordo com o NIOSH (2002), os profissionais de saúde apresentam baixo risco de sofrer homicídio no trabalho, no entanto, apresentam um elevado risco de sofrerem agressões não fatais. Estas agressões não fatais mais frequentes e relatadas na literatura, no que se refere aos enfermeiros, estão incluídas na violência de natureza psicológica (Arnetz, 1998). Por fim, relativamente à violência especificamente nas Instituições de Saúde, segundo estudos de Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) é nos SU e nos serviços de psiquiatria que os profissionais são mais afetados.

### 3.2. Tipos de violência e natureza dos atos de violência

Relativamente aos tipos de violência, a OMS (2002) classifica os comportamentos violentos em três categorias:

- Violência Interpessoal ou Hetero-Violência: engloba os atos violentos praticados por um indivíduo ou um pequeno grupo de indivíduos contra crianças, casais, idosos, em escolas, nos locais de trabalho, nos lares ou instituições presidiárias; pode ocorrer entre membros da família, como a violência praticada pelo companheiro, porém, não apenas no ambiente familiar. Abrange tanto a violência física, como a psicológica (este é o tipo de violência que estudamos, a violência interpessoal, especificamente a ocupacional);
- Violência Auto-Inflingida: compreende os comportamentos suicidas e lesões que originam incapacidade. Os grupos de risco são os que utilizam álcool e drogas, com antecedentes de abusos físicos ou sexuais na infância, isolamento social ou doenças psiquiátricas. Neste tipo de violência, o indivíduo auto agride-se física e/ou psicologicamente. É frequente o comportamento auto abusivo, como mutilações;
- Violência Coletiva: esta pode ser social, política ou económica. A social é considerada como um meio de desrespeito ao outro, é mais prevalente e mais vezes provocada por indivíduos de menor poder económico, incluindo atos de terrorismo. Violência política pode ser expressa por assassinatos políticos, violação dos direitos humanos ou submissão da educação a ideologias que privilegiem determinada classe social em detrimento de outra; inclui ainda, episódios de guerra ou ataques terroristas. Por fim, ainda abarca a violência económica através do ato de enriquecer através de meios ilícitos para proveito próprio.

O crescimento da violência (no geral, não apenas a laboral) demonstra o agravamento nas relações sociais devido ao aumento das desigualdades, desemprego, falta de perspectivas de futuro, fome, aumento do contrabando de armas, crime organizado e impunidade, podendo a violência ser considerada um indicador negativo para a qualidade de vida (Minayo, 2000).

Também Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) referem que a violência ocupacional pode ser classificada segundo outros três tipos:

- Violência externa - provocada por alguém não pertencente à organização, um desconhecido;
- Violência provocada pelo cliente - na qual os trabalhadores da área da saúde são afetados pelo facto de lidarem com uma clientela muito diversificada, como doentes do foro psiquiátrico, com demências ou embriagados ou até ter de lidar com os seus familiares, que muitas vezes em situações de crise se tornam violentos;
- Violência interna - tipo de violência que ocorre entre trabalhadores da mesma Instituição, podendo ser gerada por colegas de trabalho como por superiores hierárquicos. Um exemplo deste tipo de violência é o assédio moral.

Abordando agora a natureza dos atos de violência, esta pode ser classificada segundo violência física, psicológica, sexual, por privação ou negligência. Esta classificação constitui uma tentativa de entender a natureza da violência, o meio em que ela ocorre e a relação entre o agressor e o agredido. Contudo, possui limitações, pois existe uma linha bastante ténue entre os tipos de violência, não sendo sempre possível diferenciá-las (OMS, 2002).

Perante os profissionais de enfermagem, segundo a literatura, a natureza dos atos violentos é maioritariamente física e psicológica. Violência física ocorre quando uma pessoa, que está em posição de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Estas lesões podem manifestar-se através de várias formas como esmurrar, empurrar, morder, arranhar, beliscar, bater, pontapear, esbofetear, esfaquear, alvejar, atirar objetos ou contaminar com produtos orgânicos (saliva ou sangue, por exemplo). Já a violência psicológica pode ser definida também como uso de poder, incluindo ameaça de uso de força física e/ou institucional, contra outra pessoa ou grupo, podendo originar dano físico, mental, espiritual, moral ou social (imediato, a curto ou a longo prazo). Neste tipo de violência inclui-se a violência verbal (insultos), pressão moral, assédio, ameaças e difamação (difusão de informações falsas ou imprecisas com o intuito de denegrir a imagem pessoal, profissional e/ou institucional). A violência verbal tem como objetivo aterrorizar, insultar, injuriar, humilhar, amedrontar, ameaçar, restringir a liberdade ou isolar a pessoa do convívio social, frequentemente a gritar ou a falar num tom de voz alto e intimidatório (Souza, 2013).

Por fim, a ameaça, também comum, pode ser definida como a promoção do uso da força física ou de poder, resultando em medo de violência física, sexual ou psicológica. Pode ser tanto verbal como com recurso de uso de objetos ou armas. Geralmente as ameaças são de agredir fisicamente, de prejudicar o emprego e de morte (Contrera-Moreno e Contrera-Moreno, 2004).

### **3.3. Principais fatores de risco para a violência**

Nos SU, um pouco por todo o mundo é mais propensa a incidência de violência contra os seus profissionais, especialmente os enfermeiros. É importante enfatizar que o SU é a porta de entrada do SNS, onde diariamente se contata com doentes críticos e suas famílias, logo, são múltiplos os fatores que predisõem à violência (Magnago, 2002). O contacto face a face entre profissional de saúde e doente já é por si só considerado um fator de risco (Contrera-Moreno e Contrera-Moreno, 2004).

Segundo a American Nurses Association (2002) existem três fatores de risco principais relacionados com a violência aos profissionais de saúde: ambiente, práticas de trabalho e características das vítimas e dos autores, sendo apresentados de seguida:

- Ambiente: presença de doentes com patologia psiquiátrica no SU com deficiente acompanhamento clínico, 24 horas por dia acessível, movimentação de pessoas estranhas sem restrições (ou poucas), familiares perturbados, falta de seguranças adequadamente treinados, ausência de autoridade policial, presença de membros de gangues, alcoólicos ou toxicodependentes e áreas de estacionamento pouco iluminadas;
- Práticas de trabalho: longos períodos de espera no SU, grande afluência de doentes, baixa dotação de profissionais e falta de pessoal qualificado e treinado no reconhecimento e gestão de conflitos;
- Caraterísticas das vítimas e dos autores: as vítimas são frequentemente enfermeiros sem treino nesta área ou jovens com pouca experiência profissional e a violência pode-se apresentar ligada às relações de géneros; já os autores têm habitualmente história de comportamentos violentos, doença psiquiátrica, demencial ou utilização de álcool e/ou substâncias ilícitas.



Por outro lado, o ICN (2006) aponta apenas as condições de trabalho como o principal fator de risco para a violência aos enfermeiros devido também a níveis inadequados de dotações e de supervisão, trabalhadores com contratos temporários ou precários e sem experiência, carga laboral exigente, trabalho por turnos, pouca segurança nas Instituições, intervenções que requerem contacto físico, locais de trabalho com muita acessibilidade e pouca privacidade ou divisão de áreas.

Neste tipo de serviços ocorrem cada vez mais ações de violência sobre os enfermeiros, uma vez que são a classe profissional que mais exposta fica ao problema e que passa maior número de horas com os doentes e seus familiares (Costa, 2005). A dor, o desconforto, a tensão, a impaciência e o longo tempo de espera, são intensificados pela falta de privacidade e espaço reduzido do SU, o que causa irritabilidade e pode incitar à violência. As situações mais comuns nas quais ocorre violência contra o profissional de saúde são quando o doente está agitado ou é reprimido, ao receber más notícias, ou ainda, quando lhe é solicitado fazer algo que não deseja. Também os familiares e acompanhantes ansiosos ou angustiados são fonte de violência contra os trabalhadores da área da saúde e principalmente em serviços com grande afluência (Contrera-Moreno e Contrera-Moreno, 2004).

Para Costa (2005), o SU é também um local de risco para a violência laboral pelo facto de os trabalhadores lidarem de forma muito rotineira com os doentes e muito rápida, salientando que tanto a violência física como psicológica têm como origem não só a demora no atendimento, como um atendimento rápido, de baixa qualidade ou pouco personalizado. Por outro lado, a atitude do profissional de saúde, o seu tom de voz, o facto de dirigir uma resposta grosseira a um doente ou acompanhante ou mesmo a sua postura também influencia a ocorrência de atos violentos.

### **3.4. Medidas preventivas da violência no trabalho**

Considerando a violência ocupacional um grave problema, é urgente adotar medidas preventivas e punitivas mais severas para os agressores e incentivar a notificação dos incidentes. Tendo consciência de que não existem medidas infalíveis para a

prevenção da violência, primariamente deve-se fazer um levantamento dos fatores de risco em cada ambiente de trabalho, pois estes variam (NIOSH, 2002).

Assim, de acordo com a OIT, ICN e a OMS (2002), para se proceder a uma avaliação dos riscos no trabalho, um dos primeiros passos é fazer um diagnóstico de situação através da análise de documentos oficiais sobre incidentes e absentismo, observação dos fatores de risco e fragilidades, análise do estilo de liderança, inspeções periódicas no local de trabalho e contacto com outros empregadores, funcionários, grupos de defesa de clientes e utentes e companhias de seguros.

Em Portugal, no ano 2000, o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP) salientou a importância da aplicação de medidas para prevenir e/ou diminuir a violência aos profissionais de saúde, propondo melhoria das medidas de segurança nos SU (através da contratação de seguranças, porteiros, colocação de alarmes, fornecimento de telemóveis), melhoria das condições dos edifícios (iluminação, ruído, temperatura, higiene e privacidade), limitar o acesso ao público, triagem de doentes agressivos para locais específicos, protocolos explícitos para doentes (transporte, procedimentos), medidas na área dos recursos humanos (rácio adequado de enfermeiros, médicos e outros profissionais), horas de trabalho mais adequadas (número, trabalho por turnos, serviço noturno), melhoria da receção aos doentes, da eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados, educação cívica para todos os cidadãos e maior responsabilização dos utentes pelos seus atos. Ainda segundo o mesmo documento do SEP (2000), a Bastonária da OE declarou ser importante conhecer os comportamentos que resultam em agressão, principalmente e especificamente a agressão verbal, considerando que a violência física, o assédio e a discriminação seriam problemas menores, por serem pouco usuais até à data.

Tanto o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 como o de 2012-2016 reconhecem a violência no local de trabalho como sendo de elevada relevância, afirmando que esta é mais frequente contra enfermeiros, pessoal administrativo e médicos clínicos gerais. Perante tal, foram adotadas medidas de combate à violência com base na prevenção. Assim, a DGS propõe medidas (Portugal, 2006):

- Macro: medidas sociais, culturais, cívicas (relacionadas com a escolaridade, por exemplo), políticas e legais, sendo ainda criado um Observatório Nacional da Violência contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, onde podem ser

registados *on-line* os episódios de violência contra os profissionais. As intervenções a este nível têm um horizonte para a mudança longo, ou seja, 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 ao SNS, regras de gestão e diretivas processuais em relação à violência, esperando que as intervenções neste nível surtam efeitos no prazo 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 dos casos de violência. A este nível as mudanças verificam-se dentro de 1 a 2 anos.

O Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho foi criado para promover a colaboração das Instituições de Saúde no combate à violência e obtenção de dados para que se possam realizar estudos nacionais. Este Observatório disponibiliza um sistema de notificação *on-line* dos episódios de violência contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>), documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem da violência contra profissionais de saúde. Pensa-se que os motivos principais para se verificar baixo índice de notificações sejam o medo de repercussões se a ação legal prosseguir, falta de apoio de colegas ou da hierarquia, perceção de incompetência do próprio por ser incapaz de lidar com um utente violento e perceção da violência como parte do trabalho (Portugal, 2006).

As estratégias de proteção (quando já não foi possível evitar situações de violência) devem localmente abranger o controlo ambiental (dispositivos de segurança: detetor de metais, alarmes, câmaras de vigilância, boa iluminação dos corredores, esquemas rápidos e eficazes de alerta para as autoridades, aptidões de autodefesa dos profissionais), formulação de políticas e programas claros contra a violência, apoio à legislação e às diretrizes do Conselho de Administração do Hospital ou do Governo, divulgação de estudos sobre práticas recomendadas de prevenção da violência no trabalho, melhorias da segurança nos SU, promover e incentivar esquemas de registo e relato do incidente, identificação do agressor e melhorar o circuito de doentes e visitas (Krug, 2002; NIOSH, 2002).

Também a OIT, ICN e a OMS (2002) lançaram um quadro de diretrizes para lidar com a violência no local de trabalho no setor da saúde, acrescentando que as administrações e autoridades competentes devem fornecer as condições necessárias para diminuir/eliminar a violência, através do lançamento de campanhas de sensibilização e solicitação de dados estatísticos sobre a prevalência, causas e consequências da violência aos trabalhadores no seu local de trabalho. Relativamente aos empregadores, devem consciencializar-se da sua responsabilidade de assegurar a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, suprimindo riscos previsíveis, para além de apoiar o trabalhador a curto, médio e longo prazo, incluindo providenciar assistência jurídica aos trabalhadores agredidos. Os empregadores devem ainda reconhecer o impacto da violência tendo em conta o género dos trabalhadores, pois tanto homens como mulheres podem ser afetados, embora de maneiras diferentes. As mulheres são particularmente mais vulneráveis a certos tipos de violência como a discriminação ou o assédio sexual.

Ainda segundo a OIT, ICN e a OMS (2002), os trabalhadores devem procurar reduzir e eliminar os riscos relacionados a violência no trabalho seguindo as políticas e procedimentos no local de trabalho, frequentar formações, relatar incidentes e procurar orientação quando sofreram ou estão em risco de sofrer violência no trabalho. As Instituições devem assegurar a presença de número suficiente e adequado de trabalhadores e com qualificações, principalmente nos períodos com maior afluência de doentes, em SU, quando se cuida de doentes com antecedentes de agressividade e assegurar a rotatividade de trabalhadores com funções particularmente exigentes.

Os tempos de espera por atendimento devem ser minimizados, os trabalhadores que fazem visitas domiciliárias devem, sempre que possível, possuir um telemóvel de serviço, deve ser evitada pressão de trabalho excessiva e sem pausas, evitar recurso excessivo ao trabalho extraordinário, fornecer tempo de descanso adequado, manter dentro do possível horários de trabalho regulares e previsíveis e evitar turnos noturnos consecutivos. Os níveis de ruído devem ser minimizados para evitar a irritabilidade e tensão entre os trabalhadores, acompanhantes e doentes, ambiente com cores claras, eliminação de maus odores, boa iluminação para melhorar a visibilidade em todas as áreas, especialmente nas entradas, áreas de estacionamento e durante a noite, a temperatura, humidade e ventilação devem ser adequadas, deve ser fornecido aos trabalhadores acesso seguro ao local de trabalho com áreas reservadas aos funcionários (como por exemplo, áreas de entrada/saída e vestiários), zona de estacionamento para

funcionários localizada nas imediações do local de trabalho, as salas de espera devem ter assentos confortáveis, nas áreas de risco devem ser instaladas câmaras de vigilância e por fim, quando os riscos são previsíveis, os trabalhadores devem dispor de sistemas de alarme, como telefones, *paggers* e rádios de ondas curtas, no caso de um problema, para alertar outros colegas e solicitar ajuda (OIT, ICN e a OMS, 2002).

Em Inglaterra, no ano de 2003, também para reduzir e prevenir a violência ocupacional nos profissionais de saúde, o National Audit Office (2003) recomendou que as Instituições do National Health Service [(NHS) SNS inglês]:

- revissem as suas políticas para garantir que os trabalhadores as compreendem e colaborem na notificação de incidentes;
- fizessem relatórios dos incidentes e os analisem em conformidade, procurando soluções para o problema da violência e insegurança dos profissionais no seu local de trabalho;
- procedem aos registos através do Sistema de Pessoal de Registros Eletrónicos para preservar os dados que indicam a extensão do problema e os motivos de absentismo relacionados com os acidentes de trabalho;
- estudassem o impacto da violência na vida pessoal e profissional dos trabalhadores, constrangimentos para a notificação dos incidentes e executassem planos de ação;
- revissem os planos de ação para os serviços com alto risco de violência ocupacional, com o SU e formar os funcionários sobre o modo de atuação perante tais incidentes;
- ponderassem a necessidade de formar os profissionais com alto risco de serem agredidos em estratégias de resolução de conflitos, de enfrentamento ou de auto-defesa;
- fornecessem aconselhamento, apoio psicológico e jurídico aos profissionais agredidos, tornando este fenómeno da violência mais visível para os gestores.

Também o ICN (2006) defende a importância da cooperação com outras organizações com objetivos comuns na campanha contra a violência no trabalho, apelando às associações de enfermeiros para que sejam ativas na luta contra esta problemática. Denota ainda a importância das Instituições cumprirem as normas relativas à higiene e segurança, melhoria da formação e educação contínua no reconhecimento e gestão do abuso e violência no local de trabalho, desenvolvimento de uma cultura de enfermagem que não compactue com a tendência de os enfermeiros aceitarem e se

culparem pelos incidentes de violência e o reforço de imagens positivas da enfermagem e do direito à dignidade e à segurança no trabalho.

Até dezembro de 2014, a OE em Portugal não tinha nenhum procedimento formal para lidar com a violência, no entanto, devido às notícias veiculadas pela comunicação social sobre agressões a enfermeiros e às notificações dos profissionais, a OE passou a disponibilizar um seguro

“(…) gratuito para todos os membros da OE com cédula profissional válida e 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)

Em nossa opinião, a criação deste seguro para os enfermeiros portugueses inscritos na OE foi um passo positivo através do qual se denota que a OE está sensível a esta problemática, no entanto, apresenta como limitações o facto de apenas assegurar as agressões físicas (logo não considera a dimensão psicológica do profissional quando é maltratado no exercício das suas funções) e apenas abranger profissionais de enfermagem a laborar em Portugal.

### **3.5. Aspetos jurídicos e legais relacionados com a violência em Portugal**

Em Portugal, o “direito à não-violência” está consignado na Constituição da República Portuguesa, tendo como princípios fundamentais:

- **Princípio da Igualdade**: “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei” (Artigo 13º da Constituição da República Portuguesa);
- **Direito da Resistência**: “Todos têm direito de resistir a qualquer ordem que ofenda os seus direitos, liberdades e garantias e de repelir pela força qualquer agressão, quando não seja possível recorrer à autoridade pública” (Artigo 12º da Constituição da República Portuguesa);
- **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 papéis cruéis, degradantes ou desumanos.” (nº 1 e 2 do Artigo 25º da Constituição da República Portuguesa).

Perante a Lei Portuguesa, há dois tipos de crimes, o particular e o público. No crime público, o Estado tem como obrigação a investigação, independentemente de ter ou

não havido queixa. É considerado crime público a ofensa à integridade física grave, a agravação pelo resultado e a ofensa à integridade física qualificada. Segundo a Lei n.º 51/2007, de 31 de Agosto, o ato de violência a profissionais de saúde no exercício das suas funções ou por causa delas, é considerado crime público. Já no crime particular (que não é automaticamente investigado pelo Ministério da Justiça), o agredido é que decide se quer submeter ou não, o agressor a julgamento, ou seja, a submissão do arguido a julgamento depende da queixa junto do Ministério Público ou das autoridades, da constituição de assistente (advogado), permitindo avançar com o processo contra o arguido. É ainda necessário fazer uma acusação particular, ou seja, terminada a fase de investigação pelo Ministério da Justiça, o agredido é notificado para deduzir a acusação contra o arguido. A ofensa à integridade física simples, ofensa à integridade física por negligência, ameaça, coação sexual, difamação, calúnia, publicidade e injúria, são exemplos de crimes particulares (Lei Constitucional n.º 1/2005).

### **3.6. Os estudos nacionais e internacionais sobre violência no trabalho dos profissionais de saúde**

Mensurar a extensão da violência no ambiente de trabalho é algo bastante complexo, pois existem vários impedimentos. A falta de uma definição consistente de violência seria um destes, já que a literatura apresenta-nos inúmeros conceitos de violência. Além disso, a definição de violência e a perceção da mesma por parte das vítimas também varia, o que dificulta ainda mais um diagnóstico da realidade.

Ainda assim, tendo em conta estudos nacionais sobre a violência ocupacional aos profissionais de saúde, podemos começar por abordar o estudo do SEP (2000). Neste estudo sobre violência em centros de saúde e hospitais concluiu-se que os profissionais de saúde do género feminino e os responsáveis de enfermagem são os mais vulneráveis a ataques, bem como os que trabalham em serviços com estruturas antiquadas, nos SU e na psiquiatria. Nos centros de saúde, o tipo de violência mais relatado foi a violência de natureza psicológica e igualmente distribuída entre enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde. Já a violência hospitalar é mais relatada por enfermeiros.

Relativamente ao mesmo estudo do SEP (2000), quando questionados os gestores (diretor clínico e enfermeiro diretor) de seis hospitais sobre o problema, estes afirmaram

que “(...) a violência é uma expectativa natural no meio hospitalar e não deve ser vista fora deste contexto. É um risco profissional (...)”, ou seja, para aqueles gestores a violência é entendida como um meio a que o utente recorre para chamar a atenção, devendo ser vista mais como um conflito do que como violência consciente. A violência psicológica é a mais frequente no geral e a violência física verifica-se mais no SU por a ele recorrem indivíduos perturbados (toxicodependentes, alcoólicos, doentes com patologias mentais), em situação de urgência ou de doença aguda. Quanto às medidas propostas pelos gestores que participaram neste estudo para diminuir a violência, estes afirmaram ser importante diminuir os “casos sociais” no hospital, formar os profissionais de saúde com competências relacionais, em resolução de conflitos e ética, devendo o profissional dirigir-se ao utente de um modo amável, simpático e mostrar-se interessado, acrescentando que os profissionais se devem consciencializar que a violência no trabalho é uma possibilidade real.

Abordando um estudo de caso também português de Ferrinho et al (2002), neste concluiu-se que o tipo de violência mais frequente aos profissionais de saúde é o psicológico tanto nos enfermeiros como nos médicos, mas a violência física verificou-se mais nos enfermeiros, quer em hospitais como em centros de saúde. A maioria das vítimas de violência física consideram-na como sendo frequente no seu local de trabalho e, excetuando o assédio sexual, são mais prevalentes nos profissionais de saúde do sexo masculino. Os doentes e os seus familiares apresentaram-se como os agressores mais frequentes, sendo que todas as agressões físicas foram praticadas por agressores masculinos. A grande maioria dos profissionais mostrou-se insatisfeita perante a forma como a Instituição lidou com o incidente. Por fim, verificou-se que as vítimas praticamente não apresentaram queixa contra o agressor, sendo os médicos que mais denunciaram as agressões.

Tendo em conta os Relatórios de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde em Portugal, apresentamos as conclusões dos estudos publicados entre 2007 e 2014. Assim, segundo o Departamento de Qualidade na Saúde da DGS, em 2007 foram comunicados via *on-line* 35 casos de violência a profissionais de saúde no local de trabalho, sendo que cerca de metade são de enfermeiros, da região de saúde do norte, do género feminino e com idades entre os 20 e os 39 anos. A nível hospitalar, o registo destes episódios é maior no SU, sendo a violência psicológica a mais praticada. Profissionais com idades entre os 25 e os 34 anos estão em maior risco de serem vítimas



de violência no local de trabalho e no geral, o agressor é o doente, do género masculino e com idade compreendida entre os 30 e 39 anos. Como consequências dos episódios de violência, em 17% dos casos existiu solicitação de tratamento por parte da vítima, em 14% dos casos as vítimas faltaram ao trabalho e em 17 % dos casos foi preenchida uma declaração de acidente de serviço, sendo que a maioria das vítimas revelou-se insatisfeita pela forma como a Instituição geriu os episódios de violência, considerando que a maior parte desses episódios poderiam ter sido prevenidos e reconhecendo que episódios de violência na Instituição são habituais (Portugal, 2008).

