



# Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde

## Estudos de Caso Portugueses

*Relatório Final*, Julho de 2002

**Comissão Científica (por ordem alfabética):**

**Ana Rita Antunes, *Psicóloga*, AGO, ENSP**

**André Biscaia, *Clínico Geral*, AGO, APMCG**

**Cláudia Conceição, *Médica de Medicina Interna*, AGO, ENSP**

**Inês Fronteira, *Enfermeira*, AGO, ENSP**

**Isabel Craveiro, *Socióloga*, AGO, ENSP**

**Isabel Flores, *Enfermeira de Saúde Pública*, ESEFG**

**Oswaldo Santos, *Psicólogo***

**Paulo Ferrinho (coordenador), *Médico de Saúde Pública*, AGO, ENSP, IMP-FM**

AGO – Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta

APMCG – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

ESEFG - Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil

IMP-FM – Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

## Índice

Índice .....	2
Siglas .....	5
Glossário .....	6
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>OBJECTIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>POPULAÇÕES E MÉTODOS .....</b>	<b>8</b>
Estudos documentais .....	8
Estudo de caso do Hospital .....	9
Estudo de caso do Centro de Saúde .....	10
Estudo dos representantes institucionais ( <i>stakeholders</i> ) .....	10
<b>RESULTADOS DOS ESTUDOS DOCUMENTAIS .....</b>	<b>12</b>
Revisão de literatura .....	12
Análise dos documentos institucionais .....	12
Análise da imprensa nacional.....	15
<b>RESULTADO DO ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL .....</b>	<b>16</b>
População Estudada.....	16
Hospital estudado: políticas de saúde e segurança e mudanças observadas .....	16
Violência contra os profissionais de saúde.....	17
Violência por grupo profissional .....	17
Frequência de experiências de violência.....	18
Violência por sexo das vítimas .....	18
Violência por tipo de utentes com quem as vítimas trabalham mais frequentemente .....	19
Caracterização do agressor.....	19
Onde ocorre a violência .....	19
Impacto da violência em termos individuais.....	20
Reacções institucionais à violência .....	20

<b>RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO DO CENTRO DE SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
População estudada.....	21
<b>CS estudado: políticas de saúde e segurança, mudanças observadas e satisfação profissional .....</b>	<b>23</b>
Violência contra os profissionais de saúde.....	25
Violência por unidade de saúde do complexo do CS .....	25
Violência por grupo profissional .....	26
Frequência de experiências de violência.....	26
Violência por grupo etário das vítimas.....	27
Violência por sexo das vítimas .....	27
Violência por estado civil das vítimas .....	28
Violência por estabilidade no emprego .....	28
Violência por tipo de trabalho .....	28
Caracterização do agressor.....	31
Quando e onde ocorre a violência .....	32
Violência observada.....	32
Reacções individuais à violência .....	33
Impacto individual da violência .....	33
Reacções institucionais à violência .....	34
Consequências para o agressor .....	35
<b>RESULTADOS DO ESTUDO DE REPRESENTANTES INSTITUCIONAIS (STAKEHOLDERS) .....</b>	<b>36</b>
<b>Líderes sindicais .....</b>	<b>37</b>
Como se posicionam os Sindicatos quanto à importância do problema de VCPSNLT?.....	37
Quais os procedimentos e políticas dos Sindicatos para lidar com a VCPSNLT .....	37
Quais as consequências para os serviços de saúde e para as vítimas?.....	37
Quais as soluções possíveis.....	38
<b>Líderes de Ordens e Associações Profissionais.....</b>	<b>39</b>
Como se posicionam as Associações Profissionais e as Ordens quanto à importância do problema de VCPSNLT? .....	39
Quais os procedimentos e políticas institucionais para lidar com a VCPSNLT .....	40
Quais as consequências para os serviços de saúde e para as vítimas?.....	40
Quais as soluções possíveis.....	41
<b>Gestores do SNS .....</b>	<b>42</b>

Gestores de CS.....	42
Como se posicionam os gestores de CS quanto à importância do problema de VCPSNLT?.....	42
Quais os procedimentos e políticas dos CS para lidar com a VCPSNLT.....	43
Quais as consequências para os serviços de saúde?.....	43
Quais as soluções possíveis? .....	43
Gestores hospitalares .....	44
Como se posicionam os gestores hospitalares quanto à importância do problema de VCPSNLT?.....	44
Quais os procedimentos e políticas institucionais para lidar com a VCPSNLT? .....	46
Quais as consequências para os serviços de saúde?.....	46
Quais as soluções possíveis. ....	47
Os gestores das autoridades regionais de saúde e das direções centrais do ministério da saúde .....	48
Como se posicionam os gestores dos níveis central e regional quanto à importância do problema de VCPSNLT? .....	48
Quais os procedimentos e políticas institucionais para lidar com a VCPSNLT .....	49
Quais as consequências para os serviços de saúde?.....	49
Quais as soluções possíveis. ....	50
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>51</b>
<b>Sobre os métodos.....</b>	<b>51</b>
<b>Sobre os tipos de violência .....</b>	<b>51</b>
Violência medida por questionário no CS e hospital.....	51
Violência denunciada .....	52
Tratamento dado à queixa de violência pelos superiores.....	52
A violência vista pelos média.....	52
A violência vista pelos diferentes representantes institucionais.....	52
Sobre um quadro de referência para abordar a violência no local de trabalho.....	53
<b>Bibliografia .....</b>	<b>55</b>

## **Siglas**

UE	União Europeia
CS	Centro de Saúde
EM	Estados Membros
SNS	Serviço Nacional de Saúde
PPC	Paridade de Poder de Compra
ARS	Administração Regional de Saúde
VCPSNLT	Violência Contra Profissionais Saúde no Local de Trabalho
DGS	Direcção Geral de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
OIT	Organização Internacional do Trabalho
APMCG	Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
AGO	Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSI	Public Services Internacional
AIE	Associação Internacional de Enfermeiros

## Glossário

**Violência** - Incidentes onde o pessoal é vítima de abuso, ameaça ou agressão em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo as deslocações de e para o trabalho, que envolvem explícita ou implicitamente ameaça à segurança, bem-estar e saúde.

**Violência física** – Uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, pontapear, esbofetear, esfaquear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos (por exemplo saliva, sangue), entre outros.

**Ataque** – comportamento intencional que prejudica fisicamente outra pessoa, inclui ataque sexual (i.e. violação).

**Violência psicológica** – Uso intencional de poder, incluindo ameaça de uso de força física e/ou institucional, contra outra pessoa ou grupo que pode resultar em dano físico, mental, espiritual, moral ou social (imediato, a curto ou a longo prazo). Inclui violência verbal / insultos, pressão moral, assédio, ameaças e difamação (i.e. veiculação de informações falsas ou imprecisas com o intuito de denegrir a imagem pessoal, profissional e/ou institucional).

**Abuso** – comportamento que humilha, degrada ou indica falta de respeito pela dignidade e valor de um indivíduo.

**Pressão moral** – Comportamento ofensivo, repetido e prolongado no tempo, com tentativas vingativas, cruéis ou maliciosas de humilhar ou enfraquecer um indivíduo ou grupo de trabalhadores.

**Discriminação** – qualquer tipo de conduta baseada na idade, incapacidade física, seropositividade, circunstâncias domésticas, sexo, orientação sexual, mudança de sexo, raça, cor, linguagem, religião, política, sindicalismo ou outra opinião ou crença, nacionalidade, origem social, associação com uma minoria, propriedade, nascimento ou outro status que não é recíproca nem desejada e que afecta a dignidade dos indivíduos no trabalho.

**Assédio sexual** – Qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida e que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada.

**Ameaça/Agressão verbal (explícita ou implícita)** – Promessa de uso de força física ou poder (i.e. força psicológica) que resulta em medo de dano físico, sexual ou psicológico ou outras consequências negativas para indivíduos ou grupos

## INTRODUÇÃO

Portugal é um país onde o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é uma instituição relativamente recente (início da década 1980-90). Como parte do desenvolvimento do SNS português, os Centros de Saúde (CS) surgiram pela primeira vez em finais da década de 1970-80, e os médicos de família na década seguinte. Até muito recentemente os serviços de cuidados de saúde primários eram geridos como um programa central vertical, em paralelo com outro programa vertical, os serviços hospitalares. Como parte destes desenvolvimentos tem sido feito um maior esforço para juntar as múltiplas direcções centrais numa única (a Direcção Geral de Saúde - DGS), que actua como um ponto central focal de políticas, estratégias, normas e orientações que visam ser adaptadas e implementadas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS's) – cinco na totalidade. Desde 2001, o nível central de administração é coordenado por um Alto Comissário para a saúde. A ARS poderá no futuro vir a coordenar e supervisionar as actividades dos Sistemas Locais Saúde, onde os CS e hospitais distritais serão geridos por uma única Autoridade Local de Saúde. Os orçamentos para estas Autoridades Locais de Saúde e os serviços de saúde que lhes estão associados serão negociados com as Agências de Acompanhamento de cada região, de acordo com objectivos explícitos, critérios e indicadores.

O período entre 1995 e 1999 foi muito rico em termos de uma nova visão do SNS – mais integrado, mais empresarial, tendo mais em atenção as necessidades dos cidadãos do país, mais dirigido para a informação e baseado na evidência. Foi como resultado deste período de reforma (Craveiro et al 2001) que, pela primeira vez, houve em Portugal um esforço concertado para escrever um plano estratégico, que derivou de políticas explícitas e que definiu metas explícitas (Portugal 1999).

Uma componente importante deste plano foi a identificação de estratégias que garantissem uma maior dignidade na prática profissional. Este último aspecto foi reafirmado em todos os planos de acção posteriores do Ministério da Saúde, inclusive no mais recente (Portugal 2002).

Em Portugal existem cinco Regiões de Saúde divididas em Sub-Regiões (uma a seis por região). A Região escolhida por conveniência para este estudo inclui uma das duas maiores áreas metropolitanas existentes em Portugal, com uma população de 3 222 200 pessoas (cerca de 30% da população portuguesa), 22 hospitais (24% de todos os hospitais), 2942 camas (correspondentes a 12% de todas as camas de hospitais) e 84 CS (19% do total nacional)\*.

## OBJECTIVOS

Este estudo de caso mede e caracteriza o problema da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho (VCPSNLT) em áreas seleccionadas de Portugal. Responde a questões como: quais são os profissionais de saúde mais afectados? Quais os tipos de violência mais frequentes? Em que circunstâncias ocorrem os episódios de violência? Quais os procedimentos institucionais? Quais as consequências para as vítimas, as Instituições e os agressores? Qual o posicionamento dos sindicatos, associações e ordens profissionais e gestores do SNS acerca deste problema?

---

\* Excluindo a saúde mental

## POPULAÇÕES E MÉTODOS

O estudo está dividido em quatro partes: estudos documentais, estudo de caso do hospital, estudo de caso do CS, e estudo de representantes institucionais (*stakeholders*).

### Estudos documentais

Os estudos documentais incluem uma a) revisão da literatura técnico-científica, b) análise de conteúdo de documentos institucionais e c) análise de conteúdo de artigos de jornal.

#### a) *Revisão da literatura*

O objectivo da revisão da literatura é identificar a literatura cinzenta e-o que foi publicado em Portugal, em revistas técnico-científicas, acerca de violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho (VCPSNLT).

A estratégia para identificar os documentos foi a seguinte:

- i) pesquisa de várias bases de dados: nomeadamente:
  - a) o centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil,
  - b) do Centro de Estudos Judiciais,
  - c) da Faculdade de Medicina de Lisboa,
  - d) do Departamento de Sociologia da Universidade de Coimbra e de Évora,
  - e) do Instituto Superior de Economia e Gestão,
  - f) da Escola Nacional de Saúde Pública,
  - g) do INDICT,
  - h) e da Biblioteca Nacional).
- ii) a maioria dos representantes institucionais (*stakeholders*) incluídos no estudo de representantes institucionais (*stakeholders*) foram questionados acerca do seu conhecimento sobre literatura relacionada com o tema em estudo e no caso de responderem na positiva, foi-lhes pedido acesso a essa literatura.
- iii) As palavras chave usadas para a pesquisa de documentos foram: estresse, estresse ocupacional, estresse ocupacional de profissionais de saúde, *burnout*, satisfação profissional, violência, violência ocupacional, violência no sector da saúde, agressão, violação, insulto e injúrias, hospital, centro de saúde, médico, enfermeiro.
- iv) Os artigos foram então revistos no sentido de encontrar referências explícitas a violência e apenas estes foram incluídos. Os artigos foram também revistos para identificar entre a bibliografia mencionada a mais relevante que obtivemos e analisámos, tal como havia acontecido com os outros documentos.

#### b) *Documentos institucionais*

O estudo de documentos institucionais ajuda a caracterizar a VCPSNLT relativamente aos seguintes aspectos: o contexto da violência; qual o tipo de violência mais frequentemente denunciada por escrito; quem (grupo profissional) denuncia a violência com mais frequência; quais as respostas institucionais a estas denúncias.



Foram analisados relatórios de incidentes oficiais de Hospitais e CS bem como relatórios de acidentes (nos quais a VCPSNLT foi o objecto do incidente relatado). Estes relatórios, na sua maioria de profissionais de saúde vítimas de violência, foram incluídos apenas se ocorreram nos últimos 3 anos (Junho 1998 a Junho 2001).

As instituições incluídas para esta parte do estudo são as mesmas instituições seleccionadas e incluídas nos estudos do hospital, CS e representantes institucionais (*stakeholders*).

### c) *Análise da imprensa nacional*

Esta parte do estudo documental identifica o que é transmitido para o público, através da imprensa escrita. Todos os artigos de jornais publicados acerca de VCPSNLT entre Junho de 2000 e Maio de 2001 foram analisados. Os critérios de inclusão foram:

1. Fazer parte da base de dados de artigos de jornais diários e semanários “Manchete, Portugal”, disponível na *Escola Nacional de Saúde Pública* (Lisboa, Portugal).
2. Ser um artigo de jornal, um editorial, um artigo de opinião ou uma carta de um leitor.
3. Ter uma referência implícita ou explícita a VCPSNLT.
4. Data de publicação entre Junho de 2000 e Maio de 2001.

A base de dados foi pesquisada usando palavras chave tais como: estresse, estresse ocupacional, estresse ocupacional de profissionais de saúde, *burnout*, satisfação profissional, violência, violência ocupacional, violência no sector de saúde, agressão, violação, insultos e injúrias, hospital, CS, médico, enfermeiro. Os artigos foram então revistos tendo em vista encontrar referências explícitas e implícitas a violência e apenas estes foram incluídos.

## **Estudo de caso do Hospital**

Este estudo de caso incluiu a adaptação e aplicação de um questionário elaborado a nível internacional (anexo 1) a todos os profissionais de saúde do hospital distrital seleccionado. O hospital foi seleccionado por ser um hospital distrital de dimensão média, situado numa cidade residencial em crescimento rápido, da área metropolitana de Lisboa, mas servindo também uma população rural e tendo o apoio do Conselho de Administração do hospital para o estudo.

O estudo foi explicado à equipa administrativa do hospital, que autorizou a sua realização. Foi cedida uma lista nominal de todo o pessoal. Esta lista foi a base de organização do trabalho de campo. Foi também elaborada uma circular interna, solicitando aos trabalhadores a colaboração com os investigadores.

O Estudo considerou como trabalhadores da saúde todos aqueles que se encontravam a trabalhar no hospital, a tempo inteiro ou em *part-time*, com um contrato de trabalho permanente ou temporário com a administração do hospital, ou mesmo aqueles que, sem ligação laboral directa com a direcção do hospital, fazem parte de firmas que prestam serviço ao hospital.

O trabalho de campo decorreu na semana de 24 de Setembro tendo sido realizado um *follow-up* dos não-respondentes nos dias 25, 26 e 27 de Outubro.

Depois da colheita dos dados, estes foram inseridos numa base de dados de SPSS. A análise estatística incluiu estatísticas descritivas, o teste qui-quadrado de Pearson (com a correcção de Yates, quando necessário), o teste exacto de Fisher (bilateral), as razões de probabilidades, o qui-quadrado para a tendência, ou o teste t-student, conforme apropriado. Os totais usados para a análise foram o número de respostas válidas para cada questão.

### **Estudo de caso do Centro de Saúde**

O complexo do CS (sede e todas as extensões) foi escolhido com base no interesse e apoio do director do mesmo quando contactado para o efeito.

O complexo do CS estudado é urbano. Este complexo é constituído por quatro unidades de cuidados de saúde primários (extensões). Numa destas unidades existe um centro de tratamento de toxicodependentes. Existe também uma unidade associada de tratamento de doentes com tuberculose, com pneumologistas e enfermeiras. Por último, foi também incluída uma unidade de tratamento ambulatorio de doentes psiquiátricos, apesar de não fazer formalmente parte do CS (é uma extensão comunitária do hospital psiquiátrico). O CS funciona das 8 horas às 22, de segunda a sábado.

A população abrangida por este CS é na sua maioria urbana, incluindo alguns dos bairros mais ricos do país mas, também bairros rurais e urbanos carenciados.

Este estudo de caso seguiu-se ao estudo do hospital. O estudo implicou algumas modificações ao questionário “internacional”, tendo sido aplicado primeiro à unidade de saúde mental (anexo 2) e depois às outras unidades acima mencionadas (anexo 3). Em todas as unidades do estudo o questionário foi aplicado a todos os profissionais (que estavam a trabalhar nos dias da aplicação).

O estudo foi explicado ao director do CS, que deu a respectiva autorização para o realizar. Foi cedida uma lista nominal de todo o pessoal. Esta lista foi a base de organização do trabalho de campo. Foi também elaborada uma circular interna solicitando aos trabalhadores a sua colaboração com os investigadores.

O estudo considerou como trabalhadores da saúde, todos aqueles que se encontravam a trabalhar no CS, a tempo inteiro ou em *part-time*, com um contrato de trabalho permanente ou temporário com a administração do CS, ou mesmo aqueles que, não tendo um vínculo laboral directo com o CS, fazem parte de firmas que prestam serviço no mesmo.

O trabalho de campo decorreu durante dois dias de Outubro de 2001. Os não-respondentes à primeira tentativa foram contactados mais duas vezes. No caso de estes contactos repetidos falharem, foram considerados não-respondentes.

Depois da colheita dos dados, estes foram inseridos numa base de dados de SPSS. A análise estatística incluiu estatísticas descritivas, o teste qui-quadrado de Pearson (com a correcção de Yates quando necessário), o teste exacto de Fisher (bilateral), as razões de probabilidades, o qui-quadrado para a tendência, ou o teste t-student, conforme apropriado. Os totais usados para a análise foram o número de respostas válidas para cada questão.

### **Estudo dos representantes institucionais (*stakeholders*)**

Vinte e sete horas de gravação de entrevistas semi-estruturadas (guião em anexo 4) aos representantes institucionais (*stakeholders*) ajudam a perceber: as políticas e procedimentos institucionais para lidar com a VCPSNLT; as consequências para os serviços de saúde; o

posicionamento dos sindicatos, ordens e associações profissionais acerca deste problema e as possíveis soluções. Os entrevistados estão listados no quadro 1.

Quadro 1 Lista de representantes institucionais (*stakeholders*) seleccionados para o estudo

<b>REPRESENTANTES INSTITUCIONAIS</b>	<b>Número de entrevistas pretendidas</b>	
Líderes sindicais		7
Representantes de Associações Profissionais e de Ordens Profissionais		5
Gestores de saúde da DGS e do SNS	Amostra simples dos CS da Região de saúde seleccionada	9
	Amostra simples dos Hospitais da Região de saúde seleccionada	9
	DGS	3
	Departamento de Recursos Humanos	1
	Autoridades Regionais e Sub-Regionais de Saúde	8
	INEM (Instituto de Emergência Médica)	1
	Subtotal	31
<b>Total</b>		<b>43</b>

As entrevistas foram transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo.

## RESULTADOS DOS ESTUDOS DOCUMENTAIS

### Revisão de literatura

*Relatório preparado por I Fronteira*

Comentários críticos/Apreciação dos Membros da Comissão Científica

*Pesquisa de literatura realizada por I Fronteira*

*Estudo financiado por Organização Internacional do Trabalho (OIT) e AGO*

Seguindo a estratégia anteriormente definida foi identificada apenas uma publicação com referência explícita a VCPSNLT.

**Título:** *Risco, Penosidade e Insalubridade - uma realidade na profissão de enfermagem*

**Autor:** *Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*

**Editor:** Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

**Páginas:** 74

**Data:** Lisboa, Junho 2000

**ISBN:** 972-95420-4-X

**Resumo:** Este documento de opinião, do Sindicato de Enfermeiros Portugueses, analisa os conceitos de risco e penosidade na prática de enfermagem. Faz referência a riscos microbiológicos, químicos e de radiação tais como equipamento, barulho no trabalho, estresse, turnos, idade e estilos de vida saudáveis como factores de risco na enfermagem. É neste contexto que a violência acontece. O capítulo dedicado à violência faz uma breve referência ao aumento de violência na sociedade e apresenta factores como pouca segurança e horas de trabalho (24h/dia) para explicar a alta taxa de violência contra os profissionais de saúde.

Este documento refere que as mulheres e os responsáveis de enfermagem são os mais vulneráveis a ataques, tal como os que trabalham em serviços antigos, nas urgências e na psiquiatria.

A segunda parte deste documento contém 16 histórias reais de enfermeiros que experimentaram alguns dos riscos ocupacionais mencionados antes, incluindo um sobre violência. Este relato sobre violência refere-se a um incidente num CS onde um enfermeiro foi brutalmente atacado por um utente. O enfermeiro foi o primeiro e único profissional que o utente encontrou pelo que se queixou de tudo: o tipo de tratamento prestado a um familiar, o deficiente funcionamento do serviço, o tempo de espera ... O enfermeiro tentou perceber o que se passava no sentido de ajudar e para prestar apoio, se necessário. O utente, completamente desorientado atacou o enfermeiro insultando-o e batendo-lhe. Este episódio ocorreu à noite num serviço de urgência, num CS sem pessoal de segurança de serviço.

### Análise dos documentos institucionais

*Relatório preparado por P Ferrinho*

Comentários críticos/Apreciação dos Membros da Comissão Científica

*Análise por P Ferrinho*

*Recolha documental realizada por A R Antunes, A Biscaia e I Fronteira*

*Estudo financiado por OIT e AGO*

Foram analisados vinte e dois relatórios oficiais sobre violência, oriundos de 5 CS e 2 hospitais. Todos os incidentes foram relatados por escrito pelas vítimas de violência. O resultado desta análise está resumido no quadro 2.

Quadro 2 Incidentes de violência analisados a partir de relatórios escritos, Junho de 1998 – a Junho de 2000

Número do documento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Tipo de agressão	Física (faça)	Física	Física	Verbal	Verbal	Pressão moral	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal	Verbal e física	
As vítimas	40 anos, enfermeiro	45 anos, médica	Médica auxiliar (mulher)	Enfermeira	Médica auxiliar (mulher)	Enfermeira e 2 auxiliares (mulheres)	Enfermeira e auxiliar (mulher)	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Médico	Enfermeira	Médica	Enfermeiro	Segurança (mulher) (?)	Administrativa	?	Médica	Médica	Médica	Administrativa	2 médicas segurança	
O agressor	Homem circunstanciado	Paciente feminino	Paciente masculino	Paciente feminino	Filho de um paciente	Desconhecido	Paciente feminino	Filha de um paciente	Paciente feminino	Acompanhante feminino	Marido de uma paciente	Paciente masculino	Paciente feminino de 52 anos	Paciente masculino de 50 anos	Paciente feminino	Paciente feminino	Mãe de um paciente	Paciente feminina de 19 anos	Paciente masculino	Paciente feminina	Filho de um paciente	Mãe de uma criança	
O tipo de instituição	Pessoal do CS durante visita domiciliária	CS	CS	Hospital (enfermaria)	Hospital (enfermaria)	Hospital (enfermaria)	Hospital (enfermaria)	Hospital (gabinete de enfermeiros na Enfermaria)	Hospital (Urgência)	Hospital (Sala de espera de Enfermaria)	CS (Urgência)	CS	CS (Consultório)	CS	CS	CS	CS	CS (Consultório)	CS (Consultório)	CS	CS	Hospital Pediátrico (Urgência)	
Tipo de instituição (meio rural ou urbano)	CS rural	CS urbano	CS urbano	Hospital rural	Hospital rural	Hospital rural	Hospital rural	Hospital rural	Hospital rural	Hospital rural	CS Rural	CS urbano	CS urbano	CS urbano	CS urbano	CS urbano	CS urbano	CS urbano	CS urbano	CS urbano	CS urbano	CS urbano	Hospital urbano
Mês	Junho	Agosto	Julho	Maio	Julho	?	?	Setembro	Março	Maio	Junho	Setembro	Julho	Julho	Junho	Agosto	Agosto	Março	Agosto	Fevereiro	Março	Fevereiro	
Razão invocada para a violência	Racismo (?)	O médico recusou-se a ver uma paciente e encaminhou-a para o CS da sua área de residência		Paciente preocupado com questões relacionadas com terapia endovenosa	?	Atraso na abertura da enfermaria na hora da visita	?	Maus cuidados prestados ao pai	?	?	?	O paciente queria ultrapassar a fila de espera	O médico recusou-se a escrever uma credencial ilegal para investigação não prevista no SNS		Recusa de concessão de subsídio para aquisição de leite em pó	Informações erradas relativamente aos documentos necessários para o registo no CS	?	?	?	?	?	?	A mãe não queria aguardar pela sua vez
Medida tomada pela vítima	Queixa à autoridade sub-regional de saúde e à polícia. Procedimentos judiciais.	Queixa à polícia. Procedimentos judiciais.	Queixa à polícia.								Queixa à polícia. Procedimentos judiciais.												Foi chamada a polícia.  Foi apresentada a queixa ao director do hospital
Reacção das autoridades		O Director do CS tratou o incidente como um acidente ocupacional. Foi dada baixa por motivos psicológicos.									Foi dada baixa por motivos psicológicos.		O paciente foi retirado da lista do médico e foi-lhe oferecida a possibilidade de de outro médico	Foi escrita uma carta ao doente, pelo director do CS a explicar quais os direitos e deveres dos doentes.				O paciente foi retirado da lista do médico e foi-lhe oferecida a possibilidade de de outro médico	O paciente foi retirado da lista do médico e foi-lhe oferecida a possibilidade de de outro médico	O paciente foi retirado da lista do médico e foi-lhe oferecida a possibilidade de de outro médico			

Quadro 3. Análise dos artigos da imprensa diária sobre violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, Junho 2000 e Maio 2001

	Incidentes Individuais relatados na imprensa diária						
Número do documento (só faz sentido se constantes em Anexo...)- <b>Oswaldo</b>	7 & 6	8	3 & 4	2	5	1	9
<b>Tipo de Agressão</b>	Verbal e Física envolvendo uma faca	Psicológica (não tínhamos abandonado esta designação?... - <b>Oswaldo</b> )	Verbal e física (sem armas envolvidas)	Verbal e física	Verbal e física (sem armas envolvidas)	Verbal e física envolvendo um guarda-chuva	Física (sem armas envolvidas)
<b>As Vítimas</b>	Duas médicas	175 médicos	Um interno	Médicos em geral	Um assistente administrativo (masculino)	Uma enfermeira e um porteiro	Uma médica, um enfermeiro, um auxiliar da acção médica e um segurança.
<b>O Agressor</b>	Acompanhante masculino de um doente	Doentes, juizes e advogados	Um clínico geral	O doente/público	Clínico geral	Acompanhante masculino de um doente	Doente masculino
<b>O Tipo de Instituição</b>	CS		Hospital (Serviço de urgência)	Hospital e CS (Serviço de urgência)	CS	Hospital (Serviço de urgência)	Hospital (Serviço de urgência)
<b>A Vila ou Cidade</b>	Beja (rural)	Guimarães (urbano)	Aveiro (urbano)		Braga (urbano)	Santa Maria da Feira (rural)	Faro (urbano)
<b>Mês e Ano do Incidente</b>	Agosto 2000	Agosto 2000	Outubro 2000	Outubro 2000	Novembro 2000	Dezembro 2000	Maio 2001
<b>Razão invocada para a agressão</b>	Foi dito à mulher do agressor para se dirigir ao CS a que pertence	Cultura nacional de <i>laissez faire</i>	Diferenças de opinião acerca da forma mais adequada de gestão dos doentes	Médicos frequentemente a trabalhar sozinhos (no CS). Falta de civismo por parte do medico. Más condições de trabalho. Identificação dos media como tendo um papel importante no encorajamento da VCPSNLT. Papel de controle social dos médicos. O público não sabe como funciona o sistema. Criação de expectativas em relação às possibilidades de tratamento médico.	Demasiadas cadeiras na sala de consulta (dá para explicar melhor?... - <b>Oswaldo</b> )	Problemas de estacionamento	Resistência do doente a ser preso e investigado por conduzir sob a influência do álcool
<b>Medida tomada pela vítima</b>	Queixa à polícia, ao sindicato e à ARS	Queixa à Ordem dos Médicos	Queixa à Ordem dos Médicos e ao director clínico		Queixa à polícia, ao director do CS e à autoridade regional de saúde	Queixa à polícia e ao director	Queixa à polícia e ao Ministério Público
<b>Reacção das autoridades</b>	Pedido de policiamento permanente, o que foi recusado com base no défice de agentes existente. A ARS subestimou o incidente e afirmou que estava a ser dramatizado.			Este relatório refere-se a uma reunião do ramo regional do conselho médico para discutir o assunto da VCPSNLT	O médico foi suspenso	Ambos subestimaram a importância dos incidentes de VCPSNLT	Iniciado um processo judicial

Algumas das conclusões do quadro 2 incluem:

- A maioria da violência relatada é verbal;
- A violência relatada é igualmente distribuída entre enfermeiros (n=9), médicos (n=9) e outro pessoal (n=9);
- A violência hospitalar é mais relatada por enfermeiros (em 6 dos 8 relatórios hospitalares);
- Os enfermeiros que relatam violência são sobretudo de hospitais (em 6 dos 9 relatórios envolvendo violência contra enfermeiros);
- A violência em CS é relatada sobretudo por médicos (em 7 dos 13 relatórios de CS);
- A violência relatada por médicos é sobretudo de CS (em 7 dos 9 relatórios envolvendo violência contra médicos);
- Os agressores da violência relatada são na sua maioria mulheres (em 13 dos 21 relatórios);
- A maioria da violência relatada ocorre durante o período de verão (em 13 dos 20 relatórios);
- A violência relatada ocorre usualmente entre membros do mesmo sexo (em 15 dos 20 relatórios).

Relativamente a quatro relatórios é evidente que o pessoal envolvido confrontou o agressor imediatamente e vigorosamente, o que sugere falta de competências na área da resolução e prevenção de conflitos (casos 4, 5, 10 e 16).