Segundo dados do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS (Portugal, 2009), em 2008 foram notificados 69 episódios de violência a profissionais de saúde no local de trabalho, dos quais 37 são de enfermeiros, em que a grande parte dos casos de violência ocorreram na região de saúde do norte e a maioria das vítimas é do género feminino com idades entre os 20 e os 29 anos e os 40 e os 49 anos. A nível hospitalar, houve mais notificações de profissionais a laborar no serviço de internamento de psiquiatria e no SU. À semelhança do ocorrido em 2007, o tipo de agressão mais frequente é a psicológica (ameaça e injúria) e a violência é também mais perpetrada pelos doentes e do género masculino. Relativamente à satisfação das vítimas perante a forma como a Instituição lidou com o incidente, estas mostraram-se insatisfeitas, reforçando também ser habitual acontecerem episódios de violência.

Quanto ao ano de 2009, segundo o Departamento de Qualidade na Saúde da DGS (Portugal, 2010), verificaram-se 174 notificações de profissionais de saúde vítimas de violência no local de trabalho, dos quais 119 são enfermeiros, sendo a violência psicológica a que tem maior expressão. Geralmente a vítima é do género feminino, com idade compreendida entre os 20 e os 29 anos e os 40 e os 49 anos, sendo o agressor mais frequente o doente (tal como em anos anteriores) do género masculino. Neste ano, também foi nos hospitais - serviços de internamento de psiquiatria e urgência que ocorreu um maior número de situações de violência. Quanto às consequências da mesma, em 25 casos existiu solicitação de tratamento e em 23 casos as vítimas faltaram ao trabalho. Em 29 casos foram tomadas medidas para investigar as causas desse episódio de violência e ainda em 27 casos foi apresentada queixa formal às autoridades. Uma vez mais, a maioria das vítimas revelou-se insatisfeita perante a forma como a Instituição geriu estes episódios, considerando também que a maior parte deles poderia ter sido prevenida

Em 2009, o número de ocorrências (174) continua a ser pouco significativo tendo em conta a globalidade dos episódios de violência que provavelmente ocorreram nas Instituições de Saúde do país, no entanto verificou-se um aumento das notificações. Por fim, a maior parte das vítimas que preencheram o formulário, tinham entre os 20 e os 29 anos de idade, o que parece coincidir quando estudos concluem que os jovens estão em maior risco de serem agredidos no local de trabalho (Portugal, 2010).

Tendo em conta dados do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS (Portugal, 2011), em 2010 foram comunicados à DGS 79 casos de violência aos profissionais de saúde no local de trabalho, dos quais a maioria são enfermeiros, do género feminino e com idade compreendida entre os 30 e os 49 anos. A violência psicológica é a mais prevalente, tendo a percentagem de episódios de violência física aumentado. O agressor mais frequente mantém-se como sendo o doente, do género masculino, com idade compreendida entre os 40 e os 59 anos e a atuar mais nos hospitais - nos serviços de internamento de psiquiatria e SU. Uma vez mais, em grande parte dos casos, a vítima considerou que o episódio poderia ter sido prevenido e ser habitual ocorrer. Também a maioria das vítimas revelou-se insatisfeita face ao modo como a Instituição geriu o caso de violência, como se tem vindo a observar desde 2007.

Já no ano de 2011, segundo a mesma fonte da DGS (Portugal, 2012), foram registadas 154 notificações, mantendo-se o hospital com mais situações de violência e nos serviços de internamento de psiquiatria e urgência, sendo as vítimas predominantes os enfermeiros e os médicos. Como tipo de violência mais frequente em 2011 mantém-se a violência psicológica (especificamente a ameaça e a injúria), passando o género feminino a ser o agressor dominante.

Relativamente às vítimas, a grande maioria são do género feminino, verificando-se um aumento de violência aos profissionais de saúde deste mesmo género e do grupo etário dos 30 aos 39 anos de idade. Por fim, tal como nos anos anteriores, são considerados habituais episódios de violência nas Instituições, mantendo-se a insatisfação dos profissionais face ao modo como a Instituição geriu o caso de violência. Apenas 20% dos episódios notificados foram participados à autoridade, gerando autos (Portugal, 2012).

Em 2012, segundo o relatório do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS (Portugal, 2013), o número total de notificações de episódios de violência exercida sobre os profissionais de saúde, realizada *on-line*, foi de 164, sendo mais uma vez os

enfermeiros do género feminino, os mais afetados. Foi na região norte que ocorreu o maior número de notificações, sendo o número semelhante tanto nos centros de saúde como nos hospitais, o que não se tinha verificado em anos anteriores. Nos hospitais, os episódios de violência ocorreram mais frequentemente na consulta externa e só depois no SU. Os agressores foram maioritariamente os doentes, do género feminino e de idade entre os 40 e os 49 anos. A violência mais notificada é a psicológica e uma vez mais a grande maioria dos agredidos declarou que o episódio de violência poderia ter sido prevenido. Dos 164 agredidos, 20 apresentaram queixa à polícia e a insatisfação manteve-se pela forma como a Instituição que os emprega geriu o episódio de violência.

Relativamente ao ano de 2013, baseando-nos no documento do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS (Portugal, 2014), naquele ano, o número total de notificações de episódios de violência cometidos contra profissionais de saúde foi 202. Os profissionais mais agredidos mantêm-se como sendo os enfermeiros e do género feminino, tendo sido na região centro onde houve mais notificações. Tal como no ano anterior, verificou-se que o número de agressões no centro de saúde e no hospital foi similar, sendo que no hospital as agressões foram mais frequentes nos serviços de consulta externa e nos serviços médicos de adultos. Os doentes do género feminino e com idade entre os 40 e os 49 anos foram os mais violentos. Novamente a violência psicológica foi a mais prevalente, tendo sido relatados 46 casos de violência física. Quanto à gestão dos casos de violência por parte das Instituições, a maioria dos profissionais ainda se sente insatisfeita, no entanto apenas 15 profissionais declararam ser habitual ocorrer episódios de violência e 32 profissionais apresentaram queixa às autoridades.

Por fim, no que respeita a estudos nacionais da DGS, tendo por base o último relatório publicado do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS (Portugal, 2015), em 2014 o número total de episódios de violência reportados foi o mais alto: 531, dos quais 28 casos foram de situações notificadas por profissionais de saúde do setor privado (situação verificada pela primeira vez). Mantêm-se os enfermeiros do género feminino os mais afetados pela violência no trabalho e na faixa etária dos 30 aos 39 anos, seguindo-se a dos 50 aos 59 anos. O maior número de casos notificados verificou-se na zona de Lisboa, seguindo-se da região centro e mais em hospitais, nomeadamente nas consultas externas e SU.

Os agressores mantêm-se como sendo os doentes e ligeiramente em maioria os do sexo masculino. A nível hospitalar, verificaram-se mais agressões na consulta externa e como nos anos anteriores, a violência mais praticada foi a psicológica, no entanto foram notificados 133 casos de violência física (o maior número até à data). Relativamente à perceção da gestão dos episódios de agressão, a insatisfação mantém-se pela forma como a Instituição geriu o episódio, mantendo-se as afirmações de que o episódio de violência podia ter sido evitado e que tal era habitual. Cerca de 100 profissionais solicitaram tratamento, tendo estado temporariamente ausentes do serviço. Do total dos casos de agressão, apenas 72 apresentaram queixa formal às autoridades (Portugal, 2015).

Em 2014 verificou-se uma maior adesão à notificação *on-line* de casos de violência contra profissionais de saúde, e segundo dados da DGS, o Departamento da Qualidade na Saúde encontra-se em fase de atualização do formulário das notificações de episódios de violência e a produzir uma norma sobre medidas de prevenção e de intervenção na violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, no âmbito do Programa de Saúde Ocupacional e do Grupo de Acompanhamento de Ação da Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (Portugal, 2015).

Abordando agora os estudos internacionais acerca de violência ocupacional aos profissionais de saúde no local de trabalho, segundo um estudo inglês da National Audit Office (2003) realizado entre os anos de 2000 e 2001, as enfermeiras do NHS têm até quatro vezes mais probabilidade de sofrer violência no trabalho relativamente a outros profissionais de saúde. No período do estudo (2000-2001) foram relatados 84.214 incidentes de violência, um aumento de 30% em relação aos anos de 1998 e 1999. As justificações para tal incluem uma maior consciência da necessidade e importância de notificar a violência no trabalho, o aumento da atividade hospitalar e maiores expectativas dos utentes e frustrações devido ao aumento dos tempos de espera. Por fim, no mesmo estudo, consta que o custo direto estimado de incidentes relacionados com o trabalho é de 173.000.000 libras por ano (excluindo os custos de substituição de trabalhadores, pagamento de seguros, pedidos de indemnização, tratamentos, custos humanos como a dor física e/ou psicológica, aumento do *stress* e outras consequências na vida pessoal e social do agredido).

Segundo o estudo de Deeb (2003) sobre violência no trabalho a profissionais de saúde do Líbano, todos os participantes expressaram medo constante de serem vítimas de violência. O número de participantes neste estudo foi de 1016, em que a maioria era

enfermeiro, sendo estes os mais agredidos, do grupo etário dos 25 aos 29 anos e com 1 a 5 anos de experiência profissional. O tipo de violência mais prevalente foi a violência psicológica (principalmente praticada por colegas de trabalho ou superiores), seguida da física (mais praticada por doentes ou seus acompanhantes). Os enfermeiros que exerciam funções no centro de saúde ou no hospital preocupavam-se especialmente com a falta de segurança no trabalho, ausência de seguro adequado, comportamento ofensivo dos doentes e familiares e falta de competências dos supervisores e gestores. Já para os que prestavam cuidados domiciliários, as preocupações eram o facto de estarem envolvidos nos problemas familiares enquanto trabalhavam (relatando que por vezes assistiam a membros da família a discutir, a lutar e a fazer uso de linguagem imprópria), a tendência para doentes e familiares interferirem com o seu trabalho, a presença constante de familiares do doente (observando e comparando o seu método de trabalho), acusações injustas de furto de jóias, dinheiro ou outros objetos de valor das casas nas quais prestavam cuidados de enfermagem, ofensas por parte dos doentes e medo de assédio sexual.

Ainda de acordo com o mesmo estudo, como consequências da violência, os participantes apontaram o absentismo ou despedimento, sintomas físicos (lesões ou dor) ou psicológicos (depressão, insónia, isolamento social, medo, baixa autoestima, sentimentos de culpa), punição por parte dos superiores, suicídio (um dos participantes), sensação de estar a ser ameaçado e diminuição da motivação para o trabalho. Como mecanismos de resposta institucionais para a diminuir e prevenir a violência no trabalho, os enfermeiros que trabalhavam nos centros de saúde explicaram não haver regras ou regulamentos específicos que ditassem os procedimentos em caso de agressão, apenas apoiando-se na entajuda dos colegas para superar o problema, embora quando os agressores eram os doentes, o profissional tinha de tolerar até ao limite os comportamentos menos adequados, ou seja, a violência era vista como parte integrante no trabalho dos enfermeiros. Já os enfermeiros que trabalhavam em hospitais, quando havia um incidente violento, preenchiam documentação e apresentavam a mesma à enfermeira-chefe, informando esta posteriormente o diretor. Infelizmente, os enfermeiros não notificavam formalmente as agressões, por acreditarem que tal não iria ajudá-los, podendo afetar negativamente a sua carreira, pois caso o agressor fosse um médico, um enfermeiro poderia até ser despedido. Relativamente aos enfermeiros que prestavam cuidados de enfermagem domiciliários, em caso de agressão física, a Instituição de Saúde

deixava imediatamente de proporcionar ao doente qualquer tipo de atendimento. Em caso de violência psicológica, os enfermeiros faziam uma ocorrência acerca do sucedido e enviavam ao supervisor, providenciando este habitualmente outro enfermeiro para substituir a vítima. Caso o incidente ocorresse novamente, a Instituição podia cessar a prestação de cuidados ao domicílio ao agressor (Deeb, 2003).

Segundo uma revisão bibliográfica de Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004), num hospital no Canadá, num período de dois anos verificaram-se 242 registos de agressões físicas e 646 registos de agressões verbais, tendo sido os enfermeiros os mais agredidos (80,2%). Outro estudo realizado na Suécia com 2690 enfermeiros de diversas Instituições concluiu que 29% dos participantes sofreram violência no trabalho. Comparando a Suécia com a Inglaterra, na área de psiquiatria concluiu-se que 71% dos enfermeiros ingleses e 59% dos suecos sofreram violência no local de trabalho, sendo o tipo de violência mais frequente a psicológica. Por fim, outro estudo realizado com 5876 enfermeiros no Kuwait revelou que 48% sofreram agressões verbais e 7% agressões físicas. Dessas agressões físicas, 51% foram provocadas por doentes e 44% das verbais foram provocadas por familiares e amigos de doente.

Cezar (2005) também estudou os problemas de violência ocupacional, mas num SU hospitalar de Londrina, no Brasil, em 47 profissionais de saúde, dos quais 33 era profissionais de enfermagem (entre técnicos, auxiliares e enfermeiros) e 14 eram médicos. Da equipa de enfermagem, 100% dos enfermeiros afirmaram já terem sido vítimas de violência ocupacional, bem como 85,7% dos médicos e maioritariamente violência psicológica. Como consequências dos episódios de violência, os participantes declararam terem sentido tristeza, raiva, irritabilidade, ansiedade e *stress* e como fatores que puderam precipitar a violência identificaram o desequilíbrio emocional dos doentes, falta de pessoal com competências em resolução de conflitos e sobrecarga de trabalho, considerando que o SU em questão oferece moderada segurança aos trabalhadores, no entanto apontaram a falta de alarmes, detetor de metais e seguranças.

Num artigo de Staines (2009) é feita a abordagem da campanha de Tolerância Zero para a violência, passados 10 anos da sua implementação. Esta campanha, desde 1999 visa pôr fim à violência contra profissionais de saúde do NHS, no entanto, uma das barreiras para o combate da violência é o facto de esta ainda ser “vista” pelos profissionais de saúde como "parte do trabalho", principalmente para os funcionários dos SU e dos departamentos de psiquiatria. Com esta campanha pretendeu-se elucidar os

utentes sobre a inaceitabilidade da violência para com os trabalhadores da área da saúde, tendo sido lançadas normas para os profissionais saberem como lidar com o problema e fornecidas indicações às Instituições do NHS para emitir políticas internas sobre como gerir incidentes violentos e quando suspender o tratamento de doentes violentos, algo que nunca tinha sido feito até aquele momento e já em 1999.

O mesmo estudo reforça que os custos da violência contra a equipa de saúde são grandes, não tendo em conta o sofrimento psicológico das vítimas. Nos anos de 2000 e 2001 começaram a ser feitas pesquisas acerca do número de incidentes de violência notificados em Inglaterra, chegando-se à conclusão de que foram relatados 84.214 incidentes, aumentando este número para 112.000 em 2001-2002 e para 116.000 em 2002-2003. Estes números podem indicar que os profissionais passaram a notificar mais vezes os episódios de agressão sofridos, no entanto, não se verificou sucesso na redução da violência, passando assim cada Instituição do NHS a ter um especialista em gestão de segurança. Em 2004-2005, o número total de agressões físicas notificadas para todos os profissionais do NHS foi 60.385, em 2005-2006 foi 58695, em 2006-2007 foi 55.709 e em 2007-2008 aumentou para 55.993, no entanto, as agressões verbais nestes anos não foram contempladas. Uma das medidas para prevenir e diminuir a violência foi a de os agressores poderem ser multados até 1000 libras ou serem-lhes atribuídas penas de prisão. A partir de 2008 algumas Instituições do NHS contrataram também agentes da autoridade para os SU (Staines, 2009).

Filho (2009) estudou também a violência num SU no Brasil, em Natal/Rio de Janeiro, entre abril e maio de 2009 com o objetivo identificar o tipo de violência ocupacional sofrida pelos enfermeiros e médicos nos últimos 12 meses naquele SU. A amostra era constituída por 26 enfermeiros, 95 auxiliares/técnicos de enfermagem e 124 médicos, perfazendo um total de 245 profissionais de saúde. Cerca de metade dos profissionais eram do género feminino, 22% tinham entre os 41 e os 45 anos, 51% tinham pós-graduação, 60% eram casados e 27% consideravam que a violência fazia parte da sua profissão. Os acompanhantes dos doentes e os próprios doentes foram identificados como os principais agressores. Cerca de metade dos profissionais (46%) não sabia se no hospital havia algum procedimento específico para relatar situações de violência no hospital e 73% sofreram violência ocupacional nos últimos 12 meses de trabalho no SU, na sua maioria agressões verbais. Por fim, como consequências, 57% dos profissionais

declararam sentir-se mais stressados e 4,7% ausentaram-se do trabalho, o que totalizou 75 dias de absentismo laboral relacionado com a violência ocupacional.

Outro estudo sobre violência ocupacional a profissionais de saúde de um SU na Turquia de Talas et al (2011) realizado entre março e agosto de 2009 revelou que cerca 81% dos profissionais de saúde sofreram violência psicológica, sendo mais de metade (54%) do sexo masculino. Neste estudo turco, a idade dos participantes variou entre os 18 e os 49 anos, pertencendo cerca de 45% dos participantes à faixa etária dos 28 aos 34 anos. A classe médica foi a que notificou mais episódios de violência (27%), seguida da de enfermagem (22%) e a maioria dos profissionais de saúde tinha menos de 5 anos de experiência profissional em SU. Os acompanhantes dos doentes foram identificados como os agressores mais comuns e grande parte dos incidentes violentos decorreram durante os turnos da tarde e noite, ou seja entre as 16h e as 8h.

Vasconcellos et al (2012) num estudo realizado também no Brasil num SU, em Porto Alegre em agosto de 2009, concluiu que de 30 profissionais de enfermagem (entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), a maioria foi vítima de violência ocupacional, tendo sido os acompanhantes dos doentes os principais agressores. A violência praticada foi de natureza psicológica e 90% dos profissionais afetados eram do género feminino. A categoria profissional mais acometida por este problema foi a dos técnicos de enfermagem (50%), seguida pela dos enfermeiros (33,3%). Tal como noutros estudos, embora a violência naquele SU seja comum, não se verificou o hábito de notificar os incidentes.

Por fim, segundo o estudo também brasileiro de Fonseca (2012) sobre a violência aos enfermeiros que laboram nos serviços de emergência do Rio de Janeiro, após a realização de 24 entrevistas a enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem entre fevereiro e março de 2011, verificou-se que 80% dos participantes eram do género feminino e 20% do masculino, sendo que a maioria tinha entre 20 e 30 anos. Como fatores que contribuíam para a ocorrência da violência, foram apontados o funcionamento organizacional deficiente, os relacionamentos interpessoais e a sobrecarga de trabalho, devido à falta de recursos humanos. O enfermeiro foi o profissional mais atingido pela violência ocupacional, sendo muitas vezes responsabilizado pelas dificuldades encontradas durante o processo de doença/hospitalização. Todos os participantes deste estudo já foram agredidos, quer fisicamente [“(…) empurrões, bofetadas e as mordeduras (...)”] quer psicologicamente, sendo frequentes as ameaças de morte. Grande parte dos



participantes declararam que a violência era quase que quotidiana, sendo o principal agressor o acompanhante /familiar do doente. Como consequências da violência para a saúde, os participantes apontaram ansiedade, medo, tremores, palpitações, irritabilidade, nervosismo, choro, mudança de rotinas devido às ameaças, cefaleias, falta de vontade para trabalhar, distanciamento físico e mental na prestação de cuidados e humor deprimido após a agressão ou ao longo do tempo devido à exposição repetitiva ao problema (Fonseca, 2012).

Por fim, constatou-se a subnotificação da violência afirmando alguns profissionais não notificar por não se observarem melhorias, por o doente por vezes se mostrar arrependido, por medo de represálias ou serem rotulados como conflituosos por parte das chefias e ainda por terem exemplos de colegas que notificaram episódios de violência e não obtiveram qualquer resposta ou apoio por parte da Instituição. O que contribui também para a subnotificação é o facto dos participantes se mostrar tolerante para com a violência a que está sujeito, pois compreendem que o doente se encontra numa situação de tensão relacionada com o processo de doença, aceitando assim a violência como uma resposta natural do indivíduo e um risco inerente ao trabalho, sentindo-se “acostumados” com a violência que experienciam (Fonseca, 2012).

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGIA**



A investigação científica é um processo de aquisição de conhecimentos sistemático e rigoroso que consiste em examinar fenómenos com o objetivo de responder às questões que se pretendem aprofundar. O desenho de um estudo de investigação consiste num plano que vai permitir dar resposta à questão de investigação, servindo ainda como orientação para o desenvolvimento do trabalho futuro de modo a atingir os objetivos propostos, pelo que se revela pertinente a sua apresentação (Fortin, 2009). Deste modo, o desenho do estudo pode ser visto como um plano de orientação de um estudo, especificando o tipo de estudo, os objetivos, a população, o instrumento de recolha de dados e a técnica de tratamento de dados (Ribeiro, 2010).

A investigação é incontestavelmente essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões. Esta, a teoria e a prática encontram-se estreitamente ligadas, uma vez que a investigação depende da teoria, pois esta dá significado aos conceitos utilizados na investigação, a teoria provém da prática uma vez que validada pela investigação e a teoria volta à prática orientando-a (Fortin, 2009).

Neste capítulo pretendemos descrever a metodologia utilizada, nomeadamente o tipo de estudo, o tema escolhido e sua contextualização, os objetivos, os participantes e modo de seleção, o instrumento de recolha de dados, as considerações éticas e o modo como procedemos ao tratamento de dados.

#### **4.1. Tipo de Estudo**

A metodologia permite definir a abordagem mais adequada para o tratamento dos problemas e pressupõe um processo sistemático e racional (Fortin, 2009). A abordagem deste estudo é qualitativa, uma vez que esta é sobretudo utilizada para descobrir e refinar as questões de pesquisa. Regularmente, questões surgem como parte do processo de pesquisa, que é flexível e se move entre os eventos e a sua interpretação, entre as respostas e o desenvolvimento da teoria, com vista à reconstrução da realidade tal como é observada (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013). A utilização do método qualitativo adequa-se assim quando o interesse é compreender de forma ampla o fenómeno em estudo. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como ele se apresenta (Fortin, 2009).

A escolha do método depende não só da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, mas principalmente da questão colocada. Se a questão de investigação aborda a compreensão de um fenómeno vivido por uma pessoa ou grupo, o tipo de estudo mais indicado é o qualitativo (Fortin, 2009). Numa pesquisa com abordagem qualitativa, o importante é compreender o fenómeno em estudo, não medir variáveis. Esta abordagem por vezes é designada como holística, pois não é reduzida ao estudo das suas partes. Este tipo de estudos não têm como objetivo generalizar resultados para populações mais amplas nem obter amostras representativas, são estudos indutivos (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013). Deste modo, este estudo tem uma abordagem qualitativa.