### **Análise da imprensa nacional**

*Relatório preparado por P Ferrinho*

*Comentários críticos/Apreciação dos Membros da Comissão Científica*

*Análise por P Ferrinho*

*Pesquisa de literatura realizada por I Fronteira*

*Estudo financiado por OIT e AGO*

Foram identificados e analisados nove artigos sobre violência. Os resultados da análise estão resumidos no quadro 3. As conclusões principais desses relatórios de imprensa são as seguintes:

- A maioria dos artigos de imprensa referem-se a violência contra médicos;
- A maioria dos artigos de imprensa referem-se a violência física;
- A maioria dos incidentes de violência relatados na imprensa ocorrem em hospitais;

As autoridades de saúde contactadas pela imprensa negam ou subvalorizam a importância dos incidentes

## RESULTADO DO ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL

*Relatório preparado* por P Ferrinho, A Biscaia e I Fronteira

*Comentários críticos/ Apreciação* dos Membros da Comissão Científica

*Tradução para Inglês* por P Ferrinho e I Fronteira e *Retrotradução* por A R Antunes e I Craveiro

*Análise por* I Fronteira e Paulo Ferrinho

*Introdução em base de dados* por Vasco Bela

*Trabalho de campo* coordenado por I Fronteira e realizado por A R Antunes, V Bela, A M Bugalho, A R Costa, M C Conceição, I Craveiro, M António Gomes

**Estudo financiado pela OIT e AGO**

### População Estudada

Duzentos e setenta e sete trabalhadores do hospital responderam ao questionário (taxa de resposta de 80%). As taxas de resposta por grupo profissional encontram-se no quadro 4

**Quadro 4 – Taxa de resposta por grupo profissional**

Grupo profissional	Total	Respostas obtidas	Taxa de resposta (%)
Administração do hospital	5	5	100
Enfermeiros	94	71	76
Médicos	49	31	63
Pessoal administrativo	46	25	54
Auxiliares médicos	70	69	99
Outros	84	76	90
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>277</b>	<b>80</b>

Dos respondentes, 54 eram homens (20,1%) e 214 mulheres (79,9%), e 50,8 % dos trabalhadores tinham idades entre os 30 e os 44 anos.

### Hospital estudado: políticas de saúde e segurança e mudanças observadas

Se existem políticas de saúde e segurança em vigor no hospital, estas são ignoradas pela maioria do pessoal (quadro 5).

**Quadro 5 Percepções acerca da existência de políticas de saúde e segurança**

	Sim		Não		Não sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Existem</b>	<b>50</b>	<b>19,6</b>	<b>67</b>	<b>26,3</b>	<b>138</b>	<b>54,1</b>
Existem políticas sobre violência física	7	2,9	93	38,0	145	59,2
Existem políticas sobre discriminação	4	1,7	93	38,8	143	59,6
Existem políticas sobre pressão moral	8	3,3	92	37,7	144	59
Existem políticas sobre ameaça/agressão verbal	8	3,3	89	36,5	147	60,2
Existem políticas sobre assédio sexual	1	0,4	89	36,5	154	63,1

No hospital, os últimos dois anos foram tempos de mudança. Estas mudanças não são uniformemente percebidas por todo o pessoal (quadro 6). O impacto dessas mudanças nas condições de trabalho dos trabalhadores é mais frequentemente entendido como negativo do que como positivo (quadro 7).



**Quadro 6** Percepções das mudanças observadas no hospital ao longo dos últimos dois anos

	Frequência	%
Houve mudanças nos últimos dois anos	58	20,9
Houve cortes de pessoal	71	28.5
Houve contratação de pessoal	61	24.4
Houve restrição de recursos	32	12.9
Houve aumento de recursos	22	8.8
Não sabe de nenhuma mudança	83	32.8

**Quadro 7** Impacto das mudanças observadas no hospital ao longo dos últimos dois anos

	Frequência	%
Não tiveram impacto	35	23.4
As condições de trabalho pioraram	56	35.9
As condições de trabalho melhoraram	42	26.8
Agravou-se a situação para os utentes	45	28.7
Melhorou a situação para os utentes	25	15.9
Não sabe	18	11.5
Outros	4	2.5

### Violência contra os profissionais de saúde

Os diferentes tipos de violência observados encontram-se resumidos no quadro 8. Em nenhum dos casos de violência física foi usada uma arma.

**Quadro 8** Tipo de violência observados ao longo dos 12 meses anteriores ao estudo

Tipo de violência	O próprio foi a vítima		O próprio testemunhou*	
	N	%	N	%
Verbal	74	27,4		
Pressão moral	43	16,5		
Discriminação	21	8,0		
Violência física	7	2,6	21	8,1
Assédio sexual	7	2,7		
Qualquer tipo	102	36,8		

\* O testemunho de episódios de violência só foi averiguado para a violência física.

### Violência por grupo profissional

De um modo geral a violência é mais frequentemente experimentada por enfermeiros e médicos (as percentagens são muito próximas entre elas e distantes das outras, e nos enfermeiros só a física é mais frequente que nos outros), apesar de alguns tipos específicos serem mais comuns noutros grupos profissionais (quadro 9).

**Quadro 9 Frequência (percentagem) da violência por grupo profissional**

	Administrador Hospital / Director	Enfermeiros	Pessoal administrativo	Médico	Auxiliares médicos	Profissionais de meios complementares de	Outra formação universitária	Outros auxiliares	Outros
Verbal*	1 (20)	29 (41)	3 (12)	<b>13 (42)</b>	13 (19)	6 (24)	1 (17)	2 (14)	6 (27)
Moral*	1 (20)	17 (25)	1 (5)	7 (23)	7 ((11)	2 (9)	<b>2 (33)</b>	0	6 (29)
Discriminação**	0	9 (13)	1 (4)	1 (3)	5 (8)	1 (4)	0	1 (7)	<b>3 (15)</b>
Física**	0	<b>5 (7)</b>	0	0	1 (2)	0	0	0	1 (4)
Assédio sexual**	0	<b>5 (7)</b>	0	0	1 (2)	0	0	1 (7)	0
Qualquer tipo*	2 (40)	<b>38 (54)</b>	5 (20)	16 (52)	19 (28)	8 (32)	2 (33)	3 (21)	9 (39)

\* razões de probabilidades  $p < 0,05$ ; \*\* razões de probabilidades  $p > 0,05$  por grupo profissional

### Frequência de experiências de violência

Mais de metade das vítimas de violência física consideram-na frequente no seu local de trabalho (5 de 6 – 83,3%). Mais de metade das vítimas de violência já o foram mais do que uma vez (quadro 10).

**Quadro 10 Frequência de experiência pessoal por tipo de violência**

Tipo de violência	Frequência com que o respondente tem sido vítima		
	A toda a hora	Às vezes	Uma vez
Verbal	2 (2,8%)	52 (73,2%)	17 (23,9%)
Moral	4 (9,3%)	36 (83,7%)	3 (7,0%)
Discriminação	7 (35,0%)	12 (60,0%)	1 (5,0%)
Sexual	0	4 (57,1%)	3 (42,9%)

### Violência por sexo das vítimas

Todos os tipos de violência (excepto o assédio sexual) são mais prevalentes nos profissionais de saúde do sexo masculino (embora não sejam diferenças estatisticamente significativas) (quadro 11).

**Quadro 11 Prevalência em percentagem da violência por sexo da vítima**

Tipo de violência	Sexo	
	masculino	feminino
Verbal	33	26
Discriminação	10	7
Pressão moral	22	15
Física	6	2
Assédio sexual	2	3
Qualquer tipo	46	35

## Violência por tipo de utentes com quem as vítimas trabalham mais frequentemente

A agressão verbal, a pressão moral, o assédio sexual, e acima de tudo, a violência global (qualquer tipo) parece ser mais prevalente entre os trabalhadores da saúde que têm contacto com doentes femininas (quadro 12), apesar de não ser uma diferença estatisticamente significativa. A discriminação e a violência física são mais frequentes para os trabalhadores da saúde que contactam mais com doentes masculinos.

**Quadro 12 Prevalência da violência (%) por sexo predominante dos doentes com os quais os trabalhadores contactam**

Tipo de violência	Sexo predominante dos doentes com os quais os trabalhadores contactam		
	feminino	masculino	ambos
Verbal	36,8	32,0	28,6
Moral	31,6	21,7	15,3
Discriminação	5,3	19,0	7,0
Física	0	8,0	1,6
Sexual	10,5	0	2,7
Qualquer tipo	57,9	52,0	36,3

## Caracterização do agressor

Para a maior parte dos tipos de violência, os doentes e/ou clientes e os seus familiares são os agressores mais frequentes dos trabalhadores da saúde (quadro 13). Com excepção da discriminação e pressão moral mais frequentemente perpetradas por colegas. Todos os casos de agressão física foram levados a cabo por agressores masculinos.

**Quadro 13 Categorização do agressor**

Tipo de violência	Doente/cliente	Família do doente/cliente	Público	Colega de trabalho	Trabalhador externo à instituição
Verbal	24 (33,3%)	33 (45,8%)	2 (2,8%)	13 (18,1%)	0
Moral	5 (11,6%)	5 (11,6%)	1 (2,3%)	30 (69,8%)	2 (4,7%)
Discriminação	1 (5,0%)	0	0	19 (95,0%)	0
Física	3 (60,0%)	0	1 (20,0%)	1 (20,0%)	0
Sexual	3 (42,9%)	1 (14,3%)	0	3 (42,9%)	0

## Onde ocorre a violência

A violência experimentada pelos trabalhadores da saúde inquiridos ocorre habitualmente no hospital onde trabalham (quadro 14).

**Quadro 14 Local de ocorrência da violência**

TIPO DE VIOLÊNCIA	ONDE OCORRE A VIOLÊNCIA	
	No hospital	Outro local
Verbal	73 (100%)	0
Moral	42 (97,7%)	1 (2,3%)
Discriminação	20 (100%)	0
Física	6 (100%)	0
Sexual	6 (100%)	0

### Impacto da violência em termos individuais

O impacto da violência na vítima foi medido numa escala de 1 a 5, em que 1 é nunca e 5 sempre, no que se refere à experiência dos problemas que podem surgir numa situação de estresse pós-traumático e que estão listados no quadro 15. A discriminação parece ser o tipo de violência mais perturbadora para os profissionais da saúde.

**Quadro 15 Impacto da violência na vítima**

Problemas sentidos pelas vítimas de violência	Violência verbal	Pressão moral	Discriminação	Violência física	Assédio sexual
Tenho recordações, pensamentos e imagens <u>perturbadoras</u> e <u>repetitivas</u> do incidente	1,85±1,01	2,45±1,20	<b>3,00±1,33</b>	1,71±1,25	1,86±0,90
Evito pensar ou falar acerca do incidente ou ter sensações/sentimentos relacionadas com o mesmo	2,52±1,50	2,84±1,46	<b>3,40±1,31</b>	3,00±2,19	3,29±1,70
Estou hipervigilante (“pé atrás”, sobreaviso, muito alerta)	3,26±1,28	3,74±1,16	<b>4,00±1,21</b>	<b>4,00±1,41</b>	2,71±1,50
Sinto que tudo o que faço, no meu trabalho, é um esforço	1,89±1,11	2,35±1,25	<b>2,42±1,30</b>	2,00±0,89	1,57±0,98

### Reacções institucionais à violência

Apenas numa minoria de casos se observam reacções institucionais à violência (quadro 16). De qualquer modo, o balanço da apreciação da forma da instituição lidar com o caso de violência é negativo (quadro 17).

**Quadro 16 Reacções institucionais à violência (números absolutos)**

		Verbal	Moral	Discriminação	Física	Sexual
Foram tomadas medidas para investigar as causas do incidente	Sim	8	6	1	0	2
	Não	54	33	4	6	16
	Não sei	1	3	1	0	2
Pelo chefe		6	3	3	0	0
Pela associação profissional		1	2	0	0	0
Pelo sindicato		1	2	0	0	0
Pela polícia		2	0	0	1	0

**Quadro 17 – Satisfação com a forma como a instituição lidou com o incidente (números absolutos)**

		Verbal	Moral	Discriminação
Grau de satisfação	Muito insatisfeito	14	14	0
	Insatisfeito	25	20	3
	Satisfeito	16	2	1
	Bastante satisfeito	3	1	1
	Muito satisfeito	1	3	0

## RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO DO CENTRO DE SAÚDE

*Relatório* preparado por P Ferrinho

*Comentários críticos/ Apreciação* dos Membros da Comissão Científica

*Análise* por P Ferrinho

*Introdução em base de dados* por Vasco Bela

*Trabalho de campo* coordenado por P Ferrinho e realizado por A R Antunes, V Bela, A M Bugalho, A R Costa, M C Conceição, I Craveiro, P Ferrinho, I Flores,

*Estudo financiado* pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Ordem dos Enfermeiros e AGO.

### População estudada

No complexo 221 pessoas responderam ao questionário (taxa de resposta total de 86%). Contudo a taxa de resposta varia de questão para questão. A taxa de resposta por unidade do CS é apresentada no quadro 18.

**Quadro 18 Taxa de resposta (%) por unidade do CS (entre parêntesis está o número total esperado de profissionais de saúde)**

	Sede	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	Unidade de tuberculose	Unidade de saúde mental

<b>Taxa de resposta</b>	74 (121)	89 (55)	93 (31)	82 (44)	39 (18)	100 (9)
-------------------------	----------	---------	---------	---------	---------	---------

Houve 92 (42%) respondentes na sede do CS e os outros estavam distribuídos pelos outros centros subsidiários: 49 (22%) num, 35 (16%) noutra, 29 (13%) no seguinte, 9 (4%) no CS mental e 7 (3%) na unidade de tuberculose.

Responderam 50 homens (23%) e 168 mulheres (77%). A distribuição etária é apresentada no quadro 19. A maior parte dos trabalhadores tinham idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos.

**Quadro 19 Distribuição etária**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Menos de 20</b>	1	0,5
<b>20-24</b>	5	2,3
<b>25-29</b>	15	6,8
<b>30-34</b>	16	7,3
<b>35-39</b>	30	13,6
<b>40-44</b>	36	16,4
<b>45-49</b>	<b>47</b>	<b>21,4</b>
<b>50-54</b>	40	18,2
<b>55-59</b>	16	7,3
<b>60 ou mais</b>	14	6,4
<b>Total</b>	220	100,0

A maioria é casada (n= 137, 62%) ou vive em união de facto (n=13, 6%), 33 são solteiros (15%), 32 divorciados ou separados (15%) e cinco viúvos (2%). Apenas 27 (13%) vieram de outro país para Portugal. Oito (4%), nove (5%) e 11 (6%), respectivamente, sentem que no país, nas suas áreas de residência ou no CS, fazem parte de um grupo étnico minoritário.

Os três maiores grupos profissionais são enfermeiros, administrativos e médicos de família (quadro 20).

**Quadro 20 Grupos profissionais**

	Frequência	%
Enfermeiros	53	24,3
Pessoal administrativo	52	23,9
Médicos de família	50	22,9
Auxiliares médicos	22	10,1
Pessoal de limpeza	15	6,9
Outras especialidades médicas	9	4,1
Outros profissionais com diploma universitário	7	3,2
Segurança	5	2,3
Técnicos de diagnóstico	3	1,4
Outros	2	,9
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

Cento e sessenta e cinco (76%) pertencem ao quadro de pessoal do CS, 35 (16%) são trabalhadores contratados e 16 (7%) são empregados através de outro regime contratual. Cento e oitenta e nove (87%) são trabalhadores a tempo inteiro, 27 (12%) são trabalhadores em *part-time* e 1 é um trabalhador casual.

Quarenta e sete (23%) disseram que trabalham noutra local. Trinta e seis (17%) trabalha por turnos e 95 (45%) disseram trabalhar entre as 20.00 e 08.00 horas.

Cento e noventa e cinco (90%) declarou ter contacto directo com os utentes e 118 (56%) contacto físico; 156 (75%) disse ter contacto com crianças, 163 (79%) contacta com adolescentes, 182 (88%) contacta com adultos e 165 (80%) com idosos. A maioria (n=134, 65%) declara ter contacto igual com utentes de ambos os sexos, 49 (24%) têm contacto sobretudo com pacientes femininas e 5 (2%) sobretudo com pacientes masculinos.

### **CS estudado: políticas de saúde e segurança, mudanças observadas e satisfação profissional**

No caso de existirem políticas sobre saúde e segurança no CS, elas são desconhecidas pela maioria do pessoal (quadro 21).

**Quadro 21 Percepções sobre a existência de políticas de saúde e segurança**

	Frequência	%
Existem	47	22,9
<b>Não conhece nenhuma política</b>	<b>154</b>	<b>77,0</b>
Existem políticas sobre violência física	13	6,3
Existem políticas sobre discriminação	1	0,5
Existem políticas sobre pressão moral	2	1,0
Existem políticas sobre agressão verbal	7	3,4
Existem políticas sobre assédio sexual	1	0,5

No complexo do CS os últimos dois anos foram tempos de mudança. Estas mudanças não são percebidas uniformemente por todo o pessoal (quadro 22). O seu impacto no trabalho dos profissionais de saúde é tendencialmente entendido de forma mais negativa do que positiva (quadro 23).

**Quadro 22** Percepções das mudanças observadas no CS nos últimos dois anos

	Frequência	%
Houve mudanças nos últimos dois anos	94	44,5
Houve cortes de pessoal	59	28,0
Houve contratação de pessoal	62	29,4
Houve restrição de recursos	52	24,6
Houve aumento de recursos	26	12,3
Não sabe de nenhuma mudança	43	20,5

**Quadro 23** Impacto das mudanças observadas no CS nos últimos dois anos

	Frequência	%
Não tiveram impacto	37	20,2
As condições de trabalho pioraram	58	31,5
Melhoria das condições de trabalho	40	21,7
Agravou-se a situação para os utentes	31	16,8
Melhorou a situação para os utentes	23	12,5
Não sabe	33	17,9

Contudo, quando é pedido para comentar a afirmação segundo a qual "as condições de trabalho na sua unidade do CS são adequadas para um bom desempenho das suas tarefas profissionais", a percepção dos profissionais de saúde é a de que as condições de trabalho são mais positivas do que negativas (quadro 24).

**Quadro 24** Grau de concordância com a questão "Em geral, considera que no CS existem condições para um bom exercício da sua profissão?"

	Frequência	%
Discorda totalmente	15	7,3
Discorda	51	24,9
Nem concorda nem discorda	37	18,0
Concorda	90	43,9
Concorda totalmente	12	5,9



## Violência contra os profissionais de saúde

No quadro 25 encontram-se resumidos os diferentes tipos de violência observados. Em nenhum dos casos de violência física foi usada arma.

**Quadro 25 Tipos de violência observada no CS ao longo dos 12 meses que antecederam o estudo**

Tipo de violência	O próprio foi a vítima de violência	O próprio testemunhou violência contra outro profissional de saúde
<b>Qualquer tipo</b>	133 (60%)	
<b>Violência Física</b>	7 (3%)	7 (4%)
<b>Contra a propriedade</b>	32 (15%)	
<b>Psicológica</b>	117 (54%)	
<b>Verbal</b>	111 (51%)	113 (55%)
<b>Pressão Moral</b>	50 (23%)	41 (20%)
<b>Discriminação</b>	9 (4%)	11 (5%)
<b>Assédio sexual</b>	2 (1%)	1 (0,5%)

A sobreposição entre os diferentes tipos de violência é apresentada no quadro 26. As pessoas que relatam pressão moral ou violência física, ou violência contra a propriedade com mais frequência relatam também experiências de violência verbal. As duas pessoas que referem assédio sexual relatam também violência verbal e violência contra a propriedade. Todos os que sofreram discriminação relatam também violência verbal e a maioria refere também pressão moral.

**Quadro 26 Sobreposição entre diferentes tipos de violência (números absolutos)**

Tipo de violência	Verbal	Moral	Contra a propriedade	Discriminação	Física	Sexual
<b>Verbal</b>	111	44	22	9	5	2
<b>Moral</b>	44	50	12	7	3	1
<b>Contra a propriedade</b>	22	12	32	3	2	2
<b>Discriminação</b>	9	7	3	9	0	1
<b>Física</b>	5	3	2	0	7	0
<b>Sexual</b>	2	1	2	1	0	2

## Violência por unidade de saúde do complexo do CS

A percentagem de profissionais de saúde que referem violência é bastante semelhante entre as diferentes unidades do CS (quadro 27). A unidade de saúde mental sobressai devido à alta prevalência de violência verbal e de violência contra a propriedade.

**Quadro 27 Prevalência de violência nas diferentes unidades do complexo do CS**

Tipo de violência	Sede	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	Unidade de tuberculose	Unidade de saúde mental
<b>Verbal</b>	50	59	50	37	43	<b>78</b>
<b>Moral</b>	15	27	<b>38</b>	29	29	11
<b>Contra a propriedade</b>	18	14	7	9	14	<b>33</b>
<b>Discriminação</b>	5	<b>6</b>	3	3	0	0
<b>Física</b>	2	2	7	3	<b>14</b>	0
<b>Sexual</b>	0	2	0	0	0	<b>11</b>
<b>Qualquer tipo</b>	55	67	55	46	57	78

## Violência por grupo profissional

A percentagem dos diferentes grupos profissionais relatando qualquer tipo de violência é apresentada no quadro 28. A violência indiferenciada (qualquer tipo) e a violência física são mais frequentemente vividas pelos enfermeiros. A violência verbal e a pressão moral são as mais frequentes entre os administrativos. A violência contra a propriedade é mais frequentemente dirigida contra a propriedade de médicos. Os médicos de família e o pessoal administrativo foram os únicos dois grupos a referirem o assédio sexual.

Quadro 28 Frequência ( e taxa de prevalência) de violência por grupos profissionais

Tipo de violência	Enfermeiros	Administrativos	Médicos Família	Auxiliares	Pessoal de limpeza	Outras especialidades médicas	Outra formação universitária	Seguranças	Técnicos de diagnóstico	Outros
Verbal	35 (67)	<b>37 (71)</b>	22 (44)	5 (24)	3 (20)	2 (25)	5 (71)	1 (20)	1 (33)	0
Moral	12 (23)	<b>18 (35)</b>	15 (31)	2 (9)	0	1 (11)	1 (14)	1 (20)	2 (67)	0
Contra a propriedade	8 (15)	7 (14)	<b>12 (24)</b>	0	0	<b>2 (25)</b>	1 (14)	0	<b>0</b>	0
Discriminação	3 (6)	3 (6)	2 (4)	0	0	0	<b>1 (14)</b>	0	0	0
Física	<b>4 (8)</b>	0	2 (4)	0	0	0	0	0	0	0
Sexual	0	<b>1 (2)</b>	<b>1 (2)</b>	0	0	0	0	0	0	0
Qualquer tipo	<b>36 (74)</b>	35 (70)	29 (58)	6 (29)	4 (29)	3 (33)	3 (60)	2 (40)	1 (33)	0

## Frequência de experiências de violência

Mais de metade das vítimas de agressão verbal e de pressão moral consideram-nas frequentes no seu local de trabalho (quadro 29).

Quadro 29 Percepção da frequência da violência pelas vítimas dessa mesma violência

Tipo de violência	Considera a violência frequente?	
	sim	não
Verbal	68 (69%)	30 (31%)
Moral	22 (59%)	15 (41%)
Discriminação	3 (60%)	2 (40%)
Física	1 (33%)	2 (67%)
Sexual	0	1 (100%)

A maioria afirma ter sido vítima de violência mais do que uma vez (quadro 30).

**Quadro 30** Frequência de experiência pessoal por tipo de violência

Tipo de violência	Média ± dp	Sempre (ver como traduziu anteriormente)	Por vezes	Uma vez
Verbal		1 (1%)	75 (76%)	23 (23%)
Moral		4 (10%)	30 (71%)	8 (19%)
Contra propriedade	1,60±0,97			
Discriminação		1 (13%)	5 (63%)	2 (25%)
Física	1,67 ±0,58			
Sexual		0	1 (50%)	1 (50%)

### Violência por grupo etário das vítimas

A violência é mais frequente abaixo dos 45 anos (quadro 31).

**Quadro 31** Prevalência de violência (%) por grupos etários

Tipo de violência	Menos de 20 anos	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 ou mais
Verbal	0	25	57	<b>69</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	40	43	47	50
Moral	0	<b>50</b>	20	31	20	28	21	15	25	29
Contra a propriedade	0	<b>25</b>	20	13	10	17	13	18	6	14
Discriminação	0	<b>25</b>	0	6	7	3	7	0	6	0
Física	0	0	<b>7</b>	<b>6</b>	0	3	4	3	0	0
Sexual	0	0	0	0	<b>50</b>	<b>50</b>	0	0	0	0
Qualquer tipo	0	50	50	<b>69</b>	<b>61</b>	<b>65</b>	52	53	47	57

### Violência por sexo das vítimas

Excepto no que se refere ao assédio sexual (dois casos de um homem e uma mulher), todos os tipos de violência são mais frequentemente dirigidos contra os profissionais de saúde do sexo feminino (a diferença é estatisticamente significativa para a violência verbal, teste exacto de Fisher bilateral  $p=0,020$  e para qualquer tipo de violência, teste exacto de Fisher bilateral  $p=0,028$ ) (quadro 32).

**Quadro 32** Prevalência da violência (%) por sexo

Tipo de violência	Homem	Mulher
Verbal	35	55
Moral	14	25
Contra a propriedade	13	15
Discriminação	2	5
Física	2	3
Sexual	2	0,6
Qualquer tipo	41	61

### Violência por estado civil das vítimas

Parece não existir associação entre violência e estado civil das vítimas (quadro 33).

**Quadro 33 Prevalência da violência (%) por categoria de estado civil**

Tipo de violência	Solteiros	Casados	União de facto	Divorciados/Separados	Viúvos
Verbal	45	52	46	56	20
Moral	25	21	23	28	20
Contra a propriedade	16	13	0	26	20
Discriminação	9	4	0	3	0
Física	0	4	8	0	0
Sexual	0	2	0	0	0
Qualquer tipo	55	57	46	63	40

### Violência por estabilidade no emprego

A violência parece mais frequente entre profissionais de saúde que pertencem ao quadro efectivo do pessoal (quadro 34).

**Quadro 34 Percentagem em cada tipo de estabilidade no emprego que sofreu um tipo específico de violência**

Tipo de violência	Pertence ao quadro de pessoal da instituição	Trabalhador contratado	Outra situação
Verbal	54	46	33
Moral	25	20	6
Contra a propriedade	15	17	7
Discriminação	5	3	0
Física	4	0	6
Sexual	1	0	0
Qualquer tipo	60	43	47

### Violência por tipo de trabalho

Verifica-se uma maior prevalência de violência entre os profissionais de saúde a tempo inteiro (quadro 35). Esta diferença é estatisticamente significativa para a violência verbal e para qualquer tipo de violência (razões de probabilidades  $p=0,000$  e  $p=0,015$  respectivamente).

**Quadro 35 Prevalência de violência por regime horário**

Tipo de violência	Tempo inteiro	Part time	Trabalhadores ocasionais
Verbal	56	19	0
Moral	25	12	0
Contra a propriedade	14	22	0
Discriminação	5	0	0
Física	2	8	0
Sexual	1	0	0
Qualquer tipo	60	33	0

Os anos de experiência no sector da saúde não parecem variar significativamente entre os que viveram e os que não viveram experiências de violência (quadro 36).

**Quadro 36 Anos de experiência no sector da saúde por tipo de violência sofrido**

Tipo de violência	Média de anos de experiência no sector da saúde $\pm$ dp	
	sim	não
Verbal	19,0 $\pm$ 10,0	17,6 $\pm$ 10,4
Moral	18,7 $\pm$ 10,0	18,1 $\pm$ 10,3
Contra a propriedade	20,2 $\pm$ 9,5	18,0 $\pm$ 10,3
Discriminação	16,3 $\pm$ 9,3	18,2 $\pm$ 10,3
Física	16,0 $\pm$ 10,7	18,1 $\pm$ 10,1
Sexual	15,5 $\pm$ 0,7	18,1 $\pm$ 10,3
Qualquer tipo	19,1 $\pm$ 9,9	17,9 $\pm$ 10,6

Não emerge nenhum tipo de relação significativa entre trabalho por turnos e trabalho à noite e prevalência de violência, excepto para a pressão moral que é menos frequente entre os trabalhadores que não fazem turnos (teste exacto de Fisher bilateral  $p=0,051$ ) (quadro 37).

**Quadro 37 Prevalência de violência sofrida (%) por tipo de trabalho**

Tipo de violência	Trabalho por turnos		Trabalho de noite (18.00-07.00 horas)	
	sim	não	sim	não
Verbal	54	51	46	54
Moral	36	20	26	22
Contra a propriedade	8	16	14	16
Discriminação	6	4	2	6
Física	3	3	1	5
Sexual	0	1	2	0
Qualquer tipo	60	56	53	59

Com a excepção do assédio sexual e da pressão moral, os outros tipos de violência são mais prevalentes entre profissionais de saúde que estão envolvidos em trabalho na comunidade (teste exacto de Fisher bilateral,  $p=0,022$  para a violência indiferenciada (qualquer tipo) e  $p=0,041$  para a violência verbal) (quadro 38).

Quadro 38 Prevalência de violência sofrida (%) por trabalho envolvendo ou não trabalho na comunidade

Tipo de violência	Trabalho na comunidade	
	sim	não
Verbal	70	49
Moral	14	25
Contra propriedade	21	14
Discriminação	7	4
Física	4	3
Sexual	0	1
Qualquer tipo	78	54

Todos os tipos de violência são mais prevalentes entre os profissionais que têm contacto directo com os utentes, em especial contacto físico [razões de probabilidades  $p=0,002$  para violência verbal em associação quer com contacto directo (independentemente da natureza deste contacto) como com contacto físico,  $p=0,017$  para violência física em associação com contacto físico,  $p=0,001$  e  $p=0,020$  para qualquer tipo de violência em associação respectivamente com contacto (independentemente da natureza deste contacto) e contacto físico] (quadros 39 e 40).

Quadro 39 Prevalência de violência sofrida (%) por trabalho envolvendo ou não contacto com utentes

Tipo de violência	Contacto com utentes	
	sim	não
Verbal	55	21
Moral	25	11
Contra propriedade	16	10
Discriminação	5	0
Física	4	0
Sexual	1	0
Qualquer tipo	61	26

Quadro 40 Prevalência de violência sofrida (%) por trabalho envolvendo ou não contacto físico com utentes

Tipo de violência	Contacto físico com utentes	
	sim	não
Verbal	57	48
Moral	28	16
Contra a propriedade	19	8
Discriminação	4	5
Físicas	6	0
Sexual	2	0
Qualquer tipo	64	51

O grupo etário dos utentes com os quais os profissionais de saúde contactam não afecta a prevalência de violência (quadro 41).

**Quadro 41 Prevalência de violência (%) por grupo etário dos pacientes com os quais os profissionais de saúde contactam**

Tipo de violência	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos
Verbal	54	53	53	54
Moral	26	27	26	26
Contra a propriedade	16	17	16	18
Discriminação	5	6	5	5
Física	4	4	4	4
Sexual	1	1	1	1
Qualquer tipo	61	61	60	60

A agressão verbal e qualquer tipo de violência parecem mais frequentes entre os profissionais de saúde que têm contacto com pacientes femininos (quadro 42), apesar da diferença não ser estatisticamente significativa.

**Quadro 42 Prevalência de violência (%) pelo sexo predominante dos pacientes contactados pelos profissionais de saúde**

Tipo de violência	Homem	Mulher	Ambos
Verbal	40	60	59
Moral	16	20	27
Contra a propriedade	20	20	13
Discriminação	2	0	6
Física	2	0	5
Sexual	0	0	2
Qualquer tipo	48	75	64

Com excepção de duas situações, não surge nenhuma relação significativa no que diz respeito à associação da violência com o número de colegas de trabalho (quadro 43). As duas excepções são a aparente concentração de discriminação entre trabalhadores que trabalham isolados e o aparente aumento de violência moral à medida que aumenta o número de colegas de trabalho (qui-quadrado para a tendência não indicou associação significativa).

**Quadro 43 Prevalência da violência (%) por número de trabalhadores de saúde trabalhando lado a lado**

Tipo de violência	Nenhum	1-5	6-10	11-15	>15
Verbal	38	55	39	55	52
Moral	19	22	24	27	28
Contra a propriedade	13	13	10	27	22
Discriminação	13	3	0	0	8
Física	0	4	5	0	2
Sexual	0	1	0	0	2
Qualquer	47	57	46	64	62

### Caracterização do agressor

Os doentes e/ou clientes são os agressores mais frequentes dos trabalhadores de saúde (quadro 44).