A investigação qualitativa tem na sua essência, segundo Bogdan e Biklen (1994), as seguintes características: a fonte direta dos dados é o ambiente natural, o investigador é o principal agente na recolha dos dados, os dados que o investigador recolhe são essencialmente de carácter descritivo, os investigadores que utilizam metodologias qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados, a análise dos dados é feita de forma indutiva e o investigador interessa-se por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências.

O modelo desta pesquisa é um modelo observacional, uma vez que se “observam” os indivíduos (enfermeiros) no seu ambiente natural (local de trabalho). Este estudo é ainda do tipo exploratório descritivo, pois o objetivo é conhecer uma comunidade, um contexto, um evento, uma situação, aplicando-se a um problema de pesquisa novo, ou pouco conhecido, como é o caso. Visa ainda descrever um fenómeno num grupo de pessoas, como a violência aos enfermeiros no seu ambiente laboral (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

#### **4.2. Objetivos do estudo**

Com o intuito de se indicar claramente aquilo que se pretende estudar no decorrer desta investigação, foram definidos um objetivo geral e cinco objetivos específicos.

O objetivo geral deste trabalho é compreender o fenómeno de violência no trabalho a que os enfermeiros nos serviços de urgência médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país estão expostos. Sendo os objetivos específicos:

- Conhecer a natureza e as causas da violência ocupacional sofrida pelos enfermeiros;
- Conhecer o tipo de agressor mais frequente;
- Analisar os hábitos de notificação de violência ocupacional;
- Analisar as sugestões dos enfermeiros para diminuir os problemas de violência ocupacional;
- Conhecer as consequências da violência ocupacional a nível pessoal e profissional nos enfermeiros.

### **4.3. Contexto do estudo e participantes**

Este estudo decorreu no meio natural dos participantes, no seu local de trabalho, ou seja, em SU médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país.

A população é constituída pelo conjunto de todos os elementos pertencentes a um grupo bem definido, sendo população alvo o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente (Fortin, 2009). Assim, os participantes deste estudo são os enfermeiros que laboram nos SU médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país.

Amostra entende-se como sendo um conjunto de indivíduos que foram retirados de uma população. Neste caso, o número de participantes não foi definido previamente, tendo dependido dos dados colhidos e da colaboração dos participantes. O processo de seleção dos participantes foi iniciado com três enfermeiros vítimas de violência ocupacional que se mostraram desde logo interessados em participar no estudo. Os restantes participantes foram selecionados através da amostragem por redes, ou em “bola de neve”, tendo sido contactados vinte e quatro enfermeiros.

Os contactos foram efetuados por correio eletrónico, por forma a ser mantida a privacidade e a distância necessária do participante. A confidencialidade dos dados, a garantia do anonimato e o interesse em participar foram assegurados através da Declaração de Consentimento Informado (Apêndice I). Segundo Fortin (2009), em investigação qualitativa, o número de participantes é geralmente pequeno (seis a dez), podendo ser maior ao estudar um fenómeno complexo ou ao elaborar uma teoria. Dos vinte e quatro enfermeiros contactados, obtivemos a colaboração de doze. Apesar de se

ter reforçado o pedido de colaboração para o estudo, muitos nunca responderam, outros responderam que não estavam interessados em colaborar ou que não tinham disponibilidade para o fazer e ainda outros que não tinham qualquer motivação para colaborar no estudo devido à conjuntura atual, falta de reconhecimento do trabalho dos enfermeiros e ainda devido à excessiva carga de trabalho que tinham no momento.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram os seguintes: ser necessário que os enfermeiros exercessem a atividade laboral em SU médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país, por turnos rotativos, todos os dias da semana e em todas as valências dos SU. Acrescentamos ainda que foram apenas incluídos no estudo enfermeiros com mais de dois anos de experiência profissional em contexto de SU.

#### **4.4. Instrumento de recolha de dados**

Para Bogdan e Biklen (1994), dados referem-se aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base da análise. Os dados incluem materiais que os investigadores registam, como por exemplo, transcrições de entrevistas. Quando sistemática e rigorosamente recolhidos, os dados, ligam a investigação qualitativa a outras formas de ciência.

Na investigação qualitativa, o objetivo da recolha de dados é a obtenção de informações de indivíduos, comunidades, contextos ou situações em profundidade, nas suas “próprias palavras” e vivências (como vivem as pessoas, como se comportam, como agem e como pensam). Os dados qualitativos normalmente consistem na descrição profunda e o mais completa possível de eventos, situações, experiências, emoções, pensamentos e comportamentos de pessoas. O objetivo da recolha destes dados é responder ao propósito da investigação e gerar conhecimento após a análise de dados (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo é o relato/narrativa. Os relatos são considerados formas orais e/ou escritas de contar histórias reais ou imaginárias, sendo formas artesanais de comunicação. É através do relato que as pessoas comunicam e trocam experiências. As ações de narrar e informar são distintas. A informação é conclusiva, busca apenas a explicação do facto ocorrido, mas já por sua vez, a narrativa é inconclusiva, procura a compreensão do facto ocorrido com os sentimentos

do narrador impressos. Camasmie (2007) salienta ainda que a voz e/ou a escrita do narrador são os instrumentos através dos quais são partilhadas as experiências vividas, podendo com a narrativa conhecer-se e compreender-se o fenómeno que se quer estudar mais profundamente.

Também Delory-Momgerger (2008, p.37) acrescenta que “(...) é a narrativa que faz de nós o próprio personagem de nossa vida (...) é ela (...) que dá uma história à nossa vida”. Nesta perspetiva podemos observar que a narrativa é um útil instrumento de pesquisa, podendo conhecer assim os fenómenos na sua essência, como é exatamente o que pretendemos ao querer investigar o quadro de exposição dos enfermeiros à violência no seu local de trabalho, ou seja, no SU.

Por fim, o relato permite ao participante a liberdade e isolamento necessários, que a abordagem deste tema delicado requer pelo facto de ser necessário escrever sobre vivências dolorosas e eventualmente traumatizantes. No entanto, o facto de o investigador não presenciar o momento de recolha de dados (escrita do relato) pode levar a que o participante não refira aspetos importantes e/ou não seja esclarecedor no texto que escreveu, apesar de para tal ter sido fornecido um documento com as devidas orientações (Apêndice II).

#### **4.5. Tratamento de dados**

Para permitir uma exploração rigorosa e em profundidade, os relatos/narrativas elaborados pelos participantes deste estudo foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, o que nos permitiu organizar sistematicamente os documentos para obter uma melhor compreensão e proceder a uma apresentação objetiva.

Bardin (2009) define análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que pretende obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimento. A análise de conteúdo constitui um instrumento de análise pautado pela cientificidade, permitindo evidenciar a presença ou a ausência de determinado fenómeno a partir da mensagem comunicada pelos sujeitos, neste caso, a partir dos relatos obtidos.

Assim, procedemos à análise dos relatos obtidos, tendo sido realizada uma revisão ao material obtido de acordo com os objetivos da pesquisa. Os dados foram



progressivamente sendo organizados e os relatos dos participantes foram lidos atentamente, tendo sido codificados com a letra R (relato) e numerados de 1 a 12 (de doze participantes), assegurado-se o anonimato.

Seguidamente codificamos os dados, sendo este processo de codificação, segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013), a transformação das características relevantes do conteúdo de uma mensagem em unidades que permitirão a sua descrição e análise precisas. O mais relevante da mensagem é convertido em algo suscetível de descrever e analisar, definindo-se assim o universo, as unidades e as categorias de análise.

Assim sendo, ao longo deste processo de codificação identificamos as unidades de análise e posteriormente organizámo-las em categorias e subcategorias, tendo sido definidas regras com rigor que especificam o que está incluído ou excluído em cada uma dessas categorias (Tabela 3). Os dados supérfluos foram excluídos, com o cuidado de não eliminar informação importante. Após a codificação primária, procedemos à codificação secundária, comparando os dados entre si, tendo em conta o que tinham em comum e realizamos o seu agrupamento em áreas temáticas. Segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013), as áreas temáticas do estudo são a base das conclusões que irão emergir da análise dos dados.

Com as áreas temáticas, categorias, subcategorias já determinadas, interpretamos os dados. Nesta fase descrevemos as situações em que as categorias se relacionam, encontrando a explicação dos factos e do fenómeno em si. Assim, apresentamos os resultados obtidos pela análise dos relatos, através de quadros, tabelas e de alguns extratos das unidades de análise dos relatos (expressões dos participantes); e efetuamos a análise e discussão dos resultados obtidos, através do quadro teórico desenvolvido.

**Tabela 3 - Regras aplicadas aquando a elaboração das categorias de análise**

<b><u>Categoria de análise</u></b>	<b><u>Regra aplicada</u></b>
	Ter em conta:
Caraterização individual	as caraterísticas individuais de cada vítima inerentes à sua personalidade, como o seu carácter e comportamento no dia a dia, bem como no local de trabalho no exercício das suas funções, isto tendo em conta o que a vítima explicitamente declara ao autodescrever-se
Caraterização profissional	as caraterísticas de cada vítima inerentes à sua conduta no local de trabalho no exercício das suas funções, isto tendo em conta o que a vítima explicitamente declara ao autodescrever-se
Natureza da violência	a natureza da ação violenta por parte do agressor com vista a atingir a vítima por meio de violência física ou psicológica
Consequências da violência	qualquer efeito negativo sentido causado à vítima, em consequência da conduta do agressor, e que tenha prejudicado o bem-estar físico, psicológico, profissional e social, expressado pela própria vítima e se esta se ausentou do serviço ou sentiu necessidade após a agressão por desta ter resultado algum tipo de incapacidade para prosseguir o horário de trabalho
Caraterização do agressor	se o agressor é um doente, familiar, acompanhante ou um profissional de saúde e se do género feminino ou masculino, segundo o que as vítimas relataram explicitamente
Tipo de comportamento	qualquer ação do agressor para com a vítima, podendo essa ação ter sido de natureza física ou psicológica
Reação após o conflito	a conduta do agressor perante a vítima após a agressão, se se tenta desculpar, se acusa os profissionais de primariamente o agredirem, se mantém a agressão ou se se mantém passivo
Motivo da agressão	a justificação dada pelo agressor para atingir a vítima ou o motivo que a vítima tenha percebido como sendo possível desencadeador do conflito
Organização física	as caraterísticas físicas dos SU no que respeita às instalações e suas dimensões, se são adequadas ou deficitárias e se há divisão do SU por áreas de prioridade tendo em conta as palavras utilizadas pelos participantes nos relatos obtidos
Tempo alvo máximo para a primeira observação médica	se o tempo de espera pela primeira observação médica respeita os tempos preconizados pelo Sistema de Triagem de Manchester (Tabela 1) ou se é elevado, segundo o que as vítimas descrevem no relato
Local da agressão	o exato local do SU onde a vítima foi agredida
Elevada afluência de utentes	segundo os relatos das vítimas, a recorrência de número elevado de utentes ao SU
Segurança	se no relato da vítima, esta menciona a presença ou ausência de polícia ou segurança/vigilante no SU
Resposta da segurança	a conduta do polícia/segurança/vigilante para a prevenção ou cessação da agressão, se ativa ou passiva, tendo em conta a opinião da vítima expressa no relato
Resposta à solicitação policial	se a polícia oferece uma chegada rápida, lenta ou variável quando solicitado, segundo o que as vítimas expressam, sabendo que uma demora de quinze minutos ou mais os participantes consideram como chegada lenta
Dispositivos de segurança	segundo os relatos, os dispositivos e as medidas de controle de segurança existentes em cada SU
Organização do corpo médico	as revelações das vítimas acerca do horário de trabalho dos médicos, se laboram horas seguidas excessivamente e se se verificam ausências médicas da Instituição durante o horário de trabalho, especialmente no horário das refeições principais
Comportamento de outros elementos da equipa	se a vítima relatou que sentiu que os colegas a quem recorreu a apoiaram, confortando-a ou contribuindo positivamente para a resolução do problema
Medidas para diminuir a violência	os relatos das vítimas, quanto à sugestão de possíveis soluções, medidas, alterações ou adoção de dispositivos de segurança que devam ser adotados pela Instituição para reduzir episódios de violência
Notificação	o facto de a vítima notificar ou não formalmente por escrito, judicialmente, internamente na Instituição ou aos superiores a agressão da qual foi alvo e a consequente conduta insatisfatória por parte da Instituição
Apoio institucional insatisfatório	Ter em conta a conduta insatisfatória da Instituição face à notificação da vítima de um episódio de agressão em termos de apoio, segundo o que a vítima explicitamente relata

#### **4.6. Aspetos Éticos**

O presente estudo foi submetido à apreciação e autorização do Conselho Técnico-Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Salientamos que este estudo não necessitou de financiamento nem ofereceu qualquer tipo de ónus aos participantes, sendo a sua colaboração de livre e esclarecida vontade. Comprometemo-nos a resguardar a identidade dos participantes, mantendo a confidencialidade e a privacidade.

De acordo com Fortin (2009), qualquer que seja o tipo de estudo ou a estratégia que utiliza, o investigador tem de resolver determinadas questões éticas, pelo que todo o investigador deve salvaguardar os princípios éticos de todos os participantes envolvidos na investigação. Foi assegurada a liberdade de qualquer participante se recusar a participar ou a retirar o seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem penalização e sem prejuízo para o mesmo.

Os aspetos pertinentes à pesquisa e à participação dos sujeitos foram descritos no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I), que foi assinado pelos profissionais de enfermagem que aceitaram em participar do estudo, antes de realizarem os relatos.

Foram ainda assegurados o sigilo, codificando os nomes dos participantes (utilizando a letra R - relato - e números de 1 a 12) e o respeito dos valores éticos, morais, religiosos, culturais, hábitos e costumes, bem como a ausência de custos para os participantes.

## **CAPÍTULO V: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**



No presente capítulo apresentamos os resultados da análise dos doze relatos de enfermeiros vítimas de violência no trabalho a exercer funções de enfermagem em SU médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país após a aplicação da técnica de análise de conteúdo. No Quadro 1, constam as áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias deste estudo e no Apêndice III apresentamos o Quadro Matriz de Redução de Dados no qual foi sintetizada toda a informação obtida a partir dos relatos dos participantes.

**Quadro 1 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias**

<u>Área Temática</u>	<u>Categoria</u>	<u>Subcategoria</u>
Elemento vítima	Caraterização individual	Calmo / Compreensivo / Observador / Tolerante / Ponderado / Impulsivo / Frontal
	Caraterização profissional	Perfeccionista / Altivo / Proativo / Menos paciente / Dinâmico / Trabalhador
	Natureza da violência	Física / Psicológica
	Consequências da violência	Físicas (hematoma, dor, cefaleia) / Psicológicas (perturbação, stress, desgaste emocional, insegurança, receio de agressão física, ansiedade, angústia, tristeza, medo, impaciência, receio pela segurança, nervosismo) / Necessidade de se ausentar do serviço
Elemento Agressor	Caraterização do agressor	Doente / Familiar / Acompanhante / Profissional de saúde
	Tipo de comportamento	Estalo / Murro / Insulto / Ameaça / Humilhação / Gritos
	Reação após o conflito	Arrependimento / Acusou os profissionais de agressão / Mantém agressão
	Motivo da agressão	Embriaguez / Imobilização / Prioridade atribuída / Tempo de espera / Preocupação com doentes feridos / “Favor” de uma profissional de saúde da Instituição / Necessidade de inscrição para triagem
Instituição	Organização física do SU	Instalações adequadas / Instalações deficitárias
	Tempo alvo máximo para a 1ª observação médica	Elevado / Variável / Dentro do preconizado
	Ambiente físico onde decorreu a agressão	Corredor do SU / Área amarela / Sala de triagem
	Elevada afluência de utentes	
	Segurança	Presença de polícia e vigilante/segurança Ausência de polícia e vigilante/segurança Presença apenas de vigilante/segurança
	Resposta da segurança	Ativa Passiva
	Resposta à solicitação policial	Variável / Chegada rápida / Chegada lenta
	Dispositivos de segurança	Porta automática / Câmaras de videovigilância
	Organização do corpo médico	Horário de trabalho / Ausências médicas durante o horário de trabalho
	Comportamento de outros elementos da equipa	Apoio de colegas
	Medidas para diminuir a violência	Porta automática / Maior privacidade na triagem / Policiamento / Redução do número de acompanhantes / Auditorias ao atendimento médico / Apoio á vítima / Adequação da estrutura
	Notificação da agressão	Sim / Não / Apoio institucional insatisfatório

## **5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes**

Neste estudo participaram doze enfermeiros cujo perfil se enquadrava nos critérios de inclusão para colaborar nesta investigação. Verifica-se, segundo o Quadro 2 que a amostra é maioritariamente feminina. Dos doze participantes, três são do género masculino e nove são do género feminino, sendo que as suas idades variam entre os 28 e os 58 anos.

Quanto ao estado civil, oito dos enfermeiros são casados, dois são divorciados e dois são solteiros. Ainda oito dos enfermeiros referem ter filhos.

Ao nível de experiência profissional (Quadro 2), esta varia entre os 6 e os 34 anos, sendo a média 17 anos. Já ao nível da experiência profissional especificamente em SU, o número de anos varia entre os 3 e os 34, sendo a média 14 anos.

Relativamente às habilitações profissionais, seis enfermeiros possuem a Licenciatura em Enfermagem (dos quais um estava no momento a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e outro em Enfermagem Médico-Cirúrgica), dois têm uma Pós-Graduação em Enfermagem de Urgência e Emergência, um tem uma Pós-Graduação na Área de Enfermagem em Instrumentação Cirúrgica e três enfermeiros têm uma Pós-Licenciatura em Enfermagem (dois em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria). Como podemos observar no Quadro 2, oito dos doze participantes investiram na sua progressão académica após terem realizado a licenciatura, o que é comum em enfermeiros a laborar neste tipo de serviço tão complexo como é o SU.

Por fim, quanto à acumulação de funções, sete enfermeiros acumulam serviços de enfermagem em hospitais privados, clínicas ou laboratórios de análises clínicas. Em relação a esta questão de os enfermeiros exercerem funções em mais de um local, como se comprovou nesta amostra, a maioria tem duplo emprego.



**Quadro 2 - Dados sociodemográficos dos participantes**

<b><u>Participante</u></b>	<b><u>Idade</u></b>	<b><u>Gênero</u></b>	<b><u>Estado Civil</u></b>	<b><u>Anos de experiência profissional</u></b>	<b><u>Anos de experiência profissional em SU</u></b>	<b><u>Habilitações Profissionais</u></b>	<b><u>Acumulação de funções de enfermagem</u></b>
<b>R1</b>	48	Feminino	Casada	24	15	Licenciatura	Não acumula
<b>R2</b>	37	Masculino	Casado	15	12	Licenciatura	Em laboratório de análises clínicas
<b>R3</b>	45	Feminino	Divorciado	23	15	Pós-Licenciatura Enfermagem Médico-Cirúrgica	Em hospital privado
<b>R4</b>	41	Feminino	Casada	20	12	Frequenta Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	Não acumula
<b>R5</b>	40	Feminino	Solteira	9	9	Licenciatura	Em hospital privado
<b>R6</b>	31	Masculino	Casado	7	7	Frequenta Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	Em duas clínicas privadas
<b>R7</b>	52	Feminino	Divorciado	30	30	Licenciatura	Não acumula
<b>R8</b>	58	Feminino	Casado	34	28	Pós-Graduação em Enfermagem de Urgência e Emergência	Não acumula
<b>R9</b>	28	Feminino	Casada	6	3	Pós-Graduação em Enfermagem de Urgência e Emergência	Em clínica privada
<b>R10</b>	35	Feminino	Solteira	11	5	Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica	Não acumula
<b>R11</b>	46	Feminino	Casada	20	19	Pós-Graduação em Enfermagem de Instrumentação Cirúrgica	Em hospital privado
<b>R12</b>	32	Masculino	Casado	9	6	Pós- Licenciatura em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria	Em hospital privado

## 5.2. Apresentação dos resultados obtidos

As áreas temáticas encontradas ao realizarmos este estudo vão de encontro ao que a bibliografia refere (Figura 1), afirmando que a violência pode ser resultado da interação entre fatores que se relacionam com a vítima, com o agressor e resultantes da relação entre as pessoas e fatores organizacionais (neste caso nas Instituições de Saúde) (Dahlberg e Krug, 2007).

### 5.2.1. Elemento Vítima

A presente área temática permite-nos conhecer o outro elemento implicado neste fenómeno para além do agressor, ou seja, a vítima. Assim, a esta área temática correspondem as seguintes categorias: **caraterização individual, caraterização profissional, natureza da violência e consequências da violência.**

Após análise dos relatos obtidos, tal como se verifica na Tabela Síntese 1, à categoria **caraterização individual** pertencem as seguintes subcategorias: calmo, compreensivo, observador, tolerante, ponderado, impulsivo e frontal.

No que se refere à primeira subcategoria, calmo, verificamos que seis participantes consideram ser calmos. Como por exemplo:

*R5: “Considero-me uma pessoa com personalidade calma (...)”*

*R6: “Sempre com atitude calma e proativa.”*

*R11: “Gosto do que faço e do Serviço onde trabalho, tenho uma personalidade calma, e sou uma pessoa dinâmica, divertida e trabalhadora.”*

Um participante considera ser compreensivo:

*R4: “Caraterísticas pessoais: (...) compreensiva (...)”*

Dois participantes, tal como figura na Tabela Síntese 1, autodescreveram-se como observadores:

*R3: “Considero-me uma pessoa observadora (...)”*

*R11: “ Gosto do que faço e do Serviço onde trabalho, tenho uma personalidade calma, e sou uma pessoa dinâmica, divertida e trabalhadora.”*

Já em relação à subcategoria tolerante, apenas um participante considera ter esta caraterística:

**R4:** “Caraterísticas pessoais: (...) tolerante (...)”

Também apenas um enfermeiro se considera ponderado, tal como observamos:

**R5:** “Considero-me uma pessoa com personalidade calma e ponderada.”

**Tabela Síntese 1 - Elemento Vítima**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>	<b>R8</b>	<b>R9</b>	<b>R10</b>	<b>R11</b>	<b>R12</b>
Caraterização individual	Calmo		x		x	x	x					x	
	Compreensivo				x								
	Observador			x								x	
	Tolerante				x								
	Ponderado					x							
	Impulsivo									x			
	Frontal										x		
Caraterização profissional	Perfeccionista		x								x		
	Altivo			x									
	Proativo						x						
	Menos paciente									x			
	Dinâmico											x	
	Trabalhador											x	
Natureza da violência	Física	x	x				x	x		x			x
	Psicológica			x	x	x			x		x	x	
Consequências da violência	Físicas		x										x
	Psicológicas				x	x	x		x		x	x	x
	Necessidade de se ausentar do serviço	x	x	x	x								x

Um participante considera ser impulsivo:

*R9: “Trabalhei no internamento e sinto que desde que estou no SU sou mais impulsiva, tenho menos paciência (...)”*

E por último nesta categoria, também apenas um participante relata ser frontal:

*R10: “Considero-me perfeccionista e frontal.”*

Abordando agora a segunda categoria desta área temática - **caraterização profissional**, podemos salientar que dela emergiram as seguintes subcategorias: perfeccionista, ativo, proativo, menos paciente, dinâmico e trabalhador.