**Quadro 44 Caracterização do agressor**

Tipo de violência	Doente/cliente	Família do paciente/cliente	Público	Colega de trabalho	Trabalhador exterior à instituição	Outro
Verbal	65 (64%)	15 (15%)	4 (4%)	17 (17%)	0	0
Moral	21 (54%)	2 (5%)	1 (3%)	1 (3%)	13 (33%)	1 (3%)
Discriminação	3 (50%)	0	1 (17%)	2 (33%)	0	0
Física	3 (100%)	0	0	0	0	0
Sexual	1 (100%)	0	0	0	0	0

A mulher agride mais frequentemente através de agressões verbais e pressão moral e os homens utilizam os outros tipos de violência (quadro 45).

**Quadro 45 Sexo do agressor por tipo de violência**

Tipo de violência	Feminino	Masculino
Verbal	50 (52%)	47 (48%)
Moral	26 (68%)	12 (32%)
Discriminação	4 (40%)	6 (60%)
Física	1 (33%)	2 (67%)
Sexual	0	1 (100%)

Os agressores são com mais frequência adultos (quadro 46).

**Quadro 46 Grupo etário do agressor por tipo de violência**

Tipo de violência	Crianças < 10	Adolescentes 10-18	Adultos 19-65	Idosos > 65
Verbal	1 (1%)	8 (8%)	89 (88%)	3 (3%)
Moral	0	2 (5%)	35 (92%)	1 (3%)
Discriminação	0	0	6 (100%)	0
Física	1 (33%)	0	2 (67%)	0
Sexual	0	0	1 (100%)	0

### Quando e onde ocorre a violência

Normalmente, a violência experimentada pelos trabalhadores de saúde entrevistados ocorre na unidade do CS onde trabalham (quadro 47).

**Quadro 47 Local onde ocorre a violência**

Tipo de violência	No CS	Na urgência do hospital local <sup>1</sup>	Outro
Verbal	98 (98%)	1 (1%)	1(1%)
Moral	37 (97%)	-----	1
Discriminação	5 (100%)	-----	0
Física	3 (100%)	-----	
Sexual	1 (100%)	-----	0

O facto do número da amostra ser pequeno não permite retirar conclusões, mas apenas referir que os poucos casos de violência física ocorreram na sua maioria à tarde(1 de manhã e 2 à tarde), aos sábados (1 em 3, os outros 2 não recordam o dia) e na véspera de um feriado (2 em 3).

### Violência observada

Apesar de a maioria dos trabalhadores afirmar ter testemunhado actos de violência ao longo dos 12 meses que antecederam o estudo (quadro 48), apenas um apresentou queixa deste testemunho.

**Quadro 48 Número de vezes em que foi testemunhado um acto de violência ao longo dos últimos 12 meses**

	Frequência	%
Uma vez	3	1,4
5-10 vezes	207	97,2
Várias vezes por mês	1	0,5
Uma vez por semana	1	0,5
Diariamente	1	0,5
Total	213	100,0

<sup>1</sup> Esta questão apenas foi aplicada ao pessoal da unidade de saúde mental.



## Reacções individuais à violência

No quadro 49 são apresentadas as reacções das vítimas aos diferentes tipos de violência. Os supervisores e os colegas surgem como o apoio mais frequente para os incidentes de violência, excepto para o assédio sexual e a discriminação. Na maioria das vezes, as vítimas de discriminação fazem de conta que nada aconteceu e recorrem mais frequentemente aos seus familiares do que aos seus colegas de trabalho. Também se verifica que procuram com frequência aconselhamento ou a ajuda da associação profissional. As vítimas de pressão moral ou violência verbal procuram mais os conselhos do chefe, dos colegas ou dos familiares, por esta ordem.

**Quadro 49 Medidas tomadas pela vítima em reacção à agressão (percentagem de coluna; possível mais do que uma opção)**

Medidas tomadas pela vítima	Violência verbal	Pressão moral	Discriminação	Violência física	Assédio sexual
Disse/pediu à pessoa para parar	38 (37%)	10 (24%)	1 (14%)	2	1
Fingiu que nada tinha acontecido	17 (17%)	4 (10%)	2 (29%)	0	1
Autodefesa (física)				1	
Disse à família/amigos	16 (16%)	12 (29%)	4 (57%)	0	1
Disse aos colegas	28 (28%)	13 (31%)	1 (14%)	1	0
Disse ao chefe	47 (46%)	17 (41%)	0	2	0
Procurou ajuda	9 (9%)	6 (14%)	2 (29%)	0	0
Pediu ajuda ao sindicato	2 (2%)	0	0	0	0
Pediu ajuda à associação profissional	3 (3%)	0	1 (14%)	0	0
Mudou de serviço/funções	0	0	0	0	0
Denunciou o incidente por escrito	11 (11%)	3 (7%)	1 (14%)	1	0
Iniciou processo judicial	2 (2%)	0	0	0	0
Exigiu indemnização	0	0	0	0	0

## Impacto individual da violência

O impacto da violência nas vítimas foi medido numa escala de 1 a 5, onde 1 significa nunca e 5 sempre, no que se refere à experiência dos problemas que podem surgir numa situação de estresse pós-traumático e que estão listados no quadro 50. A discriminação parece surgir como o tipo de violência mais perturbadora para os profissionais de saúde.

**Quadro 50 Impacto da violência na vítima**

Problemas sentidos pelas vítimas de violência	Violência verbal	Pressão moral	Discriminação	Violência física	Assédio/sexual *
Ter recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas do incidente	2,33±1,16	2,79±1,32	3,17±0,75	1,50±1,00	3
Evitar pensar ou falar acerca do incidente ou ter sensações/sentimentos relacionadas com o mesmo	2,63±1,47	2,89±1,47	3,00±1,41	2,75±1,71	3
Estar hipervigilante (“pé atrás”, sobreaviso, muito alerta)	3,13±1,44	3,49±1,34	4,14±1,46	4,5±1,7	---
Sentir que, tudo o que faz no seu trabalho, é um esforço	2,04±1,25	2,75±1,50	3,00±0,58	21,5±1,00	3

\*apenas uma resposta

### Reacções institucionais à violência

Apenas num pequeno número de casos se registam reacções institucionais à violência (quadro 51). Na geral, o balanço é negativo, relativamente à forma como as instituições lidam com casos de violência

**Quadro 51 Reacções institucionais à violência (números absolutos)**

	Violência verbal	Pressão moral	Discriminação	Violência física	Assédio sexual
Foram tomadas medidas para investigar as causas do incidente	29	9	0	1	-----
Pelo chefe	17	7	0	1	-----
Pela associação profissional	1	8	0	0	-----
Pelo sindicato	2	8	0	0	-----
Pela polícia	4	1	0	1	-----
Satisfação com a forma como a instituição lidou com o caso	32 contentes ou muito contentes 35 descontentes ou muito descontentes	7 contentes ou muito contentes 16 descontentes ou muito descontentes	1 contente 4 descontentes ou muito descontentes	1 contente 2 descontentes ou muito descontentes	Sem resposta

Todas as vítimas de violência física consideraram que o incidente poderia ter sido evitado, mas apenas cerca de metade das vítimas de outros tipos de violência consideraram o mesmo (47/111 verbal; 23/50 moral; 5/9 discriminação).

Quando questionados acerca das medidas mais importantes que deviam ser tomadas tendo em vista reduzir os actuais níveis de violência, 60% (n=72) das vítimas de violência, independentemente do tipo de violência, apresentaram sugestões, mas apenas 34% (n=35) das não vítimas o fizeram. Essas sugestões estão patentes no quadro 52.

**Quadro 52. Medidas necessárias para reduzir os níveis de violência**

Medidas necessárias para reduzir os níveis de violência	Exemplos
Necessário melhorar as condições físicas do CS	Iluminação, estruturas do edifício
Necessário melhorar a organização de trabalho	Mais trabalho de equipa, melhores planos para corrigir os problemas de desrespeito pelas horas de trabalho
Necessário melhorar as condições de trabalho	Mais pessoal, mais recursos
Melhorar o relacionamento humano	Na recepção e até durante a consulta
Os utentes não são suficientemente informados	-----
Os agressores precisam saber que a violência tem consequências	-----
Necessário conhecer os actuais níveis de violência	Melhores sistemas de denúncia
Falta de capacidade das vítimas para lidarem com os episódios de violência	-----
Mais segurança	Sistemas de vídeo, pessoal de segurança, polícia no local ou de chamada

**Consequências para o agressor**

Só uma pequena parte dos agressores sofreu algum tipo de consequências(quadro 53).

**Quadro 53 Consequências da violência para o agressor (em números absolutos)**

	Violência Verbal	Pressão Moral	Discriminação	Violência Física	Assédio Sexual
Nenhuma	28	10	---	---	---
Repreensão verbal	10	2	0	---	---
Interrupção de cuidados	5	2	0	---	---
Queixa à polícia	6	0	0	---	---
Procedimentos legais	3	0	0	---	---
Não sabe	8	5	0	---	---

## RESULTADOS DO ESTUDO DE REPRESENTANTES INSTITUCIONAIS (*STAKEHOLDERS*)

*Relatório preparado* por I Craveiro, A R Antunes and P Ferrinho

*Comentários críticos/Apreciação* dos Membros da Comissão Científica

*Análise de conteúdo* por I Craveiro and A R Antunes

*Trabalho de campo* por A R Antunes, I Fronteira, I Craveiro, I Flores e P Ferrinho durante o período Setembro-Novembro 2001

*Estudo financiado* pela OIT e AGO

Como foi antes mencionado, a análise de conteúdo foi conduzida tendo em vista responder às seguintes questões: “quais os procedimentos e políticas institucionais para lidar com a violência contra os profissionais de saúde?”; “quais as consequências para os serviços de saúde?”; “como se posicionam as instituições entrevistadas sobre este problema?”; e “quais as soluções possíveis?”.

A taxa de resposta para a amostra descrita no quadro 1 está resumida no quadro 54.

**Quadro 54 Taxa de resposta para o estudo de representantes institucionais (*stakeholders*)**

REPRESENTANTES INSTITUCIONAIS	Número de entrevistas	Taxa de resposta %		
Líderes Sindicais	5 (em 7)	71,4		
Representantes de Associações Profissionais e de Ordens Profissionais	5 (em 5)	100		
Gestores da DGS do Ministério da Saúde e do SNS	<b>Amostra simples de CS da Região de saúde seleccionada</b>	6* (em 9)	66,6	
	Amostra simples de Hospitais da Região de saúde seleccionada	6** (em 9)	66,6	
	DGS	2 (em 3)	66,6	
	Departamento de Recursos Humanos	0 (em 1)	0	
	Autoridades de Saúde Regionais e Sub-regionais	3 (em 8)	37,5	
	INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)	1 (em 1)	100	
	Subtotal	18 (em 31)	58,1	
<b>Total</b>	<b>28 (em 43)</b>	<b>65,1</b>		

**\* 1 entrevista conjunta com o director e o vogal de enfermagem; \*\* em todas as entrevistas estiveram presentes os directores clínicos e o chefe de enfermagem**

Os resultados estão divididos em três secções, referentes respectivamente às opiniões de (i) líderes sindicais, (ii) representantes de Associações e das Ordens Profissionais (iii) gestores do SNS.

## **Líderes sindicais**

Foram entrevistados cinco líderes sindicais

### ***Como se posicionam os Sindicatos quanto à importância do problema de VCPSNLT?***

Todos os entrevistados consideraram a VCPSNLT como um problema muito importante. A agressão verbal foi apresentada como sendo muito frequente. Dois dos entrevistados identificaram a pressão moral quer de colegas quer de utentes, como o tipo de violência mais preocupante. Quanto à violência física, esta foi considerada importante pelos médicos e enfermeiros que têm que lidar directamente com os pacientes mas não pelos outros profissionais de saúde. A “violência institucional” foi mencionada por dois dos entrevistados como resultado da falta de competência dos gestores dos serviços de saúde. O assédio sexual e a discriminação foram considerados quase não existentes e acredita-se que quando acontece o facto não é relatado, sobretudo quando a pessoa responsável pela violência é um gestor ou um profissional mais velho.

Uma das razões apontadas para a importância da VCPSNLT tem a ver com o crescente número de casos relatados, e o aumento da sua gravidade dos casos, particularmente da violência física. Este aumento na frequência da violência reflecte dois fenómenos da sociedade moderna: por um lado, a maior visibilidade da violência na cultura moderna e, por outro lado, uma crescente percepção dos direitos por parte dos cidadãos, com o correspondente crescimento no nível das exigências. Esta consciência crescente dos direitos não foi acompanhada por uma evolução semelhante em termos de educação cívica.

De acordo com os entrevistados, não se verificaram mudanças quanto ao local onde ocorre a violência: continua a ser mais usual nas urgências hospitalares, nos serviços de ambulatório e durante as visitas domiciliárias.

### ***Quais os procedimentos e políticas dos Sindicatos para lidar com a VCPSNLT***

Apenas quatro dos líderes sindicais responderam a esta questão. Três Sindicatos referem que documentam a situação e pressionam os ministros por forma a melhorar as condições de trabalho, aumentar a segurança, e prover uma maior disponibilidade de serviços de saúde para as vítimas de VCPSNLT. Esta abordagem foi descrita como sendo uma “denúncia sistemática”. A maior limitação para iniciar acções legais prende-se com a dificuldade em obter provas que se possam apresentar num tribunal.

“(…) é extremamente complicado agir. O sindicato, em si, não tem, como organização, meios para dar apoio psicológico (...) e face aos constrangimentos legais impostos e às complicações dos processos, às implicações burocráticas, as coisas acabam .. por não se resolver, portanto os agressores acabam por ficar impunes”.

Quanto ao outro Sindicato, este ouve todas as partes envolvidas, mas aparenta ter uma postura menos activa quanto a esta matéria.

Quanto às vítimas de VCPSNLT, quatro dos Sindicatos fornecem apoio moral e disponibilizam os meios legais existentes no Sindicato.

### ***Quais as consequências para os serviços de saúde e para as vítimas?***

No quadro 55 estão resumidas as consequências mencionadas pelos responsáveis sindicais.

**Quadro 55. O impacto da VCPSNLT segundo os líderes sindicais**

Segundo os entrevistados a violência dá origem a que os profissionais falem ao trabalho, à falta de pontualidade, à aversão ao local de trabalho e à diminuição no desempenho do pessoal e da instituição, bem como a pedidos de transferência de um serviço para outro e até para outra instituição. O resultado é baixa de produtividade e aumento nos tempos de espera.
Violência repetida pode dar origem a "burnout", baixas por doença, reformas antecipadas ou mesmo doenças psicossomáticas.
Violência gera violência e as vítimas podem eventualmente, elas próprias, tomar atitudes violentas que agravam as barreiras no relacionamento entre profissionais e utentes.
Os episódios de violência dão uma má imagem da instituição

**Quais as soluções possíveis.**

A totalidade das soluções propostas para resolver o problema da VCPSNLT está resumida no quadro 56.

**Quadro 56. Medidas para reduzir a VCPSNLT segundo os líderes sindicais**

SOLUÇÕES	COMENTÁRIOS
<b>MEDIDAS APRESENTADAS A PRIORI PELOS ENTREVISTADORES</b>	
Medidas de segurança (pessoal de segurança, PORTEIROS, sistemas de alarmes, telemóveis)	Considerado importante por 4 dos Sindicatos (por si só ou como medida intermédia enquanto os problemas básicos que levam à violência são resolvidos.
Melhorar as condições dos edifícios (iluminação, barulho, temperaturas, higiene, privacidade)	Considerado importante por todos os sindicatos
Limitar o acesso ao público	Apoiado por dois sindicatos
Triagem de doentes com comportamentos agressivos	Nenhum sindicato concordou com esta medida
Protocolos explícitos para doentes (transporte, procedimentos, etc.)	Apoiado por um Sindicato
Medidas na área dos recursos humanos (rácio de enfermeiros, médicos, administrativos e outro pessoal mais adequado)	<b>Apoiado por um Sindicato</b>
Horas de trabalho (número, trabalho por turnos, serviço nocturno) mais adequadas	Apoiado por todos os Sindicatos
<b>OUTRAS</b>	
Melhorar a recepção aos doentes, treinando o pessoal de saúde envolvido no contacto directo com os doentes	Medidas que incidem nos profissionais de saúde
Introduzir incentivos para fixar o pessoal a um local de trabalho	
Melhorar a eficiência/effectividade dos serviços de saúde	Medidas que incidem nos serviços
Melhorar a qualidade dos serviços prestados	
Educação cívica para todos os cidadãos	Medidas que incidem na população
Maior responsabilização dos utentes	

## Líderes de Ordens e Associações Profissionais

### ***Como se posicionam as Associações Profissionais e as Ordens quanto à importância do problema de VCPSNLT?***

Todos os líderes consideram a VCPSNLT um assunto importante.

**O presidente da Ordem dos Médicos** considerou a violência verbal a mais frequente, sobretudo quando os médicos trabalham sozinhos, como é o caso dos médicos de família nos CS. Contudo, a forma de violência mais preocupante, mesmo sendo a menos frequente, é a violência física. Também a pressão moral dos doentes para com os médicos, especialmente em relação aos atestados, é bastante significativa. A violência médico/médico também foi mencionada. Existem alguns relatos de episódios de xenofobia, sobretudo contra colegas brasileiros, mas não há relatos de assédio sexual.

Segundo este entrevistado os padrões de violência evoluíram. O tipo de violência que mais aumentou foi a violência verbal. A violência física aumentou especialmente nos últimos 13 anos. Também a violência contra colegas é agora mais frequente do que no passado, sobretudo devido à sobrecarga de trabalho. Este aumento do nível de violência observada tem que ser analisada num contexto de uma sociedade também ela mais violenta agora que no passado.

Os CS são os locais de trabalho mais violentos. A razão prende-se com o facto de os doentes se sentirem em casa e bastante familiarizados com o pessoal de saúde.

Para o **Presidente da Ordem de Enfermeiros** é necessário conhecer em profundidade os comportamentos que resultam em agressão. Este é um aspecto importante tendo em conta o impacto da VCPSNLT na qualidade dos cuidados prestados.

Os comportamentos mais frequentes e mais preocupantes são os que dão origem a agressão verbal. A violência física é um problema menor e o assédio e a discriminação são muito pouco usuais.

A violência, particularmente a verbal, aumentou significativamente.

Os serviços de urgência são os locais onde a violência é mais frequente, onde os enfermeiros são normalmente os profissionais de primeiro contacto.

**Para as outras Associações Profissionais** encontramos posições diferentes. Para uma delas, o objectivo do agressor é magoar, num contexto pessoal de desespero em que existe também uma incapacidade para reagir de forma mais construtiva.

Para outras, o tipo de violência mais preocupante é o que resulta da “*perseguição institucional*”, porque os médicos podem interferir com interesses políticos e económicos estabelecidos. Isto é especialmente aplicável ao caso dos médicos de saúde pública. Este tipo de violência foi também mencionada por uma outra associação profissional, em especial em situações de competição para posições de liderança profissional – os derrotados são frequentemente perseguidos e repetidamente humilhados pelos vencedores, levando muitos profissionais a procurar outros locais de trabalho.

A violência entre colegas é também considerada bastante frequente. A agressão verbal, bem como a pressão psicológica, aparecem sob a forma de “ameaças de processos disciplinares por negligência”. A discriminação racial não é considerada preocupante. O assédio sexual, embora pouco usual, é apontado como “de alguma forma preocupante” na medida em que normalmente dá origem a processos em tribunal. O assédio sexual parece aumentar na mesma proporção dos profissionais femininos.

Mais uma vez a agressão contra os médicos de família é vista como a mais preocupante. Estes médicos trabalham sozinhos nos seus consultórios. Além disso, a proporção de mulheres médicas de família é maior do que noutras especialidades médicas. Segundo estes entrevistados, a violência é particularmente frequente contra profissionais que trabalham depois do horário normal.

Quanto ao seu impacto, o tipo de violência mais preocupante é a VCPSNLT que acontece diariamente. Não é a violência física, que é pouco usual embora com consequências mais graves, mas antes a pressão moral. Uma das consequências mais frequentes deste tipo de violência é o “*burnout*”.

Embora a VCPSNLT seja vista como um fenómeno bastante preocupante e em crescimento, também deve ser visto no contexto de uma sociedade mais violenta e menos tolerante. Enquanto no passado a violência acontecia com maior frequência nos serviços de urgência, actualmente está mais generalizada. Um factor que contribui para este aumento da VCPSNLT é a percepção da saúde como “um valor muito importante”. Outro factor é o crescimento do estatuto profissional e académico da profissão de enfermagem. Também os pacientes são diferentes: mais informados e mais instruídos do que no passado, mais conscientes dos seus direitos, chegam aos serviços de saúde com uma atitude mais exigente. Entre os utentes, alguns grupos étnicos são considerados particularmente violentos como, por exemplo, os toxicodependentes.

#### ***Quais os procedimentos e políticas institucionais para lidar com a VCPSNLT***

Assim que a **Ordem dos Médicos** tem conhecimento de um episódio de VCPSNLT que afecte médicos, é enviada uma carta à vítima oferecendo apoio legal e, se necessário, é pedida protecção às autoridades competentes.

**A Ordem de Enfermeiros** não tem nenhum procedimento formal para estas situações.

Das três **Associações Profissionais**, uma investiga todos os casos de que tem conhecimento, mas as outras duas não têm quaisquer procedimentos disponíveis para os seus associados. Na associação que referiu ter um procedimento para estas situações, a investigação envolve uma conversa com todas as pessoas implicadas, identificando as razões para a violência e os factores que podem ajudar a prevenir situações semelhantes no futuro. É elaborado um relatório e enviado para as autoridades competentes.

#### ***Quais as consequências para os serviços de saúde e para as vítimas?***

No quadro 57 estão apresentadas as consequências mencionadas.



**Quadro 57. O impacto da VCPSNLT, segundo os representantes das Ordens e Associações Profissionais**

Adopção de “práticas defensivas” pelos profissionais de saúde, através de prescrição desnecessária de exames, reduzindo ainda mais os recursos disponíveis para resolver os problemas de saúde da população. O que resulta numa prática médica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mais dispendiosa</li> <li>• lenta na resposta e</li> <li>• de menor qualidade.</li> </ul>
Tendência para desenvolver regras que inadvertidamente podem resultar na exclusão de alguns grupos, i.e., indirectamente limitando o acesso de alguns utentes (por exemplo toxicodependentes, minorias étnicas): “Nunca directamente, porque isso não pode ser feito segundo a lei, mas há formas indirectas de excluir e algumas delas de uma forma tão subtil que ninguém dará conta”.
A VCPSNLT causa problemas como o absentismo dos profissionais, falta de pontualidade, aversão ao local de trabalho e diminuição do desempenho pessoal e institucional, pedidos e transferência de um serviço para outro ou mesmo para outra instituição. .
A VCPSNLT afecta a imagem da instituição: “(...) às vezes, por uma situação esporádica, o que transparece cá para fora, também não ajuda (...) porque é uma situação esporádica e consegue denegrir por completo, por exemplo, essa unidade (...)”. Como consequência os pacientes recorrem ao serviço com algum receio e os profissionais tendem a evitar trabalhar nesse serviço.
Em resultado da violência, os médicos podem tornar-se mais permissivos ao passarem baixas para os seus doentes, de modo a evitar pressões.
A violência repetida, sentida ou testemunhada pode resultar em “ <i>burnout</i> ”, baixa médica ou mesmo doenças psicossomáticas.

***Quais as soluções possíveis.***

As soluções apresentadas para o problema da VCPSNLT estão resumidas no quadro 58.

**Quadro 58. Soluções para o problema da VCPSNLT, segundo os representantes das Ordens e Associações Profissionais**

SOLUÇÕES	COMENTÁRIOS
<b>MEDIDAS APRESENTADAS A PRIORI PELOS ENTREVISTADORES</b>	
Medidas de segurança (pessoal de segurança, porteiros, sistemas de alarmes, telemóveis)	4 entrevistados consideram estas medidas importantes, mas não suficientes: “mas apenas isto não irá resolver nada”.
Melhorar as condições dos edifícios (iluminação, barulho, temperaturas, higiene, privacidade)	3 entrevistados consideram estas medidas importantes.
Limitar o acesso ao público	4 entrevistados mostraram-se bastante desfavoráveis a este tipo de medidas: 1) porque as coisas iriam piorar; 2) a violência tenderia a aumentar; 3) o acesso deve aumentar e não diminuir; isto evitaria a concentração de pessoas que se verifica nas horas de visita.
Triagem de doentes com comportamentos agressivos	1 entrevistado concorda. 1 entrevistado considera que é importante, mas em conjunto com outras medidas. 1 entrevistado discorda na medida em que pode resultar em maior violência.
Protocolos explícitos para doentes (transporte, procedimentos, etc.)	3 entrevistados concordam.
Maior atenção a medidas na área dos recursos humanos ou pessoal mais adequado	3 entrevistados concordam.
Horas de trabalho	3 entrevistados concordam.
<b>OUTRAS</b>	
Vontade política para explicar que os profissionais não são responsáveis pelas deficiências do sistema.	

Ter coragem de tomar medidas que incidam nos verdadeiros problemas.	Medidas que incidem nas políticas
Ter políticas de informação para os média e para os cidadãos	
Desenvolver um plano nacional de prevenção à VCPSNLT	
Identificar uma pessoa para lidar com o problema, dar-lhe os recursos necessários	Medidas que incidem nos profissionais de saúde
Fornecer a todo o pessoal as competências relacionais necessárias para lidar com os utentes	
Repensar a organização das instituições de saúde	Medidas que incidem nos serviços
Melhorar as práticas de gestão	
Fornecer sistemas de apoio aos agressores	Medidas que incidem na população
Melhorar a informação disponível aos utentes	
Melhorar o entendimento mútuo.	

### Gestores do SNS

Os gestores do SNS estão divididos em três grupos: gestores dos CS, gestores hospitalares e gestores de ARS e de sub-regiões de saúde

#### *Gestores de CS*

Foram realizadas entrevistas a Directores Médicos de 6 CS. Apenas uma destas entrevistas foi em conjunto com o vogal de enfermagem.

#### *Como se posicionam os gestores de CS quanto à importância do problema de VCPSNLT?*

Todos os entrevistados consideraram a problemática da VAHPITWP muito importante. Cinco deles referiram ser a violência verbal o tipo de violência mais importante, por acontecer diariamente. E é mais frequente contra enfermeiros e pessoal administrativo “(...) aquela que é mais frequente é a violência oral (...) é aquela que se verifica todos os dias. E da mais violenta que possa imaginar (...) Temos vivido situações de uma violência muito grave.”. Um dos entrevistados considera ser a violência física a forma de violência mais observada mais grave, seguida da pressão moral dos utentes. Mas todos apontam os vários tipos de violência, embora dando-lhes diferentes prioridades. O assédio sexual é considerado pouco frequente ou ausente “a bata defende-nos, a bata funciona muito como um elemento dissuasor (...)”. A discriminação é também considerada bastante rara.

Alguns afirmaram que a VCPSNLT se tornou mais frequente enquanto outros referem que não existe mais violência, esta apenas mudou em termos qualitativos, sendo agora mais grave.

Estas mudanças são atribuídas à falta de informação dos utentes e aos baixos níveis de capacidades de comunicação do pessoal de saúde. A VCPSNLT reflecte o facto de que nós “Estamos num mundo violento e as pessoas quando entram num CS têm um grande estresse de vida e querem despachar-se. As pessoas são sujeitas a muita agressão e quando chegam ao CS é como se fosse uma válvula de escape (...)”. A violência está patente no próprio SNS em situações como os contratos de 2 anos que desmotivam.. Esta situação reflecte a violência como parte de uma cultura geral da sociedade. Os média constituem-se como um factor importante para perpetuar este tipo de violência. Uma explicação importante para a situação actual prende-se com a existência de movimentos que reivindicam direitos, sem a coexistência de movimentos que reivindicuem deveres: as pessoas exigem mais e mais direitos mas sem reconhecer os seus deveres. Esta situação está em parte associada com a imagem de funcionário público que os utentes têm dos profissionais de saúde “Eu farto-me de descontar, portanto vocês têm que mudar”. Um

outro padrão emergente, particularmente durante as visitas domiciliárias está relacionado com as culpas atribuídas aos serviços de saúde por todos os males sociais.

### ***Quais os procedimentos e políticas dos CS para lidar com a VCPSNLT***

Quando o conhecimento do episódio de violência é oficial, o CS pode seguir os procedimentos oficiais comuns a todos os casos de violência ou, num dos casos, procedimentos específicos do CS.

O caso do CS com procedimentos específicos está relacionado com a iniciativa da equipa de gestão do CS. O pessoal é convidado a registar as queixas, observações, sugestões, episódios de violência, etc. num livro verde. Este livro é então regularmente consultado pelo director do CS, que quando encontra queixas de violência contra profissionais de saúde, faz questão de ouvir todas as pessoas envolvidas no episódio de violência, e de assegurar do adequado acompanhamento do caso. Alguns dos casos registados neste livro verde foram analisados no quadro 2.

O procedimento oficial inclui a análise de queixas escritas para serem enviadas para tribunal, sobretudo nos casos de violência física, com envio de cópias dos documentos para as Autoridades Sub-regionais de Saúde.

Quando o conhecimento dos episódios de violência não é oficial, a abordagem varia de CS para CS. Apenas um CS relatou algumas iniciativas no sentido de investigar e dirigir todos estes casos. Por outro lado, a violência é tão frequente que tende a ser vista como “banal” ou como “pouca coisa” não necessitando de muita atenção.

### ***Quais as consequências para os serviços de saúde?***

As consequências mencionadas estão elencadas no quadro 59.

**Quadro 59. O impacto da VCPSNLT, segundo os gestores de CS**

<b>IMPACTOS POSITIVOS OU INDIFERENTES</b>
A VCPSNLT merece atenção e pode ajudar as instituições a identificar e melhorar algumas das suas atitudes.
<b>IMPACTOS NEGATIVOS</b>
A VCPSNLT condiciona os profissionais a ser mais cuidadosos, resultando em comportamentos dos profissionais com gasto desnecessário de recursos
A VCPSNLT conduz a um sentimento de doença, pode provocar sequelas físicas e psicológicas (como por exemplo medos e sentimentos de angústia) e pode diminuir a auto-estima.
A VCPSNLT pode originar uma descontinuidade no tratamento do utente.
A VCPSNLT leva a um aumento do número de profissionais com baixa médica.
O aumento de baixas médicas conduz a uma baixa de produtividade, a menos pessoal disponível para horas extras e a mais trabalho para o pessoal que está de serviço.
O ciclo descrito nas linhas anteriores dá origem a menor motivação e a insatisfação profissional e níveis de desempenho mais baixos com redução no acesso aos cuidados de saúde. Como consequência os profissionais são “pouco complacentes com a acessibilidade posteriormente ...ou seja, os esforços que irão empreender para conseguir ultrapassar as barreiras da acessibilidade às consultas para determinadas situações expostas pelos utentes, serão menores”.
A VCPSNLT origina ainda um aumento de <i>turnover</i> e absentismo no pessoal .
A VCPSNLT diminui a qualidade dos cuidados individuais bem como a qualidade dos cuidados gerais da instituição.
A VCPSNLT é desagradável devido às repercussões negativas sobre a imagem da instituição na comunidade. “Se ele[utente] entra neste tipo de situação [violência], a imagem que tem do serviço é de descrédito total. A imagem é totalmente negativa, ele nunca mais vai ver um CS na vida dele da maneira que nós gostaríamos que as pessoas vissem o CS (...)” .