Como podemos observar na Tabela Síntese 1, dois participantes consideram-se perfeccionistas. Temos como exemplo:

*R2: “Considero-me calmo e perfeccionista.”*

Um dos participantes relata ser ativo, tal como apresentamos em seguida:

*R3: “Considero-me uma pessoa observadora e por vezes com postura ativa no SU de certa forma para evitar conflitos (...)”*

Quanto à subcategoria: proativo, também apenas um enfermeiro considera ter esta caraterística profissional:

*R6: “ Sempre com atitude calma e proativa.”*

Também apenas um participante relatou ser menos paciente, concretamente desde que passou a exercer funções de enfermagem no SU:

*R9: “ Trabalho no internamento e sinto que desde que estou no SU sou mais impulsiva, tenho menos paciência (...)”*

Por fim, o mesmo participante considera ser profissionalmente dinâmico e trabalhador:

*R11: “ Gosto do que faço e do Serviço onde trabalho, tenho uma personalidade calma, e sou uma pessoa dinâmica, divertida e trabalhadora.”*

No que se refere à categoria: **natureza da violência**, nesta foram identificadas as seguintes duas subcategorias: física e psicológica.

Relativamente à violência sofrida, tal como observamos em seguida, os participantes sofreram violência no trabalho em igual proporção, ou seja, seis foram agredidos fisicamente e outros seis psicologicamente.

São exemplos da **natureza da violência: física**:

*R1: “(...) a mesma deu me um estalo agressivamente.”*

*R2: “Já fui agredido fisicamente por um familiar de um doente (...)”*

*R7: “(...) e agrediu-me com um murro no peito de grande violência (...)”*

Já como exemplos da **natureza da violência: psicológica**, apresentamos os seguintes:

*R4: “Nunca tive nenhum caso de violência física, mas violência psicológica é constantemente, para não dizer diariamente (...) fui insultada e humilhada verbalmente.”*

*R5: “Da minha experiencia pessoal posso apenas dizer que fui apenas agredida verbalmente (...)”*

*R11: “Após ter feito a inscrição, chamei a criança, fiz a triagem e atribuí-lhe a prioridade correspondente e a mãe sempre a insultar-me (...) Entretanto, chamo a pessoa seguinte para triar e no decorrer dessa triagem, entra a mesma senhora e ameaça-me: “Quando te apanhar lá fora, vou-te matar de porrada (...) vais sentir no corpo a tarefa da mulher cigana (...)”*

Para finalizar a apresentação de resultados relativa à Área Temática: Elemento Vítima, podemos dizer que da última categoria (**consequências da violência**) emergiram as subcategorias: físicas, psicológicas e necessidade de se ausentar do serviço.

Assim, dos doze participantes, dois (R2 e R12) relataram terem sofrido consequências físicas da agressão, nomeadamente, hematomas, dor e cefaleias:

*R2: “Fiquei com um hematoma na região periorbitária direita e com cefaleia (...)”*

*R12: “Fiz Rx e analgesia, mas tive que continuar o turno da noite, apesar das dores intensas e de psicologicamente não reunir as melhores condições.”*

Já a maioria dos participantes (oito), relataram consequências psicológicas da agressão de que foram alvo, sendo que o participante R12 identificou ambos os tipos de consequências da violência para a sua saúde (físicas e psicológicas). Tal como veremos os exemplos em seguida, as perturbações psicológicas identificadas foram perturbação, stress, desgaste emocional, insegurança, receio de agressão física, ansiedade, angústia, tristeza, medo, impaciência, receio pela segurança e nervosismo:

*R4: “(...) provoca stress e desgaste emocional e por vezes interfere no ambiente familiar, pelo facto de nos sentirmos perturbados e não temos a mesma disponibilidade para os familiares (...)”*

*R8: “Resta-me expressar, que em toda a minha vida pessoal e profissional e com 28 anos de Serviço de Urgência, nunca me senti com tanta insegurança, medo e desprotegida (...)”*

*R10: “Com esta situação senti-me angustiada, triste, com medo por o doente depois ficar fora do SU a aguardar consulta e poder estar fora para me agredir, uma vez que eu terminava o meu turno às 0 horas, por medo fui acompanhada até ao meu carro por 2 colegas enfermeiros. A nível familiar notou-se que fiquei mais em baixo e impaciente.”*

Por fim, ainda relativamente à categoria: **consequências da violência** apresentamos a subcategoria: necessidade de se ausentar do serviço, na qual verificamos que cinco participantes abordaram este ponto. Esses participantes, após serem agredidos continuaram a trabalhar, mas um especificamente (R1) mencionou que a vítima deveria poder ausentar-se do serviço após ser agredido por poder não reunir as melhores condições para trabalhar, tal como admite o participante R12.

*R1: “Acho que o profissional deveria estar habilitado a poder se ausentar naquele momento das suas funções, mas não o faz e tem de encarar todo um serviço e utentes.”*

*R2: “Fiquei com um hematoma na região periorbitária direita e com cefaleia, mas continuei a trabalhar (...)”*

*R12: “Fiz Rx e analgesia, mas tive que continuar o turno da noite, apesar das dores intensas e de psicologicamente não reunir as melhores condições.”*

### **5.2.2. Elemento Agressor**

Ao analisarmos especificamente esta área temática, pretendemos conhecer o tipo de agressor, a sua conduta, reação após a agressão e o motivo da agressão ao enfermeiro quando este estava explícito nos relatos dos participantes. Assim, da Área Temática: Elemento Agressor, emergiram as seguintes quatro categorias: **caraterização do agressor, tipo de comportamento, reação após o conflito e motivo da agressão.**

Após análise dos relatos, foi possível identificar dentro desta categoria, as seguintes subcategorias: doente, familiar, acompanhante e profissional de saúde.

Analisando a Tabela Síntese 2 verificamos que a maioria dos agressores (sete) que praticaram violência contra enfermeiros no local de trabalho foram os próprios doentes. São exemplos:

*R1: “Aproximei-me da utente (...) deu-me um estalo agressivamente.”*

**R7:** “Um indivíduo é trazido pelos bombeiros por suposta crise convulsiva. Tratava-se de um indivíduo conhecido por “ter ataques” e ele próprio se classificar como “Bruxo”.”

**R12:** “Fui agredido fisicamente no antebraço esquerdo quando fui socorrer uma colega e o segurança que estavam a ser agredidos física e verbalmente por um cliente (...)”

**Tabela Síntese 2 - Elemento Agressor**

Categoria	Subcategoria	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Caraterização do agressor	Doente	x		x			x	x		x	x		x
	Familiar		x			x						x	
	Acompanhante								x				
	Profissional de Saúde				x								
Tipo de comportamento	Estalo	x					x			x			
	Murro		x					x					
	Insulto			x	x	x					x	x	x
	Ameaça			x					x			x	
	Humilhação				x								
	Gritos											x	
Reação após o conflito	Arrependimento		x										
	Acusou os profissionais de agressão										x		
	Mantém agressão			x									
Motivo da agressão	Embriaguez	x		x									
	Imobilização		x										
	Prioridade atribuída					x							
	Tempo de espera						x						
	Preocupação com doentes feridos								x				
	“Favor” de uma profissional de saúde da Instituição										x		
	Necessidade de inscrição para triagem											x	

Três participantes foram agredidos por um familiar do doente que recorreu ao SU, do que são exemplos:

**R2:** “Já fui agredido por um familiar de um doente (...)”

**R11:** “(...) quando entra pela sala de triagem uma senhora de etnia cigana com cerca de 30 anos com uma criança (filho) ao colo gritando (...)”

Um participante foi agredido por um acompanhante do doente, como se verifica em seguida:

**R8:** “Um grupo de 20 ciganos encapuçados e armados com caçadeiras, recorreram ao Serviço de Urgência, traziam dois feridos graves (...)”

Por fim, como observamos na Tabela Síntese 2, também um participante foi agredido por outro profissional de saúde da Instituição:

**R4:** “Num turno da manhã quando abordei um médico para pedir ajuda para observar um doente (que por acaso era familiar de um colega), fui insultada e humilhada verbalmente.”

Relativamente à categoria **tipo de comportamento**, desta emergiram as subcategorias: estalo, murro, insulto, ameaça, humilhação e gritos.

Quanto à primeira subcategoria (estalo), três participantes foram agredidos desta forma pelo agressor, tal como em seguida verificamos:

**R1:** “Aproximei-me da utente e nesse momento na presença de todos a mesma deu-me um estalo agressivamente (...)”

**R6:** “Indignado e revoltado descarregou toda a sua ira num estalo certo.”

**R9:** “(...) o segurança soltou uma das mãos da senhora para conseguir afastar a cara dela, e ela deu-me um estalo.”

Dois participantes sofreram um murro por parte do agressor enquanto prestavam funções de enfermagem no seu local de trabalho:

**R2:** “(...) desesperado com a situação dá-me um murro na cara (...)”

**R7:** “(...) levanta-se da cadeira de rodas e agrediu-me com um murro no peito (...)”

Metade dos participantes (seis) relata ter sofrido insultos, como por exemplo:

**R3:** “(...) quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes com palavrões (...)”

**R11:** “(...) mas a mãe continuava a insultar-me (...) e também nem me deixava falar (...)”

Relativamente à subcategoria ameaça, três participantes foram vítimas deste tipo de comportamento por parte do agressor. São exemplos:

**R3:** “(...) recorreram ao SU depois do jogo vários indivíduos alcoolizados, em que um especificamente quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes com palavrões e que lá fora me ia apanhar e que me ia furar os pneus do carro (...)”



**R11:** “(...) entra a mesma senhora e ameaça-me: “Quando te apanhar lá fora, vou-te matar de porrada (...) vais sentir no corpo a tarefa da mulher cigana (...)”

Também um participante relata ter sido humilhada pelo agressor após o ter abordado, naquele caso, um outro profissional de saúde:

**R4:** “(...) quando abordei um médico para pedir ajuda para observar um doente (que por acaso era familiar de um colega), fui insultada e humilhada verbalmente.”

Por fim, também o participante autor do R11 relata que gritaram com o mesmo enquanto estava a trabalhar, naquele caso alocado à sala de triagem:

**R11:** “Disse à senhora que tinha de esperar que eu acabasse a triagem (...) A dita senhora ainda gritou mais alto comigo e não abandonou a porta da sala de triagem (...)”

Na categoria: **reação após o conflito** enquadram-se três subcategorias, tais como: arrependimento, acusou os profissionais de agressão e manteve agressão.

Analisando a Tabela Síntese 2, um participante relata que o agressor demonstrou arrependimento pelo ato de violência contra a vítima, pedindo ainda desculpa pelo ocorrido:

**R2:** “Após a situação do doente estar estabilizada e de eu pedir para ser chamada a polícia para identificar o agressor a fim de apresentar queixa, este dirige-se a mim, com lágrimas nos olhos e pede-me desculpa pelo sucedido, dizendo que estava em desespero e em exaustão por não conseguir cuidar do filho (...) O agressor pediu-me imensas vezes desculpa (...)”

Outro participante, dos poucos que abordaram este ponto (apenas três) acusou os profissionais de agressão, como se comprova no trecho seguinte:

**R10:** “Entretanto chegou a polícia, afastei-me para diminuir conflitos e evitar mais e com a polícia o doente ficou mais calmo, mas acusou os profissionais de terem iniciado as agressões.”

Por fim, ainda analisando a mesma categoria: **reação após o conflito**, quanto à subcategoria: mantém agressão, um enfermeiro relatou este tipo de comportamento por parte do agressor:

**R3:** “(...) logo o polícia nada fez, limitou-se a observar o indivíduo enquanto o tratava e este me insultava, dizendo apenas o polícia para o doente se calar, mas em vão.”

Ainda em relação à Área Temática: Elemento Agressor, no que toca à categoria: **motivo da agressão**, foram identificadas as seguintes subcategorias: embriaguez, imobilização, prioridade atribuída, tempo de espera, preocupação com acompanhantes feridos, “favor” de uma profissional de saúde da Instituição e necessidade de inscrição para triagem.

Dois participantes identificaram a embriaguez como motivo de agressão, tal, como se observa em seguida:

*R1: “(...) embriagados mas conscientes e orientados (...) Seguidamente triei a namorada que aparentemente estava mais embriagada do que o rapaz (...)”*

*R3: “(...) recorreram ao SU depois do jogo vários indivíduos alcoolizados, em que um especificamente quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes com palavrões (...)”*

Relativamente à subcategoria: imobilização, um dos enfermeiros considera a imobilização do doente como o motivo que terá despoletado a agressão, como se observa em seguida:

*R2: “Já fui agredido fisicamente por um familiar de um doente esquizofrénico que entrou no SU descompensado e para evitar que ele próprio atentasse contra a sua e a segurança dos outros, eu mais 2 colegas e o segurança deitámo-lo numa maca para lhe imobilizarmos mãos e pés.”*

Já no que se refere à prioridade atribuída, um participante deste estudo, identificou esta como a causa para ter sofrido agressão, especialmente pelo facto de a prioridade atribuída ser a não urgente:

*R5: “(...) fui apenas agredida verbalmente (insultos) principalmente pelos familiares maioritariamente mulheres e principalmente na triagem e após a atribuição de prioridade não urgente.”*

Relativamente à subcategoria: tempo de espera, no relato de um dos participantes encontramos também claro ser este o motivo que terá despoletado uma agressão:

*R6: “Nesta reavaliação foi-lhe explicado que a situação dele era considerada pouco urgente e como tal teria de se submeter ao tempo de espera dos doentes triados com a mesma cor e subconsequentemente esperar.”*

Consoante a Tabela Síntese 2, um dos participantes relatou também que a preocupação com acompanhantes feridos pudesse estar relacionada com a agressão.

*R8: “Um grupo de 20 ciganos encapuçados e armados com caçadeiras, recorreram ao Serviço de Urgência, traziam dois feridos graves (...)”*

No que se refere à subcategoria: “favor” de uma profissional de saúde da Instituição, um dos enfermeiros relatou como sendo este o motivo para ter sido agredido, pois o doente pensava não ter de se submeter aos procedimentos habituais do SU (inscrição administrativa, triagem e aguardar pela observação médica) por se encontrar acompanhado de uma profissional da Instituição.

**R10:** “Sofri violência física e psicológica – verbal, o que terá despoletado foi 1 doente que recorreu ao SU por uma “cunha” de uma profissional de saúde da Instituição (...)”

Para finalizar, também apenas um participante identificou a necessidade de inscrição para triagem como sendo a causa para ter sofrido agressão, tal como observamos de seguida:

**R11:** “Terminada a triagem anterior, fui observar a criança, mas a mãe continuava a insultar-me e não dizia o que a criança tinha e também nem me deixava falar, continuando aos gritos sem sequer ter feito a inscrição nos administrativos da urgência. Expliquei-lhe que teria de fazer a inscrição primeiro (...)”

### 5.2.3. Instituição

Ao analisarmos especificamente esta área temática, pretendemos conhecer o ambiente de trabalho no qual as vítimas estão inseridas, se relacionam com os agressores e no qual ocorreram os incidentes de violência, por forma a compreender o contexto deste fenómeno, tendo por base os relatos dos participantes. Assim, da área temática: Instituição, emergiram doze categorias: **organização física, tempo alvo máximo para a primeira observação médica, local da agressão, elevada afluência de utentes, segurança, resposta da segurança, resposta à solicitação policial, dispositivos de segurança, organização do corpo médico, comportamento de outros elementos da equipa, medidas para diminuir a violência e notificação da agressão.**

**Tabela síntese 3 - Instituição**

<u>Categoria</u>	<u>Subcategoria</u>	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Organização física do SU	Instalações adequadas		x	x									
	Instalações deficitárias				x	x	x	x	x	x	x		x
Tempo alvo máximo para a 1ª observação médica	Elevado	x			x		x	x					x
	Variável			x		x							
	Dentro do preconizado		x										

Ambiente físico onde decorreu a agressão	Corredor do SU						x	x					
	Área amarela			x									
	Sala de triagem					x					x	x	x
Elevada afluência de utentes		x				x		x					x
Segurança no SU	Presença de polícia e vigilante/segurança			x									
	Ausência de polícia e vigilante/segurança								x				
	Presença apenas de vigilante/segurança		x		x	x	x	x		x	x	x	x
Resposta da segurança	Ativa		x							x			
	Passiva			x							x	x	
Resposta à solicitação policial	Variável											x	
	Chegada rápida	x					x						
	Chegada lenta							x				x	
Dispositivos de segurança	Porta automática			x									
	Câmaras de videovigilância	x	x	x			x				x		
Organização do corpo médico	Horário de trabalho										x		
	Ausências médicas durante o horário de trabalho										x		
Comportamento de outros elementos da equipa	Apoio de colegas		x						x		x		
Medidas para diminuir a violência	Porta automática	x									x		
	Maior privacidade na triagem	x											
	Policimento	x	x	x							x		
	Redução do número de acompanhantes	x											
	Auditorias ao atendimento médico	x											
	Apoio á vítima	x										x	
	Adequação da estrutura											x	
Notificação da agressão	Sim	x						x			x	x	x
	Não		x	x			x						
	Apoio institucional insatisfatório	x		x		x	x	x				x	

Após análise dos relatos dos enfermeiros que participaram deste estudo, foi possível identificar na categoria: **organização física**, as seguintes subcategorias: instalações adequadas e instalações deficitárias.

Consoante se pode Observar na Tabela Síntese 3, apenas dois enfermeiros consideraram que os SU onde laboram possuem instalações adequadas ao tipo de serviço e ao tipo de cuidados prestados:

*R2: “(...) SU com boas instalações, relativamente recente (...) separado por áreas de grandes dimensões.”*

*R3: “Hospital de grandes dimensões, áreas bem delimitadas (...)”*

Já oito participantes classificaram as instalações do SU no qual laboravam como inadequadas, como por exemplo:

*R5: “(...) estrutura física (...) antiga (...) urgência pequena, não existe separação por áreas (...)”*

*R6: “(...) salas de espera coincidem com as zonas de trabalho.”*

*R8: “(...) características do meu serviço (...) muito vulneráveis (...) instalações antigas (...)”*

Na categoria: **tempo alvo máximo para a primeira observação médica**, foi-nos possível identificar as seguintes subcategorias: elevado, variável e dentro do preconizado.

Seis participantes, nos seus relatos consideraram que o tempo alvo máximo para a primeira observação médica era elevado. Apresentamos em seguida exemplos:

*R1: “(...) tempo de espera para atendimento médico elevado.”*

*R4: “(...) tempo de espera para o doente com prioridade amarela há alturas em que ultrapassa os 60 minutos e os com prioridade verde chega a ter cerca de 7 horas de espera.”*

*R12: “(...) tempos de espera após a triagem por vezes 6-7 horas (verdes) e 2-3 horas (amarelos).”*

Dois participantes consideraram que o tempo alvo máximo para a primeira observação médica era variável, dependendo dos dias, dos picos de afluência diários ou das alturas do ano:

*R3: “(...) tempo de espera variável (...)”*

*R5: “(...) urgência pequena mas tem episódios de muita afluência e o tempo de espera por vezes ultrapassa o tempo previsto.”*

Por fim, apenas um participante considerou ser habitual que o tempo alvo máximo para a primeira observação médica esteja dentro do preconizado pelo Sistema de Triagem de Manchester:

*R2: “(...) tempo de espera para atendimento médico não costuma ser elevado (...)”*

Já no que toca à categoria: **local da agressão**, foram identificadas as subcategorias: corredor do SU, área amarela e sala de triagem.

Dois participantes relataram terem sofrido agressão no corredor do SU:

*R6: “(...) constantes as situações de agressão verbal às quais estamos sujeitos nos corredores (...)”*

*R7: “O indivíduo subitamente levanta-se da cadeira de rodas e agrediu-me (...) no corredor.”*

Já um dos participantes foi agredido na área amarela:

*R3: “(...) em que um especificamente quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes (...)”*

Por fim, a sala de triagem, foi o local onde mais enfermeiros foram vítimas de violência no trabalho (quatro), como observamos os seguintes exemplos:

*R10: “Sofri violência (...) durante a queixa na triagem (...)”*

*R11: “(...) entra pela sala de triagem uma senhora de etnia cigana com cerca de 30anos com uma criança (filho) ao colo gritando (...)”*

Quanto à categoria: **elevada afluência de utentes**, dos participantes que abordaram este ponto, todos (três) relatam ser elevada a afluência de doentes que recorriam ao SU:

*R5: “(...) urgência pequena mas tem episódios de muita afluência (...)”*

*R12: “(...) afluência comparável a serviços 10 vezes maiores (...)”*

Relativamente à categoria: **segurança**, como subcategorias, foi-nos possível identificar três: presença de polícia e vigilante/segurança, ausência de polícia e vigilante/segurança e presença apenas de vigilante/segurança.

Dos relatos obtidos, e dos participantes que mencionaram este ponto, apenas um, tal como consta na Tabela Síntese 3, mencionou a presença de polícia e vigilante/segurança no SU:

*R3: “(...) posto de segurança à porta de entrada no SU e posto de polícia (...) o agente (...) intervém e é visto pelos doentes quando este é chamado (...)”*

Também acerca da ausência de polícia e vigilante/segurança, apenas um participante relatou esta situação:

*R8: “(...) falta de segurança ou polícia (...).”*

Por fim, a maioria dos participantes (nove) relatou a presença de apenas vigilante/segurança no SU onde laboram. Como exemplos apresentamos os seguintes:

*R2: “(...) sem posto de polícia, mas com segurança à porta de entrada.”*

*R5: “Temos apenas um vigilante (...).”*

*R10: “Ausência de polícia no SU (...) tem apenas segurança (...).”*

Quanto à categoria: **resposta da segurança**, foi-nos possível identificar as duas seguintes subcategorias: ativa e passiva.

Dos participantes que se pronunciaram sobre este ponto, dois consideraram que a segurança respondeu ativamente na situação de violência vivida:

*R2: “(...) eu mais 2 colegas e o segurança deitámo-lo numa maca para lhe imobilizarmos mãos e pés.”*

*R9: “(...) o segurança encaminhou-se até nós e tentou ajudar-nos.”*

Já três participantes relataram o episódio no qual a segurança agiu passivamente, como podemos observar em seguida os exemplos:

*R3: “(...) o polícia nada fez, limitou-se a observar o indivíduo enquanto o tratava e este me insultava (...).”*

*R11: “O segurança não tomou qualquer atitude nem tentou impor ordem.”*

Abordando a categoria: **resposta à solicitação policial**, esta foi subcategorizada em três: variável, chegada rápida e chegada lenta.

Quanto à subcategoria variável, apenas um enfermeiro participante relatou esta situação:

*R11: “(...) os agentes da autoridade (...) o tempo que demoram a chegar é variável.”*

Dois participantes relatam uma chegada rápida da autoridade policial quando esta é solicitada:

*R1: “Neste entretanto o agente policial chegou ao serviço por se tratar de agressão em discoteca... como a polícia estava no serviço imediatamente foi imobilizada (...).”*

*R5: “Quando é necessário chamamos a polícia que normalmente chega rápido (...).”*

Por fim, quanto à chegada lenta, dois participantes abordaram este ponto:

*R6: “A polícia tal como habitual levou mais de meia hora a chegar ao local (...).”*

*R10: “A polícia ainda sem vir, só apareceu passados 15 minutos após as agressões.”*

Quanto à categoria: **dispositivos de segurança**, foram identificadas as subcategorias: porta automática e câmaras de videovigilância.

Relativamente à porta automática, apenas um participante relata que esta existe no SU no qual exerce funções de enfermagem:

*R3: “A porta de entrada do SU é automática, o segurança controla as entradas e saídas de doentes.”*

Já cinco participantes relatam existirem câmaras de videovigilância no SU onde trabalham, como por exemplo:

*R2: “Câmaras de videovigilância em várias direções.”*

*R10: “SU com camara de videovigilância, mas está desligada por falta de orçamento.”*

No que toca à categoria: **organização do corpo médico**, identificamos duas subcategorias: horário de trabalho e ausências médicas durante o horário de trabalho, e embora apenas um participante as tenha relatado, consideramos pertinentes e como possíveis potenciadores da violência aos profissionais de saúde no local de trabalho.