### ***Quais as soluções possíveis?***

O conjunto de soluções propostas pelos gestores de CS para o problema da VCPSNLT encontra-se no quadro 60.

**Quadro 60. Soluções propostas pelos gestores de CS para o problema da VCPSNLT**

SOLUÇÕES	COMENTÁRIOS
<b>MEDIDAS APRESENTADAS A PRIOR/PELOS ENTREVISTADORES</b>	
Medidas de segurança (pessoal de segurança, porteiros, sistemas de alarmes, telemóveis)	3 CS consideram estas medidas importantes  1 CS considera estas medidas desnecessárias se as condições de trabalho existentes forem boas
Melhorar as condições dos edifícios (iluminação, barulho, temperaturas, higiene, privacidade)	4 CS consideram estas medidas importantes
Limitar o acesso ao público	2 CS consideram importante apenas em alguns serviços, por exemplo serviços de urgência, crianças, idosos 2 CS discordam deste tipo de medidas
Triagem de doentes com comportamentos agressivos	3 CS consideram esta medida importante se houver pessoal suficiente com as competências adequadas
Protocolos explícitos para doentes (transporte, procedimentos, etc.)	3 CS consideram estas medidas importantes
<b>Medidas na área do pessoal mais adequadas</b>	Todos os CS consideram esta uma área a necessitar de atenção urgente
Horas de trabalho mais adequadas	Maior flexibilidade para as horas de trabalho foi considerado importante por 2 CS
<b>OUTRAS</b>	
Devem ser introduzidos mecanismos no sentido de imputar responsabilidade para os agressores e aos gestores responsáveis pelas condições que levam a episódios agressivos.	Medidas que incidem nas políticas
Estudar o fenómeno de agressão focando nas vítimas e nos agressores	
Iniciar a humanização do pessoal mais antigo do Ministério da Saúde, porque como as coisas estão de momento eles próprios são violentos contra os profissionais de saúde.	
Os serviços devem ser reforçados com psicólogos para apoiar os profissionais.	Medidas que incidem nos serviços
Atendimento especializado aos utilizadores dos serviços	
Investigar em que medida as vítimas de violência são responsáveis pelos episódios de violência	Medidas que incidem nos profissionais
O pessoal deve ser formado com competências para resolver conflitos.	
Melhorar as condições de trabalho	

### ***Gestores hospitalares***

Em cada um dos 6 hospitais abordados, foram entrevistados conjuntamente o Director Clínico e o Enfermeiro Director.

#### ***Como se posicionam os gestores hospitalares quanto à importância do problema de VCPSNLT?***

A VCPSNLT é uma expectativa natural no meio hospitalar e não deve ser vista fora deste contexto. É um “risco profissional”. É também vista como um mecanismo a que o utente recorre para chamar a atenção. E deve ser entendida mais como um conflito do que como violência consciente, deliberada e sistemática. É importante entender que nem todos os profissionais vêem a agressão como agressão contra eles próprios como profissionais. Nesta medida ignoram-na, e tentam perceber as reacções dos utentes no contexto das suas situações:

“Este fenómeno da violência contra os profissionais (...) aconteceu muito quando a Ministra Leonor Beza esteve no poder. Houve algumas campanhas contra os médicos e as pessoas como que se sentiam encorajadas - «agora é que nós vamos fazer o ajuste de contas com este grupo profissional». Isto, esporadicamente aparecia com situações de agressividade para com os profissionais e que se foi mantendo ... As pessoas protestam mais facilmente. Protestam com muita facilidade e são agressivas para alguns profissionais por isto ou por aquilo.”.

Para um entrevistado a violência física é o tipo mais visível de VCPSNLT, ao mesmo nível da violência psicológica e da violência verbal. Para os restantes, a violência verbal é o tipo mais frequente de VCPSNLT e a violência física é considerada pouco frequente. Para um a pressão moral não é comum, enquanto outro reconhece que a pressão moral exercida pelos familiares contra os profissionais “não é infrequente”. Este tipo de violência reflecte-se no uso frequente das seguintes expressões: “você estão aqui, somos nós que vos estamos a pagar, nós é que vos pagamos portanto você têm que fazer aquilo que nós queremos (...) Se vos apanho lá fora (...)”. O assédio sexual e a discriminação racial são pouco frequentes. Quando existe assédio sexual, está relacionado com doença nos idosos ou acontece em serviços dirigidos a jovens. Existem algumas poucas queixas de discriminação racial apresentadas por alguns médicos de raça negra contra doentes. Isto está normalmente relacionado com insatisfação quanto aos cuidados fornecidos, à mistura com questões raciais. Um novo tipo de agressão está relacionado com tentativas de intimidar os profissionais com ameaças de denúncia do seu trabalho aos média.

A VCPSNLT é mais frequente no serviço de urgência do hospital porque este é o local onde são mais frequentemente encontrados indivíduos perturbados (toxicodependentes, alcoólicos, doentes perturbados mentais, pessoas em sofrimento ...). É o local onde ocorrem a maioria dos casos de violência física.

A VCPSNLT tem aumentado nos últimos 20 anos, o que está relacionado com uma mudança na relação de dependência dos doentes para com os profissionais, dando lugar a um aumento de situações de violência contra os pacientes; isto mudou e os pacientes têm agora mais direitos. A violência verbal e física está também a aumentar. Violência gera violência, e numa sociedade violenta existem repercussões em todos os sectores, incluindo a saúde:

“A violência tem aumentado, na sociedade portuguesa pelo que a saúde sofre também esta influência. A guerra das audiências tem promovido a caça ao erro e à negligência na saúde fomentando a desconfiança e a insegurança em relação aos cuidados de saúde (...) criação na opinião pública de expectativas de melhoria nos serviços de saúde superiores à capacidade de oferta. A conjugação de tudo isto faz com que perante dificuldades, barreiras, o utente se descontrole, reaja com agressividade e animosidade e, se não houver capacidade de escuta, persuasão e negociação, a violência instala-se.”.

Quanto à evolução da violência, um entrevistado afirmou que esta se tem vindo a tornar menos frequente contra os médicos mas todos os outros declaram que este é um problema crescente ou estável (um entrevistado) mas com uma frequência semelhante para todos os grupos profissionais (mais frequente contra enfermeiros, segundo um dos entrevistados). Isto é especialmente adequado no que diz respeito à violência verbal. Existem também mudanças nos padrões de violência verbal: enquanto no passado eram mais ataques verbais, agora são mais ameaças verbais. Alguns dos entrevistados não estão certos de que seja a violência física a mais frequente mas entendem que os episódios de violência física são de “uma intensidade diferente”.

### ***Quais os procedimentos e políticas institucionais para lidar com a VCPSNLT?***

Dois hospitais não têm quaisquer procedimentos, dois hospitais fazem distinção entre procedimentos destinados a conhecimento oficial ou não oficial de episódios de violência (caixa 1), dois hospitais referem protocolos para registar estes episódios (caixa 2) e um hospital não nos deu nenhuma informação relativa a esta questão.

#### **Caixa 1. Procedimentos para lidar com violência com conhecimento oficial ou não oficial**

Hospital 1: quando a VCPSNLT é relatada oficialmente existem duas possibilidades: 1) um relatório escrito dirigido ao conselho de administração que decide o que fazer; 2) preparação interna de um relatório escrito embora o ênfase da iniciativa seja jurídico. Quando o episódio não é relatado oficialmente, mas é conhecido, existe o acompanhamento ao nível do serviço para tentar resolver o problema.

Hospital 2: quando a VCPSNLT é registada oficialmente existem duas possibilidades: 1) a seguir à participação escrita existe um inquérito formal interno para apurar os factos e para resolver o problema; 2) se o processo é comunicado fora da instituição o resultado mais comum é um procedimento judicial. Mas existem também inquéritos conduzidos por outras instituições, nomeadamente, a Ordem dos Médicos, no caso da haver médicos envolvidos; ou a Inspeção Geral de Saúde do Ministério da Saúde. Quando o episódio não é relatado oficialmente, mas é conhecido, o Director de Serviço é convidado a investigar e relatar o que aconteceu.

#### **Caixa 2 Sistemas de registo de episódios de violência**

Os protocolos são usados apenas nos casos em que as consequências da violência perpetrada pelo utente são consideradas graves, quando existe premeditação ou quando a agressão não está associada a uma situação de doença. Se as consequências são graves e a violência está associada a situações de doença, então o episódio de violência é visto como um acidente de trabalho. Quando o episódio de violência envolve familiares de doentes, o episódio é comunicado imediatamente ao superior no sentido de resolver o assunto.

Além dos procedimentos anteriores, quatro dos hospitais referiram mecanismos de apoio às vítimas de violência. Isto inclui apoio no tratamento, médico ou outro, que seja necessário e transferência de pessoal de um serviço para outro se tal for solicitado ou apropriado.

### ***Quais as consequências para os serviços de saúde?***

As consequências mencionadas estão elencadas no quadro 61

#### **Quadro 61. O impacto da VCPSNLT, segundo os gestores hospitalares**

<b>IMPACTOS POSITIVOS OU INDIFERENTES</b>
Nem tudo é negativo acerca da VCPSNLT. Pode ajudar as instituições a identificar e melhorar algumas das suas atitudes.
A VCPSNLT só por si não tem repercussões no sistema de saúde, mas queixas civilizadas podem ter um impacto positivo nos serviços, na medida em que exigem investigações e medidas correctoras.
Cada profissional tem os seus mecanismos de sobrevivência e “(...) há um perfil técnico do profissional que vai sempre bater ao mesmo com estes conselhos e, portanto, esta agressividade dos doentes e dos seus familiares acaba por não ter grande repercussão na mudança de atitude dos profissionais.”
<b>IMPACTOS NEGATIVOS</b>
A VCPSNLT condiciona os profissionais a ser extremamente cautelosos, resultando em comportamentos profissionais que consomem demasiados recursos desnecessariamente.
Violência continua conduz a indisponibilidade, sentimento de doença, pode ter sequelas físicas e psicológicas (por exemplo medos e sentimentos de angústia) e pode diminuir a auto-estima.
A VCPSNLT pode conduzir a interrupções dos tratamentos ao doente.
A VCPSNLT leva a um aumento do número de profissionais de baixa médica.
O aumento das baixas resulta em menor produtividade, menos pessoal disponível para horas extras e sobrecarga de trabalho para o pessoal que permanece de serviço.
O ciclo descrito nas linhas anteriores dá origem a menor qualidade dos cuidados e a insatisfação profissional.
A VCPSNLT aumenta as despesas com segurança.

A VCPSNLT é desagradável devido às repercussões negativas sobre a imagem da instituição na comunidade.

***Quais as soluções possíveis.***

O conjunto de soluções propostas pelos gestores hospitalares para o problema da VCPSNLT está apresentado no quadro 62.

**Quadro 62. Soluções para o problema da VCPSNLT, segundo os gestores hospitalares**

SOLUÇÕES	COMENTÁRIOS
<b>MEDIDAS APRESENTADAS A PRIORI PELOS ENTREVISTADORES</b>	
Medidas de segurança (pessoal de segurança, porteiros, sistemas de alarmes, telemóveis)	1 hospital não considera que esta seja uma medida importante. 2 hospitais consideram uma medida importante.
Melhorar as condições dos edifícios (iluminação, barulho, temperaturas, higiene, privacidade)	4 hospitais consideram ser uma medida importante. Um ambiente melhorado “é pacificador”. “Em relação à higiene, se um hospital estiver limpo, tudo cuidado, a pessoa que atirar uma beata para o chão ou que atirar uma garrafa de água ou um lenço de papel, fica algo constrangido. Ou até cuspir para o chão! E se estiver tudo sujo vai fazê-lo. Portanto se houver um ambiente humanizante em que as coisas funcionem com condições, com acompanhamento dos doentes e dos seus acompanhantes, naturalmente que todas estas medidas são dissuasivas de haver violência porque (...)a um tratamento humanizante não se responde com maus modos (...)”.
Limitar o acesso ao público	1 hospital considera ser uma medida importante porque por vezes é necessário haver barreiras que permitam um melhor desempenho. 2 não consideram que esta seja uma medida importante, embora inevitável devido às restrições espaciais.
Protocolos explícitos para doentes (transporte, procedimentos, etc.)	1 hospital considera ser uma medida importante.
Medidas na área do pessoal mais adequadas	3 hospitais consideram ser uma medida importante.
Horários de Trabalho mais adequado	2 hospitais consideram ser uma medida importante, nomeadamente a necessidade de reduzir a sobrecarga de trabalho no pessoal.
<b>OUTRAS</b>	
Serviços de urgência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• formalizar o estatuto de acompanhante, um familiar que pode acompanhar em permanência o paciente;</li> <li>• melhorar a consulta entre especialidades para evitar esperas longas;</li> <li>• humanizar estes serviços;</li> <li>• ter mais assistentes sociais no serviço.</li> </ul>	Medidas que incidem nos serviços
Instalar um serviço de informação formal para pacientes e familiares.	
Melhorar a acessibilidade.	
Reduzir os “casos sociais” no hospital, melhorando os cuidados de primeira linha e os serviços sociais.	
Instalar um serviço de informação formal para pacientes e familiares.	

Formar os profissionais de saúde com competências relacionais, de comunicação e resolução de conflitos, em auto-conhecimento e ética.	Medidas que incidem nos profissionais
O profissional deve dirigir-se ao utente de um modo amável e simpático e explicar as coisas, se o profissional se mostrar interessado e esclarecedor, as coisas melhoram substancialmente	
Consciencializar todos os profissionais de que a violência é uma possibilidade real.	
Melhorar a remuneração para níveis que reduzam a necessidade de segundos e terceiros empregos, os quais produzem fadiga, reduzem a paciência e geram reacções excessivas por parte dos profissionais.	
Educar os cidadãos para respeitar as redes de referência de acesso aos hospitais.	
Os serviços hospitalares devem satisfazer as necessidades e expectativas dos cidadãos.	
Avaliar regularmente os níveis de satisfação dos pacientes.	
<b>Hospitais psiquiátricos</b>	
Existe necessidade de pessoal capaz de conter pacientes violentos, sobretudo nos serviços de urgência.	
Os profissionais têm que ser preparados para entender e lidar com a violência assumindo sempre uma atitude neutra.	
A equipa tem que assumir um papel fundamental de liderança e apoio aos diferentes elementos por forma a conseguirem lidar com a violência.	
O acesso aos doentes deve ser restrito a algumas áreas.	
Os profissionais de psiquiatria deviam ter direito a subsídio de risco.	

Quanto às medidas propostas *a priori* pelos entrevistadores convém realçar a preocupação com a necessidade de melhorar as condições físicas do hospital (iluminação, barulho, temperaturas, higiene e privacidade), bem como a necessidade de reduzir o número exagerado de horas de trabalho do pessoal. No quadro são apresentados separadamente alguns resultados relativos aos hospitais psiquiátricos. Esta situação justifica-se pela natureza específica das medidas propostas pelos gestores destas instituições.

### ***Os gestores das autoridades regionais de saúde e das direcções centrais do ministério da saúde***

Foram entrevistados 6 gestores dos níveis central a regional do sector público da saúde

#### ***Como se posicionam os gestores dos níveis central e regional quanto à importância do problema de VCPSNLT?***

Todos os entrevistados consideram a VCPSNLT como sendo um problema importante. Quanto ao tipo mais importante de VCPSNLT as opiniões variam. Quatro entrevistados consideram a violência psicológica, incluindo a violência verbal (um) e a pressão moral (outro) como a forma mais importante de violência. Um dos entrevistados considera que a violência física não é muito relevante e outro considera-a preocupante, reflectindo a falta de mecanismos que garantam a segurança dos profissionais de saúde, sobretudo em situações em que estes se encontram com os clientes fechados em quatro paredes. A violência física é também considerada muito importante no que se refere às equipas de cuidados de urgência chamadas a prestar cuidados de emergência não-institucionais. A agressão verbal é também frequente contra os profissionais de saúde que operam linhas telefónicas de emergência e contra pessoal administrativo. O assédio sexual é considerado raro, não visível ou desconhecido. A violência física é considerada, se não a mais importante, a mais preocupante, a mais visível e a que com mais frequência chega às barras dos tribunais.



Um dos entrevistados considera que a discriminação racial é mais frequente contra os utilizadores dos serviços de saúde mas não tanto contra os profissionais. Outro afirma que a discriminação sexual contra os profissionais de saúde acontece e que pode mesmo desenvolver outras formas de violência.

Quanto à evolução da VCPSNLT, a maioria considera que, em geral, está em crescimento. O nível actual de VCPSNLT é em parte atribuído à eterna desorganização dos serviços de saúde e à falta de capacidades de gestão.

“(…)são pessoas que têm bastante poder ... que é um poder que não é certo na ... no conhecimento técnico nem na gestão, portanto, que confundem um bocado os seus papéis e acabam por ser extremamente ... criar enormes barreiras para o pessoal que está sob as suas ordens. Isto passa-se um bocado aqui, passa-se de forma, quanto a mim, muitíssimo mais danosa, a nível dos hospitais (...)”.

Um outro entrevistado considera que a situação actual de violência reflecte o nível de violência na sociedade. Um terceiro atribui o facto a uma maior visibilidade nos media, e porque actualmente as pessoas, com mais frequência do que no passado, atrevem-se a desafiar as opiniões dos profissionais. Um considera que talvez não estejamos a assistir a um aumento na incidência da violência, mas antes a uma maior visibilidade devido ao papel dos media e mesmo, de acordo com outro, por causa da intensidade da violência observada actualmente. Uma nova forma de violência, violência contra a propriedade, está associada ao aumento de toxicodependentes.

A violência é considerada mais frequente nos consultórios e nas recepções dos CS e nas urgências dos hospitais. Nos hospitais é mais frequente a violência produzida pelos acompanhantes dos doentes, do que nos CS.

#### ***Quais os procedimentos e políticas institucionais para lidar com a VCPSNLT***

A impressão que emerge é a de que não existe uma percepção clara das políticas e procedimentos existentes sobre a VCPSNLT, e que é deixada para os gestores operacionais a iniciativa para lidar com o problema. A sensação é a de que sempre que seja relevante as vítimas devem ser encorajadas a apresentar as suas queixas aos tribunais.

Da mesma forma, não existem recomendações específicas relativas ao apoio às vítimas de VCPSNLT. As equipas de urgência são incentivadas a relatar quaisquer episódios de VCPSNLT no relatório que tem de ser escrito no final de cada turno. O que é feito relativamente aos episódios de violência não é formalmente explicitado.

#### ***Quais as consequências para os serviços de saúde?***

As consequências mencionadas estão elencadas no quadro 63.

**Quadro 63. O impacto da VCPSNLT, segundo os gestores dos níveis central e regional**

<b>IMPACTOS POSITIVOS OU INDIFERENTES</b>
A VCPSNLT pode ter um impacto positivo nos serviços, na medida em que exigem investigação e medidas correctoras.
<b>IMPACTOS NEGATIVOS</b>
A VCPSNLT produz falta de motivação, origina mais absentismo, pode ter sequelas psicológicas (por exemplo, sentimentos de angústia, medo) e pode diminuir o desempenho profissional e institucional bem como a satisfação profissional.
A VCPSNLT leva a que profissionais mudem de profissão.
A VCPSNLT dá origem a práticas defensivas dos profissionais.
A VCPSNLT é desagradável devido às repercussões negativas sobre a imagem do sistema de cuidados de saúde.

***Quais as soluções possíveis.***

O conjunto de soluções propostas pelos gestores dos níveis central e regional para o problema da VCPSNLT é apresentado no quadro 64.

**Quadro 64. Soluções para o problema da VCPSNLT, segundo os gestores dos níveis central e regional**

SOLUÇÕES	COMENTÁRIOS
<b>MEDIDAS APRESENTADAS A PRIORI PELOS ENTREVISTADORES</b>	
Medidas de segurança (pessoal de segurança, porteiros, sistemas de alarmes, telemóveis)	Dois entrevistados consideram estas medidas importantes. Três não consideram importantes e pensam que pode mesmo dar uma falsa sensação de segurança escondendo o problema.
Melhorar as condições dos edifícios (iluminação, barulho, temperaturas, higiene, privacidade)	Três entrevistados consideram estas medidas importantes. Dois não as consideram importantes.
Limitar o acesso ao público	Um entrevistado considera estas medidas importantes.
Protocolos explícitos para doentes (transporte, procedimentos, etc.)	Quatro entrevistados consideram estas medidas importantes.
Medidas na área do pessoal mais adequadas	Dois entrevistados consideram estas medidas importantes.
Horários de trabalho mais adequados	Três entrevistados consideram a redução das horas de trabalho como uma medida preventiva importante.
<b>OUTRAS</b>	
Melhorar a cultura organizacional. Esta melhoria deve incluir aspectos estruturais e legais.	Medidas que incidem nas políticas
Maior ênfase nas ferramentas de gestão por forma a assegurar a administração adequada das pessoas.	
Formação do pessoal de saúde: 1) por forma a conseguir lidar com situações de conflito; 2) melhorar a recepção dos utentes.	Medidas que incidem nos profissionais
Descrição clara do trabalho e hierarquias explícitas.	
Melhorar as condições de trabalho.	Medidas que incidem sobre os serviços
Melhorar o gestão dos recursos humanos.	
Reorganizar os serviços em função dos utilizadores e dos profissionais.	
Assegurar a coerência na comunicação interna dos serviços.	
Criar mecanismos para garantir a responsabilidade.	
Introduzir mecanismos para relatar a violência.	
Dar a recepção de primeira linha aos profissionais mais jovens.	
Preparar os pais para saberem lidar com a doença dos filhos.	Medidas que incidem na população
Tratar as pessoas como pessoas.	

## CONCLUSÕES

### Sobre os métodos

A metodologia escolhida para o presente estudo forneceu uma grande quantidade de informação muito útil acerca da violência no local de trabalho no sector da saúde português, o que provavelmente será de grande valor para a progressão do presente projecto e de grande importância para futuros desenvolvimentos do assunto em Portugal. O facto da informação, na sua maioria, provir de pessoas com poder a diferentes níveis do sector da saúde torna também mais provável um compromisso a um nível mais elevado de gestão para a implementação de futuras estratégias no que respeita à prevenção da violência.

No entanto, a parte qualitativa da investigação (o estudo dos representantes institucionais) baseou-se apenas nas opiniões de pessoas em posições de gestão ou representativas, podendo não reflectir a opinião dos empregados do sector de saúde. Por esta razão, não podemos estar seguros de que o relatório reflecta correctamente questões de definição e descrição do problema e de que as possíveis soluções estejam totalmente correctas.

O estudo também “negligencia” o sector não governamental, um parceiro menor no sector da saúde mas em crescimento.

O estudo descreve um fenómeno, mas não contribui para clarificar porque é que o fenómeno ocorre quando ocorre, apesar de o estudo dos representantes institucionais tentar lançar alguma luz sobre isso.

Por último, os tipos mais raros de violência, tal como a violência física e assédio sexual, necessitam de uma abordagem diferente, para atingir um melhor nível de caracterização.

Apesar destas limitações, este continua a ser o único estudo português formal sobre violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho.

### Sobre os tipos de violência

#### *Violência medida por questionário no CS e hospital*

A violência parece ser muito mais frequente no contexto de CS do que no contexto hospitalar.

No que respeita às denúncias mais frequentes, a violência verbal é a mais frequente, seguida da pressão moral, discriminação, violência física e assédio sexual. Os dados do CS sobre violência contra a propriedade pessoal sugere que esta é bastante prevalente mas não temos dados sobre isso em relação ao estudo hospitalar.

Parece que, em contexto de ambulatório, os trabalhadores da área da saúde mental e aqueles que fazem trabalho comunitário têm uma maior exposição que os outros a qualquer um dos tipos de violência que foram estudados.

Também no CS, todos os tipos de violência são mais frequentemente dirigidos contra trabalhadores do sexo feminino e, no hospital, contra trabalhadores do sexo masculino.

A violência verbal é mais frequente contra enfermeiros e pessoal administrativo.

A violência física parece ser mais frequente contra enfermeiros tanto no CS como no hospital.

O assédio sexual parece ser um problema particularmente frequente nos enfermeiros hospitalares.

A pressão moral é mais frequente contra os clínicos gerais e o pessoal administrativo dos CS.

A discriminação parece ser um fenómeno sentido essencialmente no hospital, pelos enfermeiros, bem como por outros profissionais com formação universitária e de outras categorias.

Um aspecto importante é que, nos dois ambientes em que o estudo foi conduzido, todo o espectro de diferentes tipos de violência foi identificado. Isto sugere que todos os CS e hospitais necessitam de orientações em relação a como lidar com os diferentes tipos de violência.

Também se torna claro que alguns tipos de violência parecem “andar” juntos. Isto sugere a possibilidade de “trabalhadores de risco” por um lado e/ou de uma sequência de fenómenos que podem resultar em formas mais sérias de violência.

Clarificar este assunto é importante para permitir a definição das intervenções adequadas.

### ***Violência denunciada***

Em relação ao tipo de violência que os trabalhadores de saúde consideram necessário apresentar queixa, foram consultadas três fontes de informação: o hospital, o CS e documentos institucionais. Vinte e duas queixas oficiais de violência de 5 CS e 2 hospitais foram analisadas. A violência mais denunciada era verbal, o que reflecte os resultados do estudo do CS e do hospital. Mas, no CS, o pessoal administrativo e de enfermagem parecem sub-denunciar quando comparados com os médicos.

Parece que algumas formas de violência tais como a discriminação, a pressão moral e o assédio sexual não estão correctamente representadas nos sistemas actuais de queixa escrita que são acessíveis a todos os profissionais.

Esta sub-denúncia, também se encontra espelhada nos resultados dos estudos do hospital e do CS, uma vez que menos de 15% dos episódios de violência são alvo de queixa escrita, apesar de ser denunciada verbalmente aos supervisores uma proporção mais significativa.

### ***Tratamento dado à queixa de violência pelos superiores***

Mesmo depois de ter sido apresentada queixa pelo funcionário aos superiores, nem todos os tipos de queixa de violência são depois “tratadas” pelos mesmos. As direcções parecem reagir mais a queixas de violência verbal do que a queixas de pressão moral. E quando agem, as medidas levadas a cabo não são sentidas pelas vítimas como sendo adequadas ou satisfatórias.

### ***A violência vista pelos média***

Os retratos de violência nos *média* não reflectem as verdadeiras dimensões do problema. Os média passam a ideia da violência física e contra médicos hospitalares quando na realidade é um problema muito mais sério, com outras dimensões para além da dimensão física, em CS e contra enfermeiros e pessoal administrativo. Estes factos chamam a atenção para a necessidade de informar os profissionais dos média dos resultados deste estudo.

### ***A violência vista pelos diferentes representantes institucionais***

Todos os representantes institucionais consideram o problema da violência contra profissionais de saúde no local de trabalho um problema importante. A violência verbal

foi claramente identificada como a mais frequente e a violência física como a mais séria e preocupante, reflectindo uma sintonia com a realidade encontrada nos estudos do hospital e do CS e servindo assim como uma medida de validade externa dos resultados.

***Sobre um quadro de referência para abordar a violência no local de trabalho***

Tornou-se também evidente, a partir do estudo dos representantes institucionais, que, apesar de saberem do problema, pouco tem sido feito. O que é uma situação clássica numa cultura de sector público institucional normativo como o português: o que não está explícito em políticas, estratégias ou normas, só muito raramente é contemplado pelos administradores do sector público (Conceição et al, 2001). As razões pelas quais poucas medidas têm sido tomadas pelos representantes institucionais das Associações Profissionais e Sindicatos são menos claras.

O que sobressai de todos os estudos aqui apresentados é que o problema da VCPSNLT é um problema generalizado e muito prevalente. Não deve ser abordado como um simples problema de segurança mas como um assunto multifactorial com determinantes culturais, políticas, sociais, económicas, de gestão e individuais.

A VCPSNLT tem que ser explicitamente assumida, por todos os representantes institucionais, como um assunto importante. Um assunto onde os direitos e os deveres devem estar claramente definidos, no que respeita ao direito à indignação, ao protesto e à reclamação, assegurando uma TOLERÂNCIA ZERO para qualquer tipo de violência.

Com base nos resultados supracitados, propomos o seguinte quadro de referência para abordar o fenómeno da VCPSNLT (fig. 1).



Figura 1. Quadro de referência para a gestão da violência contra profissionais de saúde no local de trabalho

Este quadro de referência permite-nos focar no que deve ser feito para um efeito a curto-prazo, sem esquecer outras áreas que têm que ser contempladas, mas em que o impacto se fará sentir apenas daqui a alguns anos.

O problema da violência contra os profissionais de saúde pode ser considerado como tendo vários patamares a que correspondem outros tantos níveis de intervenção. Podem ser identificadas intervenções preventivas, protectoras e pós-incidente.

A um nível preventivo, temos as intervenções de nível macro que incidem sobre as condições gerais da sociedade (aspectos culturais do qual a violência faz parte, civismo, escolaridade, nível de informação, postura dos meios de comunicação social em relação aos profissionais e instituições de saúde, etc.) e sobre o quadro legal, políticas e estratégias relativas a esta problemática. As intervenções a este nível têm um horizonte para a mudança longo, de pelo menos 10 anos.

A um nível médio, tem-se as intervenções nas normas, regras de gestão e condições de trabalho, incluindo a identificação da violência como um problema pelas instituições, a existência de directivas processuais em relação à violência, as horas de trabalho, a performance de gestão de modo a não frustrar as expectativas legítimas de todas as partes envolvidas, o sistema de informação, etc. As intervenções nesta patamar terão repercussão num período de tempo entre 3 e 10 anos.

Existe, depois, um nível micro, que é o que tem possibilidades de induzir mudanças mais rapidamente, 1 a 2 anos, e que tem a ver com os serviços e com os profissionais. Incluem algumas barreiras intermediárias para diminuir as condições que conduzem à violência, nomeadamente os sistemas de segurança e a sua visibilidade, os esquemas de relato de incidentes, entre os quais os episódios de violência, programas de formação sobre comunicação e gestão de conflitos, existência de conselheiros/mediadores de apoio às vítimas e de investigação nos casos de violência, etc. Por outro lado, neste nível, tem de se considerar as aptidões dos profissionais para prevenir ou anular, no seu início, os comportamentos e situações que possam conduzir à violência.

Quando todos estes níveis de prevenção falham, dá-se a violência. É, então, necessário que existam medidas protectoras, ou seja, ter em campo os meios necessários para fazer face ao episódio de violência enquanto ele está a decorrer para limitar as suas consequências – esquemas de alerta para a segurança local e polícia, aptidões de autodefesa dos profissionais, entre outras. Na sequência destas medidas, devem entrar em acção as medidas pós-incidente com esquemas de registo e relato do incidente e de identificação do agressor e da vítima, assim como os meios de suporte à vítima no imediato e no sentido de prevenir eventuais sequelas físicas psicológicas, e, ainda, os meios de actuação em relação ao agressor.

## **Bibliografia**

- Conceição C, Gonçalves A, Craveiro I, Blaise P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. Managing the performance of family physicians in the Portuguese National Health System. *Human Resources for Health Development Journal* 2000; 4 (3): 184-193.
- Craveiro I, Ferrinho P. Planear estrategicamente: a prática no SNS. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2001; 2: 27-37.
- Ferrinho P, Pereira Miguel J (editors). *The Health Status in The EU. Narrowing the Health Gap*. Unpublished Report to the European Commission. Lisboa, 2001.
- Portugal. Ministério da Saúde. *Saúde um compromisso – uma estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa, 1999.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde. *Ganhos de Saúde em Portugal. Ponto de situação*. Lisboa, 2002.
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2000). *Risco, Penosidade e Insalubridade - uma realidade na profissão de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, p 74.