Assim, um dos participantes, relativamente ao horário de trabalho relatou:

*R10: “Propiciam comportamentos de violência o elevado tempo de espera para atendimento médico, não de enfermagem, talvez pelo número excessivo de horas de trabalho em gabinetes fechados (...)”*

E ainda o mesmo participante sobre as ausências médicas durante o horário de trabalho, escreveu o seguinte:

*R10: “(...) grande espera por atendimento médico devido a estes se ausentarem do SU para fazerem refeições fora, não havendo controlo nas suas saídas.”*

Já na categoria: **comportamento de outros elementos da equipa**, apenas foi identificada uma subcategoria: apoio de colegas.

Três participantes sentiram que a conduta dos colegas os ajudou a resolver e a ultrapassar melhor o problema, sentindo-se apoiados. Citamos dois exemplos:

*R2: “(...) os colegas facilitaram para poder ficar 3 folgas em casa.”*



*R10: “Os colegas tentaram ajudar a resolver a situação e apoiaram-me (...) terminava o meu turno às 0 horas (...) fui acompanhada até ao meu carro por 2 colegas enfermeiros.”*

Da análise da categoria: **medidas para diminuir a violência**, emergiram as seguintes subcategorias: porta automática, maior privacidade na triagem, policimento, redução do número de acompanhantes, auditorias ao atendimento médico, apoio à vítima e adequação da estrutura.

Relativamente à porta automática, dois participantes sugeriram a mesma como uma das medidas para diminuir a violência, como por exemplo:

*R10: “Para diminuir a violência sugiro (...) porta de segurança automática.”*

Um dos participantes, consoante podemos observar na Tabela Síntese 3 sugeriu maior privacidade na triagem como uma das medidas:

*R1: “(...) maior privacidade na triagem (...)”*

Policimento foi a medida mais sugerida, como observamos dois exemplos:

*R2: “(...) sugeria haver polícia na entrada do hospital.”*

*R3: “(...) deveria haver polícia mesmo na porta de entrada do SU (mostram mais autoridade que um segurança) (...)”*

Apenas um dos participantes sugeriu redução do número de acompanhantes:

*R1: “(...) redução do número de acompanhantes (...)”*

Também o mesmo participante (R1) sugeriu que se auditasse o atendimento médico prestado:

*R1: “(...) realização de auditorias à prestação do atendimento médico (...)”*

Dois enfermeiros, segundo a Tabela Síntese 3 sugeriram apoio à vítima:

*R1: “(...) formação de um gabinete de apoio à vítima neste caso ao profissional.”*

*R10: “Para diminuir a violência sugiro (...) apoio psicológico aos profissionais (...)”*

Por fim, das medidas sugeridas para diminuir a violência no local de trabalho, a adequação da estrutura física do SU foi abordada por um participante:

*R10: “Para diminuir a violência sugiro (...) melhoria da estrutura do SU.”*

A última categoria pertencente à área temática Instituição: **notificação da agressão** foi subcategorizada em: sim, não e apoio institucional insatisfatório.

Quanto à primeira subcategoria, sim, analisando a Tabela Síntese 3, podemos verificar que cinco participantes notificaram o incidente violento, como por exemplo:

*R7: “(...) apresentei queixa por agressão física.”*

*R10: “Foi feita queixa formal na PSP, o Hospital abriu inquérito interno (...) Foi feita notificação do sucedido interna (não conformidade), comuniquei à enfermeira- chefe.”*

Três participantes relataram não terem notificado a agressão da qual foram vítimas. Apresentamos um exemplo:

*R6: “Por medo de retaliações não foi apresentada qualquer queixa formal na polícia.”*

Para finalizar, todos os participantes que abordaram este tema encontravam-se insatisfeitos com a resposta da Instituição perante os enfermeiros enquanto vítimas de agressão no local de trabalho. Apresentamos exemplos:

*R1: “(...) quer o serviço na qualidade da chefe quer a Instituição nada faz (...) o profissional está puramente por sua conta, não tem qualquer proteção (...)”*

*R3: “(...) a Instituição nunca interveio nalguma situação que tenha passado de violência verbal ou proteção em caso de ameaças (...)”*

*R6: “Estamos cada vez mais desprotegidos (...) a Instituição em nada se compromete a acompanhar ou a ceder proteção judicial ao profissional agredido (...)”*



## **CAPÍTULO VI: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



Ao longo do capítulo anterior foi apresentada e descrita a informação obtida através dos relatos enviados pelos enfermeiros que aceitaram participar neste estudo. Assim, neste capítulo, tal como a sua denominação sugere, discutimos os resultados obtidos, com vista ao aprofundamento da compreensão do fenómeno da violência no trabalho dos enfermeiros no SU. Iremos ainda dar resposta aos objetivos deste mesmo estudo.

Os resultados deste estudo vêm ao encontro dos resultados obtidos por Cezar (2005) e pela DGS (Portugal, 2006), constatando-se que os enfermeiros que laboram nos SU estão em grande risco de sofrer violência no trabalho. Através dos relatos dos participantes vítimas de violência, foi possível identificar as causas e a natureza deste fenómeno, caracterizar tanto o agressor como a vítima, conhecer o tipo de violência à qual foram expostos, as consequências para as vítimas pela violência sofrida e qual a resposta da Instituição empregadora em termos de apoio ao trabalhador agredido.

### **Vítima**

Os resultados da análise dos resultados obtidos através dos relatos permitiram-nos proceder à caracterização das vítimas de violência no trabalho nos SU quanto às suas características demográficas, à sua personalidade, às suas características profissionais, à natureza da violência sofrida e às consequências da mesma.

Neste estudo verificamos que a amostra é maioritariamente feminina. Segundo a OIT, ICN e OMS (2002), os empregadores devem reconhecer o impacto da violência tendo em conta o género dos trabalhadores, pois tanto homens como mulheres podem ser afetados, embora de maneiras diferentes. As mulheres são particularmente mais vulneráveis a certos tipos de violência como a discriminação ou o assédio sexual. Assim, neste estudo, tal verifica-se, pois a amostra é maioritariamente feminina. Já o assédio sexual não foi contemplado neste estudo, pelo que não existe nenhum participante que tenha sido vítima de violência desta natureza.

Os resultados deste estudo vão também de encontro ao que os estudos nacionais do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, nos quais as vítimas de violência são maioritariamente do género feminino. Já

no estudo de Talas et al (2011) realizado a profissionais de saúde de um SU na Turquia sobre violência ocupacional constatou-se que mais de metade das vítimas de violência (54%) pertence ao género masculino, ao contrário do que verificamos.

Apesar de se verificar gradualmente uma maior inserção do homem na enfermagem, ainda podemos observar o predomínio das mulheres enfermeiras. Segundo os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (2013), em Portugal, cerca de 81% dos enfermeiros são do género feminino.

De acordo com o Silva (2008), a identificação pessoal e individual com a prestação de cuidados a doentes críticos envolve, para além dos componentes humanísticos, elementos de capacitação profissional específicos, que geram satisfação no trabalho, pois são desafiadores e conferem experiência profissional diferenciada. Assim, entende-se o porquê dos enfermeiros laborarem durante tantos anos em SU e o porquê de este tipo de serviços atrair enfermeiros mais novos.

Após a análise do Quadro 2, podemos verificar que cinco participantes têm dez anos ou menos de experiência profissional em SU. Segundo o estudo de Deeb (2003) no Líbano, todos os participantes expressaram medo constante de serem vítimas de violência. O número de participantes neste estudo foi de 1016, em que a maioria era enfermeiro, sendo os mais agredidos, do grupo etário dos 25 aos 29 anos e com 1 a 5 anos de experiência profissional. Também no estudo de Talas et al (2011), num SU na Turquia verificou-se que a maioria dos profissionais de saúde agredidos tinha menos de 5 anos de experiência profissional em SU.

No que se refere à acumulação de funções, sete enfermeiros acumulam serviços de enfermagem em hospitais privados, clínicas ou laboratórios de análises clínicas. Quanto à questão de os enfermeiros exercerem funções em mais de um local, como se comprovou neste estudo, a maioria tem duplo emprego. Silva (2008) refere que as dificuldades económicas enfrentadas pelos profissionais de saúde fazem com que tenham mais de um emprego, o que se verifica no caso dos enfermeiros. Estes, que não auferem salários correspondentes às suas qualificações e que viram as progressões na carreira congeladas, para aumentar a sua qualidade de vida e sustentar a sua família laboram em mais de um local.

Silva e Marziale (2006) consideram nos seus estudos que enfermeiras jovens e com duplo emprego têm maiores índices de absentismo. No entanto, tal não se confirmou neste estudo, pois nenhum participante se ausentou do local do trabalho após a agressão ou esteve afastado de exercer funções por incapacidade para o trabalho.

Após análise dos resultados obtidos, tal como observamos na Tabela Síntese 1, verificamos que os participantes quanto à personalidade apresentaram-se como sendo calmos (5), observadores (2), compreensivos (1), tolerantes (1), ponderados (1), impulsivos (1) e frontais (1). Quatro participantes não identificaram no seu relato as suas características individuais, no entanto três participantes utilizaram mais de uma característica para se autodescreverem, tal como foi o caso dos participantes R4, R5 e R11.

As características individuais da vítima, nomeadamente a personalidade, podem ter um forte impacto para a reação do agressor, mas não pode servir como justificação para o comportamento do agressor (Einarsen, 2000 cit. por Marques, 2014). Tal como anteriormente referimos, também segundo Costa (2005), a atitude do profissional de saúde perante um doente ou acompanhante também influencia a ocorrência de violência.

No que respeita à caracterização profissional, os participantes deste estudo apresentaram-se como sendo perfeccionistas (2), ativos (1), proativos (1), menos pacientes (1), perfeccionistas (1), dinâmicos (1) e trabalhadores (1). Apenas seis participantes escreveram em relação a este ponto e acrescentamos que o participante R11 utilizou duas características para se descrever, apresentando-se como dinâmico e trabalhador, como se comprova pela observação da Tabela Síntese 1.

Relativamente à natureza da violência, os enfermeiros que aceitaram participar neste estudo classificaram a violência sofrida como física ou psicológica. Assim, dos doze, seis sofreram violência física e outros seis sofreram violência psicológica, logo, neste estudo não se denotaram diferenças em termos de natureza da violência sofrida. Segundo a literatura, como apresentaremos em seguida, a violência psicológica é a mais frequente em profissionais de saúde, especialmente em enfermeiros. Assim, o SEP (2000) constatou que a violência hospitalar é mais relatada por enfermeiros, sendo a violência psicológica a mais prevalente. Também Ferrinho et al (2002) chegaram à mesma conclusão, verificando que a violência psicológica aos profissionais de saúde era a mais frequente, no entanto acrescentaram que a violência física verificou-se mais nos enfermeiros. Também segundo os estudos de 2007 a 2014 do Departamento de Qualidade



na Saúde da DGS, a violência mais frequentemente observada aos profissionais de saúde no seu local de trabalho é de natureza psicológica, apesar de no ano de 2014 o número de incidentes violentos de natureza física ter aumentado para 133, ou seja, o número mais alto até à data em estudos nacionais.

Também em estudos internacionais como o de Deeb (2003) e o de Cezar (2005), concluiu-se que a violência psicológica foi identificada como sendo a mais frequente.

Por fim, relativamente às consequências da violência, os participantes relataram dois tipos: físicas e psicológicas. Oito dos participantes declaram que o facto de terem sido agredidos no local de trabalho originou consequências. Desses oito que se pronunciaram sobre este ponto, a maioria, ou seja sete, identificou ter sofrido consequências psicológicas da agressão e já apenas dois sofreram consequências físicas, tendo em conta que o participante R12 considerou ter sofrido consequências físicas e psicológicas.

As consequências físicas mencionadas após a agressão foram hematoma, cefaleia e dor (não tendo o participante especificado o local).

Já como consequências psicológicas da agressão no trabalho foram identificados o *stress*, desgaste emocional, interferência no seio familiar, perturbação, insegurança, medo, ansiedade, impulsividade, impaciência e angústia.

Os resultados deste estudo obtidos através dos relatos dos participantes, como observamos nos parágrafos anteriores vão totalmente de encontro ao que os autores defendem acerca das consequências da violência ocupacional. Nakamura (2004) defende não ser só a violência física a deixar “marcas”. A violência psicológica pode também gerar patologias psicossomáticas, como úlceras duodenais, podendo ainda levar a que a pessoa ingira medicamentos ou álcool, entre em crise ou depressão.

Também o ICN (2006) reforçou as consequências da violência para os profissionais de saúde, salientando que as vítimas possam apresentar sentimentos de choque, tristeza, descrença, culpa, raiva, desilusão, depressão, vergonha, medo, auto culpabilização, sentimentos de impotência, lesões físicas (como exemplo fraturas e tensão muscular), distúrbios sexuais, aumento do *stress* e ansiedade, perda da auto estima e da crença nas suas competências, perda de satisfação com o trabalho, distúrbios do sono (insónia, pesadelos) e da alimentação, isolamento, insatisfação profissional e absentismo.

Também Filho (2009), no seu estudo realizado no Brasil sobre violência a profissionais de saúde no local de trabalho concluiu que como consequências dos incidentes de violência, 57% dos profissionais declararam sentir-se mais stressados e por fim, também num estudo realizado no Brasil por Fonseca (2012) concluiu-se existir distanciamento físico e mental na prestação de cuidados, o que em nossa opinião, pode pôr em causa a segurança na prestação de cuidados de enfermagem pelos profissionais aos utentes.

Para finalizar a discussão dos dados obtidos relativamente à área temática: Elemento Vítima, ainda no que toca às consequências da violência, foi analisada a necessidade da vítima se ausentar do serviço, tendo-se concluído que nenhum dos agredidos que abordaram este ponto abandonou o turno enquanto este decorria após terem sofrido agressão.

Salientamos ainda que não verificamos qualquer relação entre o facto de as vítimas serem mais jovens ou com menos experiência profissional e a natureza da violência sofrida ou as suas consequências.

### **Agressor**

Procedemos em seguida à discussão dos dados obtidos relativamente à área temática: Elemento Agressor. Assim, iremos analisar e discutir os dados relativos à caracterização do agressor, ao seu tipo de comportamento, à sua reação após o conflito e ao motivo da agressão.

Relativamente à caracterização do agressor, mais de metade dos participantes (7) identificaram o próprio doente como sendo o principal agressor, seguido de familiares (3), acompanhantes (1) e outros profissionais de saúde (1). Como observaremos em seguida, os resultados deste estudo relativos à caracterização do agressor vão de acordo com o que é descrito na literatura.

Segundo Ferrinho et al (2002), num estudo de caso português, os doentes e os seus familiares apresentaram-se como os agressores mais frequentes. Verificamos também que de acordo com os estudos de 2007 a 2014 do Departamento de Qualidade na Saúde da

DGS, os doentes foram os agressores dominantes ao longo daqueles sete anos (Portugal, 2008-2015).

Apenas no estudo de Vasconcellos et al (2012) num SU do Brasil, concluiu-se que foram os acompanhantes dos doentes os principais agressores. Já neste estudo observamos que os acompanhantes foram identificados como agressores apenas por um participante, sendo a grande maioria dos agressores os próprios doentes.

No que se refere ao tipo de comportamento apresentado pelo agressor aquando a agressão, foram apontados pelos participantes os seguintes comportamentos por ordem de maior frequência: insulto (6), ameaça (3), estalo (3), murro (2), humilhação (1) e gritos (1). Acrescentamos que o participante R3 relatou ter sido simultaneamente insultado e ameaçado, bem como o participante R11, com quem gritaram, tendo sido também insultado e ameaçado.

Estes comportamentos do agressor encontram-se também descritos no estudo de Souza (2013). Segundo este, a violência física pode manifestar-se através de várias formas como esmurrar, empurrar, morder, arranhar, beliscar, bater, pontapear, esbofetear, esfaquear, alvejar, atirar objetos ou contaminar com produtos orgânicos. Já a violência psicológica pode ser praticada sob a forma de insultos, pressão moral, assédio, ameaças e difamação. As conclusões do estudo de Souza (2013) são assim reforçadas pelos resultados que nos foram possíveis obter neste estudo.

No que respeita à reação após o conflito, não encontramos na literatura dados para estabelecer comparação com os resultados que obtivemos, mas salientamos também que apenas três participantes abordaram este aspeto. Assim, um dos agressores demonstrou arrependimento (R2), outro participante relata que o próprio agressor acusou os profissionais de agressão (R10) e por fim, o participante R3 relata que o agressor continuou sempre a agredi-lo, o que provavelmente demonstra uma conduta consciente.

Por fim, no que respeita ao motivo da agressão, os participantes mencionaram a embriaguez (2), imobilização (1), prioridade atribuída (1), tempo de espera (1), preocupação com doentes feridos (1), “favor” de uma profissional de saúde da Instituição (1) e necessidade de inscrição para triagem (1).

Alguns destes dados obtidos são suportados pela literatura. Segundo a American Nurses Association (2002) são apontados como fatores de risco para a ocorrência de violência no SU, entre outros, a presença de doentes com patologia psiquiátrica, familiares perturbados, presença de alcoólicos ou toxicodependentes, elevado tempo de espera no SU e grande afluência de doentes. As vítimas são frequentemente jovens com pouca experiência profissional, tal como se observa neste estudo, no qual cinco participantes têm dez ou menos anos de experiência profissional e a violência pode-se apresentar ligada às relações de género, uma vez que os agressores têm habitualmente história de comportamentos violentos, doença psiquiátrica, demencial ou utilização de álcool.

Ainda de acordo com a OIT, ICN e a OMS (2002), as Instituições devem minimizar os tempos de espera, pois, tal como verificamos, a longa espera por atendimento médico pode originar episódios de agressão aos profissionais de saúde que maior contacto direto têm com os doentes, como é o caso dos enfermeiros. Esta ideia é também partilhada por Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004).

Por fim, observamos que os dados obtidos neste estudo relativamente ao motivo da agressão estão em consonância com o que a literatura defende. Apenas não encontramos dados relativos ao “favor” de uma profissional de saúde da Instituição ou à necessidade de inscrição para triagem, mas acreditamos que a última possa ser um motivo da agressão caso o agressor entenda que o facto de ter de proceder à inscrição administrativa no SU para poder ser triado seja uma perda de tempo.

Não verificamos também relação entre a caracterização do agressor e o tipo de comportamento, por exemplo, ou entre a caracterização do agressor e a reação após o conflito ou o motivo de agressão, ou seja, não constatamos que o facto de o agressor ser o doente apenas pratique atos de violência física.

### **Instituição**

Procedendo à análise e discussão dos dados obtidos no que se refere à área temática: Instituição, iremos incidir sobre a organização física do SU, o tempo alvo máximo para a primeira observação médica, o ambiente físico onde decorreu a agressão, a elevada afluência de utentes, a segurança no SU, a resposta da segurança, a resposta à

solicitação policial, os dispositivos de segurança, a organização do corpo médico, o comportamento de outros elementos da equipa e as medidas para diminuir a violência e a notificação da agressão.

Assim, no que respeita à organização física do SU, a maioria dos participantes (8) classifica o SU onde laboravam na altura em que foram agredidos como possuindo instalações deficitárias, o que pode ser um fator de risco para a ocorrência de violência. Apenas dois participantes relataram que o SU possuía instalações adequadas.

Segundo a American Nurses Association (2002) o ambiente é considerado um fator de risco relacionado com a violência aos profissionais de saúde, por exemplo se as áreas de estacionamento para profissionais de saúde forem pouco iluminadas. Para Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) e para o ICN (2006), um SU com muita acessibilidade, pouca privacidade ou sem divisão por áreas, com espaço reduzido, são também considerados fatores de risco para a ocorrência de violência a profissionais de saúde.

No relato da participante **R10**:

“Com esta situação senti-me angustiada, triste, com medo por o doente depois ficar fora do SU a aguardar consulta e poder estar fora para me agredir, uma vez que eu terminava o meu turno às 0 horas, por medo fui acompanhada até ao meu carro por 2 colegas enfermeiros. A nível familiar notou-se que fiquei mais em baixo e impaciente.”

verificamos que esta participante teve de ser acompanhada por dois colegas até ao parque de estacionamento onde estava o seu carro depois de terminar o seu turno, constatando assim que as instalações físicas são um fator de risco para a ocorrência de violência perante os profissionais de saúde, logo os dados que obtivemos estão totalmente de acordo com o defendido pela literatura.

Por fim, em Portugal, o SEP (2000) salientou a importância da aplicação de medidas para prevenir e/ou diminuir a violência aos profissionais de saúde, sendo a melhoria das condições dos edifícios (iluminação, ruído, temperatura, higiene e privacidade) uma das medidas propostas.

Abordando agora o tempo alvo máximo para a primeira observação médica, verificamos que dos participantes que abordaram este ponto, a maioria (5) consideram-no elevado, dois participantes o consideram variável, enquanto apenas um participante o considera como estando dentro do preconizado.

Mais uma vez os dados que obtivemos corroboram o que a literatura defende. Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004), nos seus estudos concluíram que o longo tempo de espera pode incitar à violência.

No que respeita ao ambiente físico onde decorreu a agressão, podemos dizer que na literatura não encontramos correspondência com as conclusões às quais chegamos. Neste estudo, dos participantes que escreveram sobre este aspeto, a maioria (4) foi agredida na sala de triagem, seguindo-se o corredor do SU (2) e por último a área amarela (1). Pensamos que ocorram maior número de agressões na sala de triagem por este ser o primeiro local onde os utentes contactam com profissionais de saúde e por ser o local onde lhes é atribuída a prioridade para atendimento médico, com a qual muitas vezes não ficam satisfeitos [caso de prioridade pouco urgente (pulseira verde), por exemplo].

Agora abordando a afluência de utentes, quatro participantes relataram afluência elevada nos SU nos quais laboram, o que é confirmado noutros estudos, pois por exemplo, segundo a American Nurses Association (2002), a grande afluência de doentes é assim um fator de risco para a ocorrência de violência contra os profissionais de saúde.

Quanto à segurança no SU, nove participantes relataram que no SU onde exercem funções de enfermagem se verifica a presença apenas de vigilante/segurança, enquanto que um participante revela a presença de polícia e vigilante/segurança e também apenas um relata não existir no SU onde labora, polícia e nem vigilante/segurança.

Acrescentamos que a segurança é um fator bastante importante para diminuir a violência e tal como a American Nurses Association (2002) defende, a falta de seguranças adequadamente treinados está relacionada com a violência aos profissionais de saúde. No seu relato, o participante R5 menciona concretamente esta realidade:

**R5:** “Temos apenas um vigilante que por vezes também são mulheres e com pouca formação nesta área o que faz que não consigam controlar os conflitos (...)”

Por outro lado, ao proceder ao tratamento de dados, ainda sobre a segurança no SU, deparamo-nos com o preocupante relato do participante R9 sobre a falta de condições de trabalho dos seguranças/vigilantes e da insegurança que se instala no SU quando este se ausenta para fazer refeições, por exemplo:

**R9:** “Realçando: o SU tem um segurança e, apenas um, durante 12h/dia e outro elemento nas 12h/noite. Ou seja, quando o elemento de segurança necessita de uma refeição ou de se deslocar ao WC não tem quem o possa substituir (...)”

No que respeita à resposta da segurança, dos participantes que abordaram esta questão, dois consideraram-na ativa, enquanto que três consideraram-na como passiva. Não encontramos na literatura informações que nos permitam comprovar ou não estes dados.

Também relativamente à resposta à solicitação policial, não encontramos na literatura dados para que se pudesse proceder a uma comparação com os dados que obtivemos. Salientamos apenas que, dos participantes que abordaram este ponto, um classificou a resposta à solicitação policial como sendo variável, dois como chegada rápida e também dois como chegada lenta. Relembramos que uma chegada rápida é considerada como tal se a autoridade demorar menos de quinze minutos a chegar ao SU e chegada lenta caso a autoridade demorar quinze minutos ou mais a chegar ao SU quando solicitado.

A porta automática e as câmaras de videovigilância são dispositivos de segurança de elevada relevância para controlar e/ou diminuir a violência nos SU contra profissionais de saúde. Tendo em conta os participantes que mencionaram este ponto, a maioria (5) relata existirem câmaras de videovigilância no SU onde laboram, apesar de nem todas estarem funcionantes. Já quanto à existência de porta automática, apenas o participante R3 confirma a sua existência.

No que respeita à organização do corpo médico, um dos participantes (R10) menciona a importância do horário de trabalho e das ausências médicas durante o horário de trabalho como possíveis facilitadores para a ocorrência de violência, já que originam demora no atendimento médico. Em nossa opinião deveria haver um maior controlo sobre os horários de trabalho, evitando um número excessivo de horas seguidas e também sobre as ausências médicas ou tempo de pausa durante o horário laboral.

Quanto ao comportamento de outros elementos da equipa, três participantes identificaram o apoio de colegas sob a forma de defesa quando estavam a ser agredidos, pois foram acompanhados pelos colegas até ao carro quando acabaram o turno ou a troca de turnos foi facilitada para que o agredido pudesse descansar e recompor.

Segundo o Modelo Ecológico da Violência representado na Figura 1, as relações sociais influenciam a ocorrência de fenómenos violentos, no entanto, neste caso a influência dos colegas de trabalho revelou ser um fenómeno positivo, já que os colegas agiram no sentido de prestar apoio à vítima.

No que se refere às medidas para diminuir a violência, foram sugeridas pelos participantes a existência de policiamento (4), porta automática (2), criação de um

gabinete de apoio à vítima (2), maior privacidade na triagem (1), redução do número de acompanhantes (1), auditorias ao atendimento médico (1) e adequação da estrutura do SU (1), tendo os participantes R1 e R10 sugerido mais de uma medida.

Assim, após o tratamento de dados verificamos que as medidas sugeridas pelos trabalhadores vão totalmente de acordo com as medidas sugeridas pelos autores para que a violência no trabalho aos profissionais de saúde diminua.

Como medidas sugeridas pelos diferentes organismos, podemos dizer que já no ano 2000, o SEP, para prevenir e/ou diminuir a violência aos profissionais de saúde, propôs a melhoria das medidas de segurança nos SU (através da contratação de seguranças, porteiros, colocação de alarmes, fornecimento de telemóveis), melhoria das condições dos edifícios, melhoria da receção aos doentes, da eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados, educação cívica para todos os cidadãos e maior responsabilização dos utentes pelos seus atos, entre outros. Krug (2002) concluiu também ser importante incentivar esquemas de registo e relato do incidente, identificação do agressor e melhoria do circuito de doentes e visitas. E por fim, também a DGS (Portugal, 2006) propôs a existência de dispositivos de segurança no SU como detetor de metais, alarmes, câmaras de vigilância ou boa iluminação dos corredores.

Por fim, abordando a notificação da agressão, dos participantes que se pronunciaram sobre este aspeto, apenas cinco notificaram formalmente a agressão da qual foram alvo. Três participantes relataram não terem realizado notificação e seis demonstraram estar insatisfeitos com o apoio institucional prestado em situação de agressão no local de trabalho.

Após interpretação dos dados verificamos que estes dados no que se refere à categoria notificação da agressão são totalmente apoiados pela literatura. Quanto ao hábito de notificação propriamente dito, segundo os dados do Observatório da DGS (Portugal, 2008-2015) as notificações de violência ainda existem num número muito reduzido, apesar de terem vindo a aumentar. Como exemplo mencionamos que ainda segundo a DGS (Portugal, 2015), no ano de 2014 houve 531 episódios de violência reportados através do formulário *online* do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, no entanto apenas 72 apresentaram queixa formal às autoridades.

Segundo o estudo de caso internacional de Deeb (2003) sobre violência no trabalho a profissionais de saúde do Líbano, numa cultura totalmente distinta da nossa, a



subnotificação da violência é um problema importante. Embora quando os agressores são os doentes, o profissional tem de tolerar até ao limite os comportamentos menos adequados, ou seja, a violência é vista como parte integrante no trabalho. Como justificação, os enfermeiros afirmaram não notificar formalmente as agressões por acreditarem que tal não iria ajudá-los, podendo até ter consequências negativas para a sua carreira. Ainda mais grave, caso o agressor fosse um médico, um enfermeiro poderia até ser despedido.

Também Staines (2009) justifica a subnotificação das agressões pelo facto de esta ainda ser “vista” pelos profissionais de saúde como “parte do trabalho”, principalmente para os funcionários dos SU e dos departamentos de psiquiatria. Observamos tal facto por exemplo nas declarações do participante R5 em que este relata o seguinte:

**R5:** “Da minha experiencia pessoal posso apenas dizer que fui apenas agredida verbalmente (...)”

assim, como podemos ler, o facto de o participante utilizar a palavra “apenas” denota que não valoriza a agressão verbal como sendo um ato de agressão ou que, tal como a literatura refere, que encara a agressão psicológica, neste caso, como parte do seu trabalho.

Por fim, Fonseca (2012) acrescenta no seu estudo que alguns profissionais não notificam os episódios de violência sofridos pelo facto de acreditarem que não haverá melhorias, por o doente por vezes se mostrar arrependido (tal como no caso do participante R2), por medo de represálias, por medo de serem rotulados como conflituosos por parte das chefias e ainda por terem exemplos de colegas que notificaram episódios de violência e não obtiveram qualquer resposta ou apoio por parte da Instituição. Tal como Staines (2009), Fonseca (2012) salienta que o que contribui também para a subnotificação é o facto de a maior parte dos profissionais se mostrar tolerante para com a violência, pois compreendem que o doente se encontra sob tensão devido à doença, aceitando assim a violência como uma resposta do indivíduo e um risco inerente ao trabalho, sentindo-se “acostumados” com as situações de violência que experienciam.

Por fim, relacionando as categorias entre si podemos dizer que os participantes que relataram terem sofrido violência no trabalho exerciam funções maioritariamente em SU com instalações deficitárias, nas quais o tempo de espera era elevado e com presença

apenas de vigilante/segurança. Dos participantes que mencionaram o apoio institucional após a agressão, todos (seis) consideraram este apoio como sendo insatisfatório.

O presente estudo apresenta algumas limitações, uma das quais relacionada com os participantes. Assim, verificamos alguma dificuldade em encontrar enfermeiros que aceitassem participar neste estudo. Alguns alegaram falta de tempo e de motivação quando lhes foi solicitado que participassem no estudo. No entanto, pensamos ainda que o medo de o relato poder ser reconhecido, o não querer relembrar uma má experiência ou o facto de o luto ainda não ter sido feito possam também ter contribuído para não haver mais participantes que se disponibilizassem a participar neste estudo.

Outra das limitações está relacionada com o tempo. Inicialmente o tempo previsto para a recolha de dados era de um mês, no entanto, face à falta de respostas, os pedidos de solicitação foram reenviados e esse tempo teve de ser prolongado até perfazer um total de três meses. Devido a este fator e por motivos económicos não nos foi possível complementar a recolha de dados com outro instrumento, que seria a entrevista semiestruturada.

Verificamos também, em conformidade com a OIT, a ainda escassa bibliografia nacional sobre o fenómeno da violência no trabalho aos profissionais de saúde, apesar de na última década se terem denotado melhorias.

Alguns dos estudos apresentados, foram realizados noutros países, com distintas condições de trabalho e em diferentes contextos culturais, mesmo assim pareceu-nos relevante e interessante que fossem abordados.



## CONCLUSÕES

A violência no ambiente de trabalho é avaliada pela comunidade científica como um problema mundial que adquiriu, nos últimos anos, uma enorme importância, sendo assim uma preocupação prioritária.

A investigação prova que, entre os profissionais de saúde, os enfermeiros são os que maior risco correm de sofrer violência no local de trabalho. Os efeitos da violência vão assim para além do local de trabalho, afetando a família das vítimas, os colegas e também as testemunhas.

O abuso verbal não deve ser minimizado, os seus efeitos são similares à agressão física. Por isso, é fundamental a mudança de atitudes da sociedade, dos empregadores e dos profissionais para a prevenção dos eventos violentos, nomeadamente nos SU. Assim sendo, a notificação dos casos de violência é um aspeto que deve ser padronizado e encorajado nas Instituições de Saúde, pois desta forma será possível identificar os locais e as formas de violência mais comuns e, assim, promover mudanças.

A violência no local de trabalho no setor da saúde ameaça a prestação de serviços seguros e eficazes aos doentes. Para que sejam prestados cuidados de enfermagem de qualidade, os enfermeiros têm de ter a garantia de um ambiente de trabalho seguro e de um tratamento respeitoso.

Dos resultados obtidos foi possível concluir que a violência no trabalho é uma realidade frequente, tendo sido alcançados os objetivos propostos para o estudo. Assim, conhecemos a natureza e as causas da violência ocupacional sofrida pelos enfermeiros através da análise dos relatos dos doze participantes concluindo que a violência no trabalho dos enfermeiros no SU foi mais prevalente em vítimas do género feminino, ocorrendo independentemente das características profissionais ou da personalidade. Quanto à natureza da violência sofrida não se verificaram discrepâncias, pois seis participantes sofreram violência física e outros seis sofreram violência psicológica.

No que se refere ao tipo de agressor mais frequente verificamos ser o próprio doente, tendo como comportamento mais frequente o insulto.

Quanto às características institucionais concluímos que a maioria dos participantes classifica o SU como possuindo instalações deficitárias, ocorrendo as agressões mais comumente na sala de triagem e em serviços com elevada afluência. Verificamos ainda a existência de vigilante/segurança na maioria dos casos. Apenas um participante mencionou a presença simultânea de polícia e vigilante/segurança no local de trabalho.

No que se refere às consequências da violência ocupacional a nível pessoal e profissional nos enfermeiros, a maioria dos participantes identificou ter sofrido consequências psicológicas da agressão, como *stress*, desgaste emocional, interferência no seio familiar, perturbação, insegurança, medo, ansiedade, impulsividade, impaciência e angústia.

Procedendo a uma análise das sugestões dos enfermeiros para diminuir os problemas de violência ocupacional, os participantes relataram haver pertinência na existência de policiamento, porta automática, criação de um gabinete de apoio à vítima, maior privacidade na triagem, redução do número de acompanhantes, auditorias ao atendimento médico e adequação da estrutura do SU. Já como dispositivos de segurança presentes no SU onde laboravam, a maior parte dos enfermeiros identificou as câmaras de videovigilância, apesar de ressaltarem que por vezes se encontravam avariadas ou desligadas por constrangimentos económicos. Três participantes relataram terem-se sentido apoiados pelos colegas quando foram agredidos, mas o mesmo já não se verificou quando à Instituição, mostrando-se a insatisfeitos com o apoio institucional prestado em situação de agressão no local de trabalho.

Já quanto aos hábitos de notificação de violência ocupacional não verificamos a presença deste hábito, constatando que dos participantes que se pronunciaram sobre este ponto, apenas cinco notificaram formalmente a agressão. As razões principais apontadas pelos participantes para tal subnotificação foram o medo de retaliações, o facto de entenderem que o doente e familiares estejam preocupados pela sua saúde, logo aceitam ser normal que estejam mais nervosos, o medo de serem conotados como incompetentes no trabalho e na resolução de conflitos e por acreditarem que mesmo que notificassem não iria haver mudanças.

A partir deste estudo nos foi possível perceber que a violência produz consequências negativas para o trabalhador e para o serviço de saúde prestado à

população, como o empobrecimento das relações humanas, diminuição da dedicação e satisfação para com o trabalho, comprometimento da qualidade e segurança na prestação dos cuidados e sentimentos de tristeza e baixa auto estima que têm consequências na vida pessoal, social e profissional do enfermeiro. Apesar de existirem diretrizes para o combate da violência ocupacional e de alguns profissionais referirem possíveis modificações com consequentes melhorias no trabalho, a prevenção de situações de violência só será possível através do comprometimento conjunto entre sociedade, Instituição de Saúde, gestores e profissionais de saúde envolvidos.

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

Esta área da saúde no trabalho em enfermagem é uma área que nos suscita particular interesse, pois ao exercer funções de enfermagem num SU e ao contactar diretamente com doentes críticos e num ambiente de *stress* assistimos diariamente a situações de violência. Esperamos que o presente estudo contribua para futuros estudos nos demais espaços de trabalho da enfermagem, considerando também ser pertinente a realização de futuros estudos com o objetivo de conhecer a extensão real do problema, especialmente no setor privado, em todos os profissionais de saúde, em todos os tipos de Instituições e em todos os serviços clínicos, não só nos serviços de urgência.

Esperamos ainda ter contribuído para a promoção da saúde dos trabalhadores no local de trabalho e para as modificações necessárias no ambiente e nas relações interpessoais de modo a minimizar os episódios violentos no trabalho.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, I., RUA, M. - **Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências.** Texto e contexto em Enfermagem. Florianópolis, 2005. Vol. 14. nº 3. p. 373-382. [consultado em 18-10-2014]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>. ISSN: 1980-265X
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION – **Preventing Workplace Violence. Occupational Health and Safety Series.** Maryland: ANA, 2002. [consultado em 01-05-2014]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalhealth/OccupationalResources/PreventingWorkplaceViolence.aspx>
- ARNETZ, J.E., ARNETZ, B.B., SODERMAN, E. - **Violence toward health care workers: prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden.** Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 1998. Vol. 46. Issue 3. p. 107-14
- BARDIN, L. - **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009
- BAUMANN, M. R. and STROUT, T. D. - **Triage of geriatric patients in the emergency department: validity and survival with the Emergency Severity Index.** Annals of Emergency Medicine. Vol. 49. Issue 2. (2007). p. 234-240
- BEM, Andreia Grilo Santos - **Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo.** Coimbra [s.n.], 2013. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde de Coimbra. [consultado em 22-05-2015]. Disponível em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=26002&code=239>
- BENNER, P. - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - **Investigação qualitativa em educação: fundamentos, métodos e técnicas.** Porto: Porto Editora, 1994



- CAMASMIE, A. T. – **Narrativa de histórias pessoais: um caminho de compreensão de si mesmo à luz do pensamento de Hannah Arendt.** São Paulo: [s.n.], 2007. Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica. [consultado em 25-02-2015]. Disponível em [http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=4862](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4862)
- CEZAR, E. - **Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina – Paraná.** Ribeirão Preto: [s.n.], 2005. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de São Paulo-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. [consultado em 25-02-2015]. Disponível em [file:///C:/Users/Clinica/Downloads/Cezar\\_ES.pdf](file:///C:/Users/Clinica/Downloads/Cezar_ES.pdf)
- COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO – **Um ano de Reflexão e Mudança!** Administração Regional Saúde Norte, 2009. [consultado em 14-12-2014]. Disponível em [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro\\_CRDC.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro_CRDC.pdf)
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Abuso e violência contra o pessoal de enfermagem – Tomada de posição,** 2006. [consultado em 03-03-2015]. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_TomadadePosicao\\_versaoINGePT/TP\\_versaoPT/25\\_AbuseViolenceVSNsgPersonnel.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadadePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/25_AbuseViolenceVSNsgPersonnel.pdf)
- CONTRERA-MORENO, L. E., CONTRERA-MORENO, M. - **Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 57, nº 6. (2004). p. 746-749. [consultado em 28-04-2014] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a24.pdf>
- COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa - **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano do trabalho no sector de emergência e urgência clínica em um hospital público.** Ribeirão Preto: [s.n.], 2005. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. [consultado em 05-04-2014] Disponível em [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/FILOSOFIA/Teses/Costa\\_ALRC.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/FILOSOFIA/Teses/Costa_ALRC.pdf)
- DAHLBERG, L., KRUG, E. – **Violência: um problema global de saúde pública.** Ciências e Saúde Coletiva. Brasil. (2007). nº 11. p.1163-1178.

- [consultado em 09-06-2015] Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>
- DEEB, M. - **Workplace Violence in the Health Sector: Lebanon Country Case Study.** Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, 2003. p. 1-33. [consultado em 09-06-2015] Disponível em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/en/wpv\\_lebanon.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/wpv_lebanon.pdf)
  - DELORY-MOMGERGER, C. – **Les histoires de vie: de l'invention de soi au projet de formation.** Paris: Anthropos, 2008
  - EINARSEN, S. - **Harassment and bullying at work: a review of the scandinavian approach.** Aggression and violent behavior, Elsevier Science Limited. (2000). Vol. 5. Issue 4. p. 379-401
  - EMERGENCY NURSES ASSOCIATION – **Position Statement Autonomous Emergency Nursing Practice.** Emergency Nurses Association. (2005). [consultado em 29-05-2015] Disponível em [https://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Archived/Autonomous\\_Emergency\\_Nursing\\_Practice\\_-\\_ENA\\_PS.pdf](https://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Archived/Autonomous_Emergency_Nursing_Practice_-_ENA_PS.pdf)
  - FERNANDES, C. M., Tanabe P., et al. - **Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force.** Journal of Emergency Nursing. (2005). Vol. 31. Issue 1. p. 39-50
  - FERRINHO et al. - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO GARCIA D'ORTA – **Violência no local de trabalho no sector da saúde – Estudos de caso portugueses.** Relatório Final. [s. n.], 2002. [consultado em 03-03-2015] Disponível em [www.dgs.pt/ficheiros.../violencia-violencia-no-local-de-trabalho-pdf.asp](http://www.dgs.pt/ficheiros.../violencia-violencia-no-local-de-trabalho-pdf.asp)
  - FILHO, L. - **Violência num hospital de urgência no Brasil – Natal/Rio de Janeiro.** Natal/Rio de Janeiro [s.n.], 2009. 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. [consultado em 03-03-2015] Disponível em [HTTP://REPOSITORIO.UFRN.BR:8080/JSPUI/BITSTREAM/123456789/14685/1/LUISAMF\\_DISSERT.PDF](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14685/1/LUISAMF_DISSERT.PDF)

- FONSECA, Ana Paula – **Saúde do trabalhador: A violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar**. Rio de Janeiro – Brasil. [s.n.], 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. [consultado em 13-08-2015] Disponível em <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2012/ana-paula-lobes-de-abreu-da-fonseca>
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lusodidacta. Loures, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **Triagem de Manchester**, 2002. [consultado em 15-05-2015] Disponível em <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/index.php/component/content/article/14-conteudos/91-historia-da-triagem-de-manchester>
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – **Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando**. Amadora, 2009. ISBN 978-989-96652-0-0
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Estatísticas do pessoal de saúde- Enfermeiros por local de trabalho e sexo**. (2013). Última atualização Abril de 2015. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. [consultado em 13-06-2015] Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrC od=0008198&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrC od=0008198&contexto=bd&selTab=tab2)
- ISERSON, K. V. and Moskop J. C. - **Triage in medicine, part I: Concept, history, and types**. The American Journal of Emergency Medicine. Argentina. (2004). Vol. 49. Issue 3. p. 275-281. [consultado em 15-04-2015] Disponível em [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(06\)00704-9/pdf](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(06)00704-9/pdf)
- KEVIN, M. J. - **Emergency Triage Manchester Triage Group**. United Kingdom: Plymouth, 1997

- KEVIN, M. J., JANET, M., et al. - **Emergency Triage Manchester Triage Group**. United Kingdom: Oxford, 2006
- KRUG, E. G. et al. - **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002
- LEI CONSTITUCIONAL Nº 1/2005 de 12 de Agosto. Diário da República, I Série. 155. p. 4642-4686
- MACPHAIL, E. - **Panorâmica da enfermagem de urgência**. In SHEELY, Susan – Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9
- MAGNAGO, Tânia - **Uma reflexão crítica sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em uma unidade de pronto atendimento**. Florianópolis. [s.n.], 2002. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/83743/188334.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso a 15 de Março de 2015
- MALDONADO, T. and AVNER, J. R. - **Triage of the pediatric patient in the emergency department: are we all in agreement?** Official Journal of the American Academy of Pediatrics. (2004). Vol.114. Issue 2. p. 356-360
- MARQUES, Patrícia - **O Assédio Moral na Enfermagem contributos para a gestão organizacional**. Viana do Castelo. [s.n.], 2014. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde. [consultado em 05-06-2015] Disponível em [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1232/1/Patr%C3%ADcia\\_Marques.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1232/1/Patr%C3%ADcia_Marques.pdf)
- MELEIS, A. et al. - **Experiencing transitions: an emerging middle range theory**. Advances in Nursing Science. (2000). Vol. 23. Issue 1. p.12-28 [consultado em 05-04-2015] Disponível em <http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780323056410/Chapter%2020.pdf>
- MINAYO, M.C.S - **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e colectiva**. Rio de Janeiro. (2007). EAD/ENSP, p.24-35

- MINAYO, M.C.S. - **Violência como indicador de qualidade de vida.** Acta Paulista Enfermagem. (2000). Vol.13, nº especial. p.159-180
- MOREIRA, Cátia Tatiana Pinto – **Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester. Que realidade?** Porto: [s.n.], 2010. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina. [consultado em 29-05-2015] Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>
- NAKAMURA A.P., Fernandez, R.A. - **Assédio moral.** Aletheia, 2004. [consultado em 16-04-2014] Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>
- NATIONAL AUDIT OFFICE – **A saffer place to work – protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and aggression.** Report by the Comptroller and Auditor General. HC Session 2002-2003. London: The Stationery Office. (2003). [consultado em 14-04-2015] Disponível em <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2003/03/0203527.pdf>
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPACIONAL SAFETY AND HEALTH - **Violence in the workplace,** 2002. [consultado em 25-04-2014] Disponível em <http://www.cdc.gov.niosh/violcont.html>
- NUNES, Fernando – **Tomada de Decisão de Enfermagem de Emergência.** Lisboa: Nursing. (2007). nº 219 Março. ISSN 0871-6196
- OLIVEIRA, D. - **As urgências exigem motivação pessoal e profissional.** Lisboa: Nursing. (1999). p. 13-16
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfemagem – Enquadramento conceptual enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [consultado em 22-02-2015] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Preparação e administração de terapêutica - Parecer Conjunto do Conselho de Enfermagem e Jurisdicional Nº 3/2010,** 2010. [consultado em 22-02-2015] Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CE\\_CJ\\_3\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE_CJ_3_2010.pdf)

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [consultado em 17-11-2014] Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.** Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (1996) [consultado em 22-02-2015] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [consultado em 29-05-2015] Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Seguro de Acidentes Pessoais contra agressões no local de trabalho.** (2014). [consultado em 10-07-2015] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Ordem-dos-Enfermeiros-assegura-Seguro-de-Acidentes-Pessoais-contra-agressoes-no-local-de-trabalho.aspx>
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [consultado em 29-04-2014] Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- **ORDEM DOS MÉDICOS, SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - Transportes de Doentes Críticos Recomendações.** Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008. [consultado em 14-04-2014] Disponível em [http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764_miolo.pdf)
- **ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA**

SALUD Y INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS - **Diretrizes marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.** Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra, 2002. ISBN: 92-2-313 446-3 [consultado em 19-04-2014] Disponível em [http://www.femi.com.uy/archivos\\_v/WVguidelinesSP.pdf](http://www.femi.com.uy/archivos_v/WVguidelinesSP.pdf)

- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO - **Programa de Actividades Sectoriales - Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla.** Ginebra, 2003. [consultado em 11-04-2015] Disponível em [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112578.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Informe mundial sobre la violência y la salud.** Washington: Organização Mundial da Saúde, 2002
- PEGO, Zaida Moreira dos Santos Chieira Mariano - **Qualidade dos Serviços de Urgência – A Perspectiva dos Utentes.** Coimbra [s.n.], 1998. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO** de 06/01/2010. Lisboa: DGS. (2010)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Circular Normativa nº15/DQS/DQCO de 22/06/2010.** Lisboa: DGS. (2010). [consultado em 10-03-2015] Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16316>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar.** Circular Normativa N° 15/DQS/DQCO data 22/06/2010. Lisboa: DGS (2010)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Observatório Nacional de Violência contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho.** Lisboa: DGS. (2006). Direcção-Geral da Saúde. [consultado em 25-04-2014] Disponível em <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: Mais Saúde para Todos. Volume II, Orientações Estratégicas**. Lisboa: DGS (2004)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Protocolos de Triagem de Prioridades em Urgência**. Circular Informativa nº 52/DSPCS, de 04 de Outubro de 2005. Lisboa: DGS. (2006)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Relatório da CRRNEU. **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência**. Lisboa: DGS. (2012)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. **Recomendações sobre a organização dos espaços do Serviço de Urgência**. Lisboa: DGS. (2007). [consultado em 10-04-2015] Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. **Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência**. Lisboa: DGS. (2001)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata**. Norma nº 002/2015. Lisboa: DGS. (2015). [consultado em 19-05-2015] Disponível em [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0022015-de-06032015-pdf.aspx&ei=DaxbVd-KLcf8UJ-NgLgN&usg=AFQjCNEvbrOxsTL\\_dIU5cKBPgmtgu8sYSg&sig2=fITshNMIZ\\_JXOONwQKVPsw&bvm=bv.93756505,d.ZGU](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0022015-de-06032015-pdf.aspx&ei=DaxbVd-KLcf8UJ-NgLgN&usg=AFQjCNEvbrOxsTL_dIU5cKBPgmtgu8sYSg&sig2=fITshNMIZ_JXOONwQKVPsw&bvm=bv.93756505,d.ZGU)
- PORTUGAL. Ministério Público. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. (2007). Lei n.º 51/2007 de 31 de Agosto. Define os objectivos, prioridades e orientações de política criminal para o biénio de 2007-2009, em cumprimento da Lei n.º 17/2006, de 23 de Maio, que aprova a Lei Quadro da Política Criminal
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. - **Relatório de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde**,



referente ao Ano de 2007. Lisboa: DGS, 2008. [consultado em 10-10-2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.asp>

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. - **Relatório de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde, referente ao Ano de 2008**. Lisboa: DGS. (2009). [consultado em 10-10-2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.asp>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. - **Relatório de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde, referente ao Ano de 2009**. Lisboa: DGS. (2010). [consultado em 10-10-2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.asp>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. - **Relatório de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde, referente ao Ano de 2010**. Lisboa: DGS. (2011). [consultado em 10-10-2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.asp>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. - **Relatório de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde, referente ao Ano de 2011**. Lisboa: DGS. (2012). [consultado em 10-10-2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.asp>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. - **Relatório Técnico da Notificação *on-line* de Violência contra Profissionais de Saúde – 2012**. Lisboa: DGS. (2013). [consultado em 10-10-2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.asp>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. - **Relatório Técnico da Notificação *on-line* de Violência contra Profissionais de Saúde – 2013**. Lisboa: DGS. (2014). [consultado em 10-10-2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.asp>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. - **Relatório Técnico da Notificação *on-line* de Violência contra Profissionais de Saúde – 2014**.

Lisboa: DGS. (2015). [consultado em 10-10-2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.asp>

- RIBEIRO, José Luís Pais - **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 3ª Ed. Legis Editora, 2010. ISBN: 9789898148469
- SCOBLE, M. - **Implementing triage in a children's assessment unit**. Nursing Standard. (2004). Vol. 18 Issue 34. p. 41-44. [consultado em 05-08-2015] Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/225a56f98f1ebe8565070fea8769eebd/1?pq-origsite=gscholar>
- SHEEHY, S. - **Enfermagem de urgência: Da teoria à prática**. 4ª Ed. Loures: Lusociência, 2001
- SILVA, Ângela Gonçalves da – **A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental**. Curitiba: [s.n.], 2011. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná
- SILVA, D., MARZIALE, M. - **Condições de trabalho versus absenteísmo – doença no trabalho de enfermagem**. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá. (2006). Vol. 5. nº suplementar. p. 166-172 [consultado em 29-10-2015] Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5187/3355>
- SILVA, Lúcia Maria Ribeiro Moreira Martins da – **Riscos ocupacionais e qualidade de vida no trabalho em profissionais de enfermagem**. Lisboa [s.n.], 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta
- SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES - **Risco, Penosidade e Insalubridade - uma realidade na profissão de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2000. ISBN: 972-95420-4-X
- SOERENSEN, A. et al. - **Atendimento pré-hospitalar móvel: fatores de risco ocupacionais**. Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro (2008) Vol. 2 nº 16, p.187-192
- SOUTO-RAMOS, Ana Isabel - **Aclaraciones sobre los sistemas de triaje en urgencias. El sistema de triaje Manchester**. Enfermería Clínica. Ourense,

España. (2008) Vol. 18, nº 5, p. 284-286. ISSN :1130-8621 [consultado em 15-04-2015] Disponível em <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-13126766-S300>

- SOUZA, Edinilza et al.- **Violência, orientações para os profissionais da atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro, 2013. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Cadernos de monitoramento epidemiológico e ambiental. Caderno nº 3 [consultado em 02-12-2014] Disponível em [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_469588428.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_469588428.pdf)
- STAINES, Richard - **An end to violence?** Nursing Times. United Kingdom (2009). [consultado em 13-08-2015] Disponível em <http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/acute/an-end-to-violence/5001440.article>
- TALAS, M. et al. - **A Survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Department in Ankara, Turkey** - Asian Nursing Research. (2011) Vol. 5. Issue 4. p. 197-203. [consultado em 13-08-2015] Disponível em [http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(11\)00024-7/pdf](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(11)00024-7/pdf)
- VASCONCELLOS, I. et al. - **Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do Serviço de Pronto Atendimento Hospitalar**. Porto Alegre. (2012). Revista Gaúcha de Enfermagem. p. 167-175. [consultado em 13-08-2015] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/24.pdf>

**APÊNDICES**

**145**







Joana Andreia Campos Correia, enfermeira, encontra-se a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O tema do trabalho de investigação é “Violência no trabalho dos enfermeiros no Serviço de Urgência” e tem por objetivo compreender o fenómeno de violência no trabalho a que os enfermeiros nos serviços de urgência médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país estão expostos, podendo assim compreender este fenómeno tendo em conta as situações vividas pelos próprios.

A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho tem-se revelado um problema generalizado, estimando-se que 50% dos profissionais de saúde sofram pelo menos um episódio de violência física ou psicológica por ano, o que origina consequências a nível individual, institucional e social.

Como tal, deseja-se obter o seu consentimento para incluí-lo neste estudo, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados e respeitando os princípios éticos e deontológicos que norteiam a pesquisa científica e a profissão de Enfermagem. Caso não deseje participar, terá a liberdade de o fazer tanto no início como a qualquer momento ao longo do decorrer do estudo sem qualquer prejuízo para si próprio. Solicita-se assim a elaboração de um documento escrito (relato) onde seja narrada a sua experiência relativamente ao fenómeno da violência no trabalho ou seja, alguma situação concreta que já tenha vivenciado.

Agradece-se desde já a sua colaboração, Joana Correia

-----

Consinto livremente em participar neste estudo. Fui esclarecido sobre o objetivo do estudo, do modo como terei de colaborar e fui ainda esclarecido sobre todos os aspetos que considero importantes.

Declaro que aceito participar nesta investigação, narrando a minha experiência.

Local \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O participante,

-----









## EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A violência no local de trabalho dos enfermeiros no Serviço de Urgência ameaça a saúde física e psíquica do trabalhador, bem como compromete a qualidade dos cuidados de enfermagem. É assim urgente a garantia de um ambiente de trabalho seguro e tratamento respeitoso para estes os profissionais.

A violência no trabalho caracteriza-se por um conjunto de comportamentos negativos (ameaças, gritos, insultos, injúrias, agressões físicas, destruição de bens pessoais) que atentam a dignidade e a integridade física e psicológica do trabalhador.

O objetivo geral deste trabalho de investigação é compreender o fenómeno de violência no trabalho a que os enfermeiros nos serviços de urgência médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país estão expostos. Pretende-se assim conhecer a situação da violência laboral no que concerne à sua frequência, afetação à saúde, notificação dos casos de violência, quais os tipos de agressores mais frequentes, consequências da violência e sugestões para diminuir os problemas de violência no trabalho.

Solicita-se ao participante que já tenha sido agredido a descrição de tudo o que considere relevante e que aborde os seguintes pontos:

- Características pessoais: tipo de personalidade, idade, género, habilitações, anos de experiência profissional em serviço de saúde, relação com outros profissionais de saúde, apoio de testemunhas/colegas;
- Características institucionais: instalações físicas da urgência, tempos de espera por atendimento, presença/ausência de polícia ou segurança, câmaras de videovigilância, existência de porta de segurança automática, resposta da Instituição após notificação de casos;
- Características do agressor: género, faixa etária, tipo de agressor (se é doente ou acompanhante);
- Situações de violência vividas: se físicas ou psicológicas (inclui verbal), o que terá despoletado, local mais frequente de agressões (triagem, corredores, outras áreas),

atuação da polícia/segurança, hábitos de notificação, frequência das agressões, período do dia (noite/dia), sugestão de medidas para diminuir casos de violência, reacção Institucional face à violência;

- Consequências da violência a nível pessoal: físico, psicológico, na sociedade e no ambiente familiar;
- Consequências da violência a nível laboral: desempenho do profissional e colegas, ambiente de trabalho, absentismo, pedido de transferência de Serviço ou despedimento.

Como critérios para participar neste estudo realçamos ser necessário que os enfermeiros trabalhem em serviços de urgência médico-cirúrgicos de hospitais da região norte do país, tenham mais de dois anos de experiência profissional em contexto de serviço de urgência, laborem por turnos rotativos, todos os dias da semana e em todas as valências dos serviços de urgência.

Solicita-se o envio por correio eletrónico, no prazo de um mês, de um relato que aborde os pontos acima mencionados.

Obrigado pela sua compreensão, colaboração e acima de tudo pela sua ajuda na luta contra a violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência.

A mestrandia, Joana Andreia Campos Correia

Coloco-me à sua disposição para esclarecimento de dúvidas.

Contacto eletrónico: [enfjoanacorreia@gmail.com](mailto:enfjoanacorreia@gmail.com)





<b>ÁREA TEMÁTICA: ELEMENTO VÍTIMA</b>	
<b>Subcategoria</b> / <b>Categoria</b>	<b>Caraterização individual (personalidade)</b>
<b>Calmo</b>	R2: “Considero-me calmo (...)” R4: “Caraterísticas pessoais: calma (...)” R5: “Considero-me uma pessoa com personalidade calma (...)” R6: “Sempre com atitude calma e proativa.” R11: “Gosto do que faço e do Serviço onde trabalho, tenho uma personalidade calma, e sou uma pessoa dinâmica, divertida e trabalhadora.”
<b>Compreensivo</b>	R4: “Caraterísticas pessoais: (...) compreensiva (...)”
<b>Observador</b>	R3: “Considero-me uma pessoa observadora e por vezes com postura ativa no SU de certa forma para evita conflitos com familiares ou doentes quando sou abordada agressivamente por parte destes, o que penso ser por defesa da minha parte por já ter alguma experiência de SU.” R11: “Gosto do que faço e do Serviço onde trabalho, tenho uma personalidade calma, e sou uma pessoa dinâmica, divertida e trabalhadora.”
<b>Tolerante</b>	R4: “Caraterísticas pessoais: (...) tolerante (...)”
<b>Ponderado</b>	R5: “Considero-me uma pessoa com personalidade calma e ponderada.”
<b>Impulsivo</b>	R9: “Trabalhei no internamento e sinto que desde que estou no SU sou mais impulsiva, tenho menos paciência (...)”
<b>Frontal</b>	R10: “Considero-me perfeccionista e frontal.”
<b>Subcategoria</b> / <b>Categoria</b>	<b>Caraterização profissional</b>
<b>Perfeccionista</b>	R2: “Considero-me calmo e perfeccionista.” R10: “Considero-me perfeccionista e frontal.”
<b>Altivo</b>	R3: “Considero-me uma pessoa observadora e por vezes com postura ativa no SU de certa forma para evita conflitos com familiares ou doentes quando sou abordada agressivamente por parte destes, o que penso ser por defesa da minha parte por já ter alguma experiência de SU.”
<b>Proativo</b>	R6: “Sempre com atitude calma e proativa.”
<b>Menos paciente</b>	R9: “Trabalhei no internamento e sinto que desde que estou no SU sou mais impulsiva, tenho menos paciência (...)”
<b>Dinâmico</b>	R11: “Gosto do que faço e do Serviço onde trabalho, tenho uma personalidade calma, e sou uma pessoa dinâmica, divertida e trabalhadora.”
<b>Trabalhador</b>	R11: “Gosto do que faço e do Serviço onde trabalho, tenho uma personalidade calma, e sou uma pessoa dinâmica, divertida e trabalhadora.”
<b>Subcategoria</b> / <b>Categoria</b>	<b>Natureza da violência</b>
<b>Física</b>	R1: “Aproximei-me da utente e nesse momento na presença de todos a a mesma deu-me um estalo agressivamente.” R2: “Já fui agredido fisicamente por um familiar de um doente esquizofrénico (...)” R6: “O episódio mais crítico terminou com uma agressão física sobre a minha pessoa.” R7: “O indivíduo subitamente levanta-se da cadeira de rodas e agrediu-me com um murro no peito de grande violência (...)” R9: “Ao ver o que estava a acontecer, a segurança soltou uma das mãos da senhora para conseguir afastar a cara dela, e ela deu-me um estalo.” R12: “Fui agredido fisicamente no antebraço esquerdo quando fui”



	<p>socorrer uma colega e o segurança que estavam a ser agredidos física e verbalmente por um cliente e pela esposa na triagem.”</p>
<b>Psicológica</b>	<p>R3: “A vez que mais me marcou e sofri violência psicológica (verbal e ameaças) e que até hoje melhor me recordo foi numa noite, num fim de semana, que houve um jogo de futebol Porto-Benfica e recorreram ao SU depois do jogo vários indivíduos alcoolizados, em que um especificamente quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes com palavrões e que lá fora me ia apanhar e que me ia furar os pneus do carro (...)”</p> <p>R4: “Nunca tive nenhum caso de violência física, mas violência psicológica é constantemente, para não dizer diariamente (...) Vou relatar um caso em que a violência psicológica foi mais marcante para mim. Num turno da manhã quando abordei um médico para pedir ajuda para observar um doente (que por acaso era familiar de um colega), fui insultada e humilhada verbalmente.”</p> <p>R5: “Da minha experiência pessoal posso apenas dizer que fui apenas agredida verbalmente (...)”</p> <p>R8: “Das situações que não esqueço, porque me marcou e vai estar presente em toda a minha vida, ocorreu na noite de 30 de Abril para 1 de Maio de 2006 encontrava-me a trabalhar no serviço de Urgência e fui confrontada com uma situação inexplicável e aterrorizadora. Um grupo de 20 ciganos encapuçados e armados com caçadeiras, recorreram ao Serviço de Urgência, traziam dois feridos graves, situação ocorrida durante um assalto a uma caixa de multibanco.”</p> <p>R10: “O doente continuou sempre a insultar-me e frente a todos os doentes, pedi para se conter e acalmar, pois tinha de terminar a triagem e colocar-lhe a pulseira de identificação com a respetiva cor da prioridade.”</p> <p>R11: “Após ter feito a inscrição, chamei a criança, fiz a triagem e atribuí-lhe a prioridade correspondente (e a mãe sempre a insultar-me). Terminada a triagem, encaminhei o utente para a devida sala de espera da pediatria. Entretanto, chamo a pessoa seguinte para triar e no decorrer dessa triagem, entra a mesma senhora e ameaça-me: “Quando te apanhar lá fora, vou-te matar de porrada (...) vais sentir no corpo a tarefa da mulher cigana (...)”</p>
<b>Subcategoria</b>	<b>Consequências da violência</b>
<b>Físicas (hematoma, dor, cefaleia)</b>	<p>R2: “Fiquei com um hematoma na região periorbitária direita e com cefaleia (...) Fiz gelo nos 1ºs 2 dias e analgésicos durante 4 dias (...)”</p> <p>R12: “Fiz Rx e analgesia, mas tive que continuar o turno da noite, apesar das dores intensas e de psicologicamente não reunir as melhores condições.”</p>
<b>Psicológicas (perturbação, stress, desgaste emocional, insegurança, receio de agressão física, ansiedade, angústia, tristeza, medo, impaciência, receio pela segurança, nervosismo)</b>	<p>R4: “(...) provoca <i>stress</i> e desgaste emocional e por vezes interfere no ambiente familiar, pelo facto de nos sentirmos perturbados e não temos a mesma disponibilidade para os familiares (...)”</p> <p>R5: “Apesar da insegurança e temer a agressão física, afeta-me particularmente psicologicamente (...) Gosto muito de trabalhar no SU mas no presente sinto insegurança e ansiedade o que se reflete na minha prática.”</p> <p>R6: “Muito maior que a dor provocada pela agressão, o medo de nova agressão e retaliação foi enorme. Andei dias nos corredores com medo que o individuo surgisse por entra as cortinas, ou atrás de uma das muitas portas que temos no serviço. Em casa passei noites e pensar no assunto, principalmente porque nada foi feito para potenciar aquele ato. Por medo de retaliações não foi apresentada qualquer queixa formal na polícia. Todo o acontecimento já foi por si só traumatizante (...)”</p> <p>R8: “Resta-me expressar, que em toda a minha vida pessoal e profissional e com 28 anos de Serviço de Urgência, nunca me senti com tanta insegurança, medo e desprotegida (...)”</p>

	<p>R9: “Trabalhei no internamento e sinto que desde que estou no SU sou mais impulsiva, tenho menos paciência, sinto mais pressão e, por vezes, acabo por descontar em pessoas que não têm nada a ver com o assunto, quer utente que são atendidos posteriormente, quer a minha família. “</p> <p>R10: “Com esta situação senti-me angustiada, triste, com medo por o doente depois ficar fora do SU a aguardar consulta e poder estar fora para me agredir, uma vez que eu terminava o meu turno às 0 horas, por medo fui acompanhada até ao meu carro por 2 colegas enfermeiros. A nível familiar notou-se que fiquei mais em baixo e impaciente.”</p> <p>R11:” Nesse dia, o meu turno terminava às 24 horas e não conseguia sair sozinha, pois havia imensos ciganos à porta da urgência, tive de pedir ao meu marido para me vir buscar ao trabalho e durante dias ainda tive receio pela minha segurança, sentia-me nervosa e até mesmo com medo.”</p> <p>R12: “Fiz Rx e analgesia, mas tive que continuar o turno da noite, apesar das dores intensas e de psicologicamente não reunir as melhores condições.”</p>
<b>Necessidade de se ausentar do serviço</b>	<p>R1: “Acho que o profissional deveria estar habilitado a poder se ausentar naquele momento das suas funções, mas não o faz e tem de encarar todo um serviço e utentes. Talvez se houvesse mais absentismo por este motivo, agressão, por parte dos profissionais talvez os responsáveis institucionais tomassem a consciência do problema.”</p> <p>R2: “(...) mas continuei a trabalhar (era um sábado e estava a fazer turno da noite).”</p> <p>R3: “A nível laboral nunca faltei ao trabalho ou sequer pedi transferência de Serviço por esta situação ou pelos riscos a que estamos sujeitos, no entanto admito que também não tenho por hábito notificar o que assisto ou os casos em que me agridem verbalmente (talvez por me ter habituado a distanciar-me e a desvalorizar e a fingir que não ouço) (...)”</p> <p>R4: “Senti-me perturbada mas continuei o dia de trabalho (...)”</p> <p>R12: “Fiz Rx e analgesia, mas tive que continuar o turno da noite, apesar das dores intensas e de psicologicamente não reunir as melhores condições.”</p>
	<b>ÁREA TEMÁTICA: ELEMENTO AGRESSOR</b>
<b><u>Categoria</u></b>	<b><u>Caraterização do agressor</u></b>
<b><u>Subcategoria</u></b>	
<b>Doente</b>	<p>R1: “Seguidamente triei a namorada que aparentemente estava mais embriagada do que o rapaz. A jovem não tendo um comportamento correto tentei que esta se mantivesse calma pois estava a desacatar quem estava no serviço, para o efeito pedi ao namorado para entrar na tentativa de acalmar. Aproximei-me da utente e nesse momento na presença de todos a mesma deu-me um estalo agressivamente.”</p> <p>R3: “(...) vários indivíduos alcoolizados, em que um especificamente quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes com palavrões e que lá fora me ia apanhar e que me ia furar os pneus do carro (...)”</p> <p>R6: “O indivíduo de etnia cigana, que ainda esperava atendimento médico, dentro dos tempos normais de espera estava constantemente a reclamar e a implorar que alguém o atendesse.”</p> <p>R7: “Um indivíduo é trazido pelos bombeiros por suposta crise convulsiva. Tratava-se de um indivíduo conhecido por “ter ataques” e ele próprio se classificava como “Bruxo”. ”</p> <p>R9: “(...) durante uma noite, uma doente que tinha ficado em observação</p>

	<p>estava a tentar sair da maca e eu e uma colega fomos ter com ela para tentar evitar que saísse.”</p> <p>R10: “Sofri violência física e psicológica – verbal, o que terá despoletado foi 1 doente que recorreu ao SU (...)”</p> <p>R12: “Fui agredido fisicamente no antebraço esquerdo quando fui socorrer uma colega e o segurança que estavam a ser agredidos física e verbalmente por um cliente (...)”</p>
<b>Familiar</b>	<p>R2: “Já fui agredido fisicamente por um familiar de um doente esquizofrénico que entrou no SU descompensado (...) pai, na casa dos 60 anos, desesperado com a situação (...)”</p> <p>R5: “Da minha experiencia pessoal posso apenas dizer que fui apenas agredida verbalmente com insultos principalmente pelos familiares maioritariamente mulheres (...)”</p> <p>R11: “Uma noite de semana estava a triar um utente adulto quando entra pela sala de triagem uma senhora de etnia cigana com cerca de 30anos com uma criança (filho) ao colo gritando (...)”</p>
<b>Acompanhante</b>	R8: “Um grupo de 20 ciganos encapuçados e armados com caçadeiras, recorreram ao Serviço de Urgência, traziam dois feridos graves (...)”
<b>Profissional de saúde</b>	R4: “Num turno da manhã quando abordei um médico para pedir ajuda para observar um doente (que por acaso era familiar de um colega), fui insultada e humilhada verbalmente.”
<b><u>Categoria</u></b>	<b><u>Tipo de comportamento</u></b>
<b><u>Subcategoria</u></b>	
<b>Estalo</b>	<p>R1: “Aproximei me da utente e nesse momento na presença de todos a mesma deu-me um estalo agressivamente (...)”</p> <p>R6: “O episódio mais crítico terminou com uma agressão física sobre a minha pessoa. Indignado e revoltado descarregou toda a sua ira num estalo certoiro.”</p> <p>R9: “Ao ver o que estava a acontecer, o segurança soltou uma das mãos da senhora para conseguir afastar a cara dela, e ela deu-me um estalo.”</p>
<b>Murro</b>	<p>R2: “(...) desesperado com a situação dá-me um murro na cara por pensar que estávamos a agredir o filho. Fui agredido completamente sem contar (...)”</p> <p>R7: “O indivíduo subitamente levanta-se da cadeira de rodas e agrediu-me com um murro no peito de grande violência (...)”</p>
<b>Insulto</b>	<p>R3: “(...) quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes com palavrões (...)”</p> <p>R4: “Num turno da manhã quando abordei um médico para pedir ajuda para observar um doente (que por acaso era familiar de um colega), fui insultada e humilhada verbalmente.”</p> <p>R5: “Da minha experiencia pessoal posso apenas dizer que fui apenas agredida verbalmente com insultos (...)”</p> <p>R10: “Entretanto o doente foi para o corredor do SU e começou a insultar-me (“esta p#ta pensa que manda nesta m#rda?!”) O doente</p>

	<p>continuou sempre a insultar-me e frente a todos os doentes (...)"</p> <p>R11: "Terminada a triagem anterior, fui observar a criança, mas a mãe continuava a insultar-me e não dizia o que a criança tinha e também nem me deixava falar (...)"</p> <p>R12: "Veio a polícia, foi também insultada e apresentou queixa."</p>
<b>Ameaça</b>	<p>R3:" A vez que mais me marcou e sofri violência psicológica (verbal e ameaças) e que até hoje melhor me recordo foi numa noite, num fim de semana, que houve um jogo de futebol Porto-Benfica e recorreram ao SU depois do jogo vários indivíduos alcoolizados, em que um especificamente quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes com palavrões e que lá fora me ia apanhar e que me ia furar os pneus do carro (...)"</p> <p>R8: "Das situações que não esqueço, porque me marcou e vai estar presente em toda a minha vida, ocorreu na noite de 30 de Abril para 1 de Maio de 2006 encontrava-me a trabalhar no serviço de Urgência e fui confrontada com uma situação inexplicável e aterrorizadora. Um grupo de 20 ciganos encapuçados e armados com caçadeiras, recorreram ao Serviço de Urgência, traziam dois feridos graves, situação ocorrida durante um assalto a uma caixa de multibanco."</p> <p>R11: "Entretanto, chamo a pessoa seguinte para triar e no decorrer dessa triagem, entra a mesma senhora e ameaça-me: "Quando te apanhar lá fora, vou-te matar de porrada (...) vais sentir no corpo a tarefa da mulher cigana (...)"</p>
<b>Humilhação</b>	<p>R4: "Num turno da manhã quando abordei um médico para pedir ajuda para observar um doente (que por acaso era familiar de um colega), fui insultada e humilhada verbalmente."</p>
<b>Gritos</b>	<p>R11: "Disse à senhora que tinha de esperar que eu acabasse a triagem que estava a efetuar e que depois falaria com ela e observaria a criança. A dita senhora ainda gritou mais alto comigo e não abandonou a porta da sala de triagem (onde estava o outro utente a ser triado)."</p>
<b><u>Categoria</u></b>	<b><u>Reação após o conflito</u></b>
<b><u>Subcategoria</u></b>	
<b>Arrependimento</b>	<p>R2: "Após a situação do doente estar estabilizada e de eu pedir para ser chamada a polícia para identificar o agressor a fim de apresentar queixa, este dirige-se a mim, com lágrimas nos olhos e pede-me desculpa pelo sucedido, dizendo que estava em desespero e em exaustão por não conseguir cuidar do filho (...) O agressor pediu-me imensas vezes desculpa (...)"</p>
<b>Acusou os profissionais de agressão</b>	<p>R10: "Entretanto chegou a polícia, afastei-me para diminuir conflitos e evitar mais e com a polícia o doente ficou mais calmo, mas acusou os profissionais de terem iniciado as agressões."</p>
<b>Mantém agressão</b>	<p>R3: "(...) logo o polícia nada fez, limitou-se a observar o indivíduo enquanto o tratava e este me insultava, dizendo apenas o polícia para o doente se calar, mas em vão."</p>

<u>Subcategoria</u>	<u>Categoria</u>	<u>Motivo da agressão</u>
<b>Embriaguez</b>		R1: “(...) embriagados mas consciente e orientados (...) Seguidamente triei a namorada que aparentemente estava mais embriagada do que o rapaz (...)”  R3: “(...) recorreram ao SU depois do jogo vários indivíduos alcoolizados, em que um especificamente quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes com palavrões (...)”
<b>Imobilização</b>		R2: “Já fui agredido fisicamente por um familiar de um doente esquizofrênico que entrou no SU descompensado e para evitar que ele próprio atentasse contra a sua e a segurança dos outros, eu mais 2 colegas e o segurança deitámo-lo numa maca para lhe imobilizar-mos mãos e pés.”
<b>Prioridade atribuída</b>		R5: “Da minha experiencia pessoal posso apenas dizer que fui apenas agredida verbalmente (insultos) principalmente pelos familiares maioritariamente mulheres e principalmente na triagem e após a atribuição de prioridade não urgente.”
<b>Tempo de espera</b>		R6: “Nesta reavaliação foi-lhe explicado que a situação dele era considerada pouco urgente e como tal teria de se submeter ao tempo de espera dos doentes triados com a mesma cor e subconsequentemente esperar.”
<b>Preocupação com doentes feridos</b>		R8: “Um grupo de 20 ciganos encapuçados e armados com caçadeiras, recorreram ao Serviço de Urgência, traziam dois feridos graves (...)”
<b>“Favor” de uma profissional de saúde da Instituição</b>		R10: “Sofri violência física e psicológica – verbal, o que terá despoletado foi 1 doente que recorreu ao SU por uma “cunha” de uma profissional de saúde da Instituição (...)”
<b>Necessidade de inscrição para triagem</b>		R11: “Terminada a triagem anterior, fui observar a criança, mas a mãe continuava a insultar-me e não dizia o que a criança tinha e também nem me deixava falar, continuando aos gritos sem sequer ter feito a inscrição nos administrativos da urgência. Expliquei-lhe que teria de fazer a inscrição primeiro (...)”
<b><u>ÁREA TEMÁTICA: INSTITUIÇÃO</u></b>		

<u>Subcategoria</u>	<u>Categoria</u>	<u>Organização física do SU</u>
<b>Instalações adequadas</b>		R2: “SU com boas instalações, relativamente recente (...) Separado por áreas de grandes dimensões.”  R3: “Hospital de grandes dimensões, áreas bem delimitadas (...)”
<b>Instalações deficitárias</b>		R4: “Serviço de urgência de pequenas dimensões, (médico- cirúrgica) (...)”  R5: “Relativamente à estrutura física desta Instituição é bastante antiga e sem grandes condições de segurança. Sendo uma urgência pequena não existe separação por áreas, e a sala de espera dos doentes com prioridade urgente (amarela) é no corredor, local de passagem constante dos

	<p>profissionais de saúde.”</p> <p>R6: “Laboramos num serviço em que as salas de espera coincidem com as zonas de trabalho...”</p> <p>R7: “Trata-se de um SU com instalações antigas.”</p> <p>R8: “As características do meu serviço, foram e são ainda muito vulneráveis, devido às instalações antigas deste edifício centenário que recentemente sofreu obras de remodelação, no entanto, existem atenuantes (...)”</p> <p>R9: “O SU não está dividido fisicamente por áreas, por exemplo: área amarela ou área laranja. Sendo assim, não há uma separação física efetiva dos doentes tendo em conta a sua prioridade. O SU é então composto por diversas salas: emergência, pequena cirurgia, tratamento...mas na realidade, após o atendimento médico não existe separação dos doentes pela prioridade (...)”</p> <p>R10: “Este SU apresenta más instalações físicas (...) sem um metro entre camas de 1 doente para outro, sem quartos de isolamento, gabinetes sem segurança, apenas 1 extintor, sem saídas de emergência, sem saída própria para profissionais quando o turno termina pelas 0h.”</p> <p>R12: “Serviço com características físicas deficientes (...)”</p>
<b><u>Subcategoria</u></b>	<b><u>Tempo alvo máximo para a primeira observação médica</u></b>
<b>Elevado</b>	<p>R1: “(...) recursos humanos desproporcionais em relação ao número de utentes, recursos materiais nem sempre são os suficientes, tempo de espera para o atendimento médico elevado (...)”</p> <p>R4: “(...) o tempo de espera para o doente com prioridade amarela há alturas do ano em que ultrapassa os 60 minutos e a prioridade verde chega a ter cerca de 7 horas de espera.”</p> <p>R6: “Mesmo assim existem variáveis que não conseguimos controlar, como o atraso no atendimento médico.”</p> <p>R7: “A Urgência estava cheia de gente e o tempo de espera era elevado.”</p> <p>R10: “Propiciam comportamentos de violência o elevado tempo de espera para atendimento médico, não de enfermagem (...)”</p> <p>R12: “Tempos de espera após a triagem por vezes de 6-7h (verdes) e 2-3h (amarelos).”</p>
<b>Variável</b>	<p>R3: “O tempo de espera por atendimento é variável (...)”</p> <p>R5: “Sendo uma Urgência pequena mas tem períodos de muita afluência e o tempo de espera por vezes ultrapassa o tempo previsto (...)”</p>
<b>Dentro do preconizado</b>	<p>R2: “O tempo de espera por atendimento médico não costuma ser elevado uma vez que o centro de saúde dá uma boa resposta a nível de consultas.”</p>

<u>Subcategoria</u> \ <u>Categoria</u>	<u>Ambiente físico onde decorreu a agressão</u>
<b>Corredor do SU</b>	<p>R6: “(...) constantes as situações de agressão verbal às quais estamos sujeitos nos corredores (...)”</p> <p>R7: “O indivíduo subitamente levanta-se da cadeira de rodas e agrediu-me com um murro no peito de grande violência, apenas porque era eu que ia a passar no corredor.”</p>
<b>Área amarela</b>	<p>R3: “A vez que mais me marcou e sofri violência psicológica (verbal e ameaças) e que até hoje melhor me recordo foi numa noite, num fim de semana, que houve um jogo de futebol Porto-Benfica e recorreram ao SU depois do jogo vários indivíduos alcoolizados, em que um especificamente quando o ia atender na área amarela me insultou várias vezes (...)”</p>
<b>Sala de triagem</b>	<p>R5: “Da minha experiência pessoal (...) agredida verbalmente principalmente (...) na triagem (...)”</p> <p>R10: “Sofri violência (...) durante a queixa na triagem, que era uma ferida corto-contusa numa perna, pedi-lhe para descer as calças para observar a ferida e suas características, ao que o doente se recusou (...)”</p> <p>R11: “Uma noite de semana estava a triar um utente adulto quando entra pela sala de triagem uma senhora de etnia cigana com cerca de 30 anos com uma criança (filho) ao colo gritando (...) criança estava calma, sem sinais de dificuldade respiratória ou outros sinais de alarme. A dita senhora ainda gritou mais alto comigo e não abandonou a porta da sala de triagem (...)”</p> <p>R12: “Fui agredido fisicamente no antebraço esquerdo quando fui socorrer uma colega e o segurança que estavam a ser agredidos (...) na triagem.”</p>
<u>Subcategoria</u> \ <u>Categoria</u>	<u>Elevada afluência de utentes</u>
	<p>R1: “Neste tempo de funções verifico que houve grandes mudanças que passo a mencionar: maior afluência de utentes (...)”</p> <p>R5: “(...) Urgência pequena mas tem períodos de muita afluência (...)”</p> <p>R7: “A Urgência estava cheia de gente (...)”</p> <p>R12: “(...) com uma afluência comparável a serviços 10 vezes maiores.”</p>
<u>Subcategoria</u> \ <u>Categoria</u>	<u>Segurança no SU</u>
<b>Presença de polícia e vigilante/segurança</b>	<p>R3: “(...) posto de segurança à porta de entrada no SU e posto de polícia (1 gabinete anexo ao SU com 1 agente da autoridade), o agente não está na porta de entrada ou nos corredores, apenas intervém e é visto pelos doentes quando este é chamado por haver algum problema que o segurança da empresa de vigilantes não consiga controlar.”</p>

<p><b>Ausência de polícia e vigilante/segurança</b></p>	<p>R8: “(...) falta de segurança ou polícia que contribuem para o aumento das dificuldades.”</p>
<p><b>Presença apenas de vigilante/segurança</b></p>	<p>R2: “(...) sem posto de polícia, mas com segurança à porta de entrada.”</p> <p>R4: “(...) 1 segurança na porta de entrada do SU (...) Nesta Instituição não há polícia, como já referi há um segurança de uma empresa (...)”</p> <p>R5: “Temos apenas um vigilante que por vezes também são mulheres e com pouca formação nesta área o que faz que não consigam controlar os conflitos (...)”</p> <p>R6: “Na porta apenas existe um vigilante (...)”</p> <p>R7: “(...) presença de segurança (...) A polícia que já tinha estado no local, foi novamente chamada (...)”</p> <p>R9: “Tem um segurança 24h; Realçando: o SU tem um segurança e, apenas um, durante 12h/dia e outro elemento nas 12h/noite. Ou seja, quando o elemento de segurança necessita de uma refeição ou de se deslocar ao WC não tem quem o possa substituir. O serviço não possui porta de segurança automática, nem agente de polícia.”</p> <p>R10: “Ausência de polícia no SU (...) tem apenas segurança (...)”</p> <p>R11: “Existe 1 segurança na porta de entrada da urgência (...) e os agentes da autoridade só vêm à urgência quando solicitado (...)”</p> <p>R12: “Sem polícia na porta. Fui agredido (...) quando fui socorrer uma colega e o segurança (...)”</p>
<p><b><u>Subcategoria</u></b></p>	<p><b><u>Resposta da segurança</u></b></p>
<p><b>Ativa</b></p>	<p>R2: “(...) eu, mais 2 colegas e o segurança deitámo-lo numa maca para lhe imobilizar-mos mãos e pés.”</p> <p>R9: “(...) durante uma noite, uma doente que tinha ficado em observação estava a tentar sair da maca e eu e uma colega fomos ter com ela para tentar evitar que saísse. Como nos estava a agredir verbalmente, o segurança encaminhou-se até nós e tentou ajudar-nos.”</p>
<p><b>Passiva</b></p>	<p>R3: “(...) chamei o agente de autoridade, no entanto como não houve agressão física e as agressões ainda não eram consideradas crime público, apenas a título particular e às minhas custas é que poderia interpor-lhe um processo. Mas o polícia também me explicou que o facto de estar alcoolizado era um atenuante, logo o polícia nada fez, limitou-se a observar o indivíduo enquanto o tratava e este me insultava, dizendo apenas o polícia para o doente se calar, mas em vão.”</p> <p>R10: “O Segurança apenas dizia “Tenha calma! (...) A polícia ainda sem vir, só apareceu passados 15 minutos (...)”</p> <p>R11: “O segurança não tomou qualquer atitude nem tentou impor ordem.”</p>



<u>Subcategoria</u> \ <u>Categoria</u>	<u>Resposta à solicitação policial</u>
<b>Variável</b>	R11: “(...) os agentes da autoridade só vêm à urgência quando solicitado, sendo que o tempo que demoram a chegar é variável.”
<b>Chegada rápida</b>	R1: “Neste entretanto o agente policial chegou ao serviço por se tratar de agressão em discoteca (...) como a polícia estava no serviço imediatamente foi imobilizada (...)”  R5: “Quando é necessário chamamos a polícia que normalmente chega rápido (...)”
<b>Chegada lenta</b>	R6: “(...) a autoridade necessita de mais de meia hora para nos fornecer proteção. A polícia tal como habitual levou mais de meia hora a chegar ao local e quando chegou já há muito o agressor tinha desertado.”  R10: “A polícia ainda sem vir, só apareceu passados 15 minutos após as agressões.”
<u>Subcategoria</u> \ <u>Categoria</u>	<u>Dispositivos de segurança</u>
<b>Porta automática</b>	R3: “A porta de entrada do SU é automática, o segurança controla as entradas e saídas de doentes.”
<b>Câmaras de videovigilância</b>	R1: “(...) câmaras de videovigilância que por questões económicas estão desligadas.”  R2: “Câmaras de videovigilância em várias direções.”  R3: “(...) há câmaras de filmar funcionários.”  R5: “Existem câmaras de vigilância que sendo necessário comprovam as agressões.”  R10: “(...) SU com câmara de videovigilância, mas está desligada por falta de orçamento.”
<u>Subcategoria</u> \ <u>Categoria</u>	<u>Organização do corpo médico</u>
<b>Horário de trabalho</b>	R10: “Propiciam comportamentos de violência o elevado tempo de espera para atendimento médico, não de enfermagem, talvez pelo número excessivo de horas de trabalho em gabinetes fechados e sem janelas e sem luz natural direta (...)”
<b>Ausências médicas durante o horário de trabalho</b>	R10: “(...) grande espera por atendimento médico devido a estes se ausentarem do SU para fazerem refeições fora, não havendo controlo nas suas saídas.”
<u>Subcategoria</u> \ <u>Categoria</u>	<u>Comportamento de outros elementos da equipa</u>
<b>Apoio de colegas</b>	R2: “(...) para evitar faltar, fiz trocas de turnos que os colegas facilitaram para poder ficar 3 folgas em casa.”

	<p>R8: “Todos os elementos começaram a fugir em direção ao bar, prosseguindo para escadaria do primeiro andar. Lembro-me, que ia à frente, quando cheguei ao serviço de Medicina, encontrei a porta fechada, assim, instantaneamente comecei a subir outro andar, seguida do grupo. Já na porta da Maternidade, que também se encontrava fechada bati com força até aparecerem os elementos do serviço, entramos todos, fechamos novamente a porta à chave (...) destacando-se a coragem e perspicácia do Sr. Bombeiro Moreira que nos salvaguardou.”</p> <p>R10: “(...) fui defendida por um médico que apareceu na altura quando ouviu o barulho (...) Os colegas tentaram ajudar a resolver a situação e apoiaram-me (...) terminava o meu turno às 0 horas, por medo fui acompanhada até ao meu carro por 2 colegas enfermeiros.”</p>
<b><u>Categoria</u></b>	<b><u>Medidas para diminuir a violência</u></b>
<b><u>Subcategoria</u></b>	
<b>Porta automática</b>	<p>R1: “(...) porta estanque à entrada (...)”</p> <p>R10: “Para diminuir a violência sugiro (...) porta de segurança automática.”</p>
<b>Maior privacidade na triagem</b>	R1: “(...) maior privacidade na triagem (...)”
<b>Policiamento</b>	<p>R1: “(...) policiamento local (...)”</p> <p>R2: “(...) Como sugestões sugeria haver polícia na entrada do hospital.”</p> <p>R3: “(...) Como medidas para diminuir os casos de violência, penso que deveria haver polícia mesmo na porta de entrada do SU (mostram mais autoridade que um segurança) (...)”</p> <p>R10: “Para diminuir a violência sugiro (...) PSP sempre presente (...)”</p>
<b>Redução do número de acompanhantes</b>	R1: “(...) redução do número de acompanhantes (...)”
<b>Auditorias ao atendimento médico</b>	R1: “(...) realização de auditorias à prestação do atendimento médico (...)”
<b>Apoio á vítima</b>	<p>R1: “(...) formação de um gabinete de apoio à vítima neste caso ao profissional.”</p> <p>R10: “Para diminuir a violência sugiro (...) apoio psicológico aos profissionais (...)”</p>
<b>Adequação da estrutura</b>	R10: “Para diminuir a violência sugiro (...) melhoria da estrutura do SU.”
<b><u>Categoria</u></b>	<b><u>Notificação da agressão</u></b>
<b><u>Subcategoria</u></b>	
<b>Sim</b>	<p>R1: “(...) decidi naquele momento processar oficialmente a queixa por agressão junto do policial (...) a queixa foi processada (...)”</p> <p>R7: “A polícia que já tinha estado no local, foi novamente chamada e como é óbvio apresentei queixa por agressão física.”</p>

	<p>R10: “Foi feita queixa formal na PSP, o Hospital abriu inquérito interno, pois a esposa do agressor (Auxiliar) estava fardada quando já havia terminado o seu turno, tentando usar a farda e o facto de trabalhar no Hospital para passar à frente dos outros doentes que aguardavam observação médica. Fui chamada a prestar declarações à advogada do Hospital, neste momento aguardo chamada da PSP para prestar declarações. Foi feita notificação do sucedido interna (não conformidade), comuniquei à enfermeira-chefe.”</p> <p>R11: “Foi feita participação do sucedido à polícia, a senhora em causa foi identificada e também foi ouvida.”</p> <p>R12: “Veio a polícia (...) apresentei queixa. Tive de ir ao Instituto de Medicina Legal no Porto, sem dispensa de horário e com os custos da viagem por minha conta. Aguardo chamada a tribunal.”</p>
<b>Não</b>	<p>R2: “Após a situação do doente estar estabilizada e de eu pedir para ser chamada a polícia para identificar o agressor a fim de apresentar queixa (...) Pensei na situação daquele pai, e ponderei imenso sobre o assunto resolvi retirar a queixa.”</p> <p>R3: “(...) no entanto admito que também não tenho por hábito notificar o que assisto ou os casos em que me agridem verbalmente (talvez por me ter habituado a distanciar-me e a desvalorizar e a fingir que não ouço) e sinceramente, penso que se notificasse não daria em nada.”</p> <p>R6: “Por medo de retaliações não foi apresentada qualquer queixa formal na polícia.”</p>
<b>Apoio institucional insatisfatório</b>	<p>R1: “Neste e em qualquer outro tipo de agressão, quer o serviço na qualidade da chefe quer a Instituição nada faz, nada representa na realidade, o profissional está puramente por sua conta, não tem qualquer proteção jurídica, terá que primeiramente se defender por contra própria (...) Mesmo que haja uma queixa do profissional no livro de reclamações por parte do utente ou acompanhante, onde a maioria delas são sempre difamatórias, o profissional responde por escrito e este nunca vê o reflexo da sua resposta face à queixa (...)”</p> <p>R3: “Por fim, posso dizer que a Instituição nunca interveio nalguma situação que tenha passado de violência verbal ou proteção em caso de ameaças (...) A Direção e chefias deviam também preocupar-se mais com o problema, mas como nunca são atingidos (...)”</p> <p>R5: “Nesta Instituição foi criado recentemente a Comissão de Qualidade e Segurança onde podemos expor as ocorrências por escrito, no entanto às que enviei, a Instituição nunca me deu resposta.”</p> <p>R6: “Estamos cada vez mais desprotegidos, quer na prevenção deste tipo de acontecimentos, quer no próprio acontecimento e tudo indica que também no pós acontecimento, pois a Instituição em nada se compromete a acompanhar ou a ceder proteção judicial ao profissional agredido, independentemente de este ter razão ou não.”</p> <p>R7: “Devo referir ainda que em nenhum destes episódios que referi, a respetiva Instituição nomeou um advogado para defender os profissionais em questão (...)”</p> <p>R11: “De referir que a participação na polícia não deu em nada, teria de ser eu a título individual e às minhas custas a instaurar processo, bem como não tive qualquer apoio da Instituição.”</p>

