

**Gabinete de Segurança para a Prevenção
e Combate à Violência contra os
Profissionais de Saúde**

R
E
L
A
T
Ó
R
I
O

**Inquérito de Segurança
2021**

Outubro
2022

Índice

Abreviaturas	1
Enquadramento	3
1. Inquérito de Segurança 2021 – Caracterização Geral	6
1.1. Respostas Institucionais	6
1.2. Força de Segurança territorialmente competente	8
1.3. Respostas dos Profissionais de Saúde	9
2. Discussão dos resultados - Questionário Institucional	12
2.1. Está nomeado o Ponto Focal Institucional do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde?	12
2.2. Está nomeado e identifica o Ponto Oficial de Contacto das Forças de Segurança	15
2.3. Há algum registo interno dos incidentes que acontecem?	16
2.4. Como funciona o registo de episódios de violência?	19
2.5. Monitorização e análise dos episódios de violência	21
2.6. Circuitos de apuramento dos episódios de violência que ocorreram em 2021?	25
2.7. Número de episódios de violência que ocorreram em 2021	27
2.8. É possível quantificar os episódios de violência por tipologia?	29
2.9. Plano de Segurança ou Medidas de Autoproteção para a prevenção e atuação perante situações de violência?	33
2.10. Protocolos para a prevenção e atuação perante situações de violência	35
2.11. Existe algum código de conduta para o combate ao assédio no local de trabalho?	37
2.12. Foi realizada a avaliação de riscos psicossociais?	39
2.13. Medidas de segurança implementadas	42
2.13.1. Policiamento das Forças de Segurança junto das instituições de saúde	46
2.13.2. Serviço de Segurança Privada	46
2.14. Formação no âmbito da prevenção da violência no local de trabalho	47
2.15. Sessões de sensibilização para a prevenção da violência sobre profissionais de saúde	50
2.16. Apoio concedidos aos profissionais de saúde vítimas de episódios de violência?	51
2.16.1. Apoio Clínico	52

2.16.2. Apoio Psicológico	54
2.16.3. Apoio Jurídico	55
2.16.4. Apoio Judicial	57
2.17. Apoio e acompanhamento de profissionais de saúde vítimas de violência?	57
2.18. Segundo a instituição, o que deve ser feito para melhor a organização de segurança	59
3. Discussão dos Resultados – Questionário aos profissionais	62
3.1. Quão seguro se sente no seu local de trabalho?	62
3.2. Como considera as medidas de segurança existentes no seu local de trabalho.....	66
3.3. Sugestões dos profissionais de saúde para se melhorar a segurança no local de trabalho	70
4. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde (IGSISS)	75
4.1. Metodologia	75
4.2. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde (IGSISS)	77
4.3. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde - ACES	78
4.4. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde - DICAD	80
4.5. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde - ULS	82
4.6. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde – Cuidados Hospitalares	83
Conclusão	86
ANEXOS.....	89
Anexo 1 – Questionário associado ao inquérito de segurança - Instituições	
Anexo 2 – Questionário associado ao Inquérito de Segurança – Profissionais	
Anexo 3 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Cova da Beira	
Anexo 4 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Dão Lafões	
Anexo 5 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Alentejo Central	
Anexo 6 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Algarve I - Central	
Anexo 7 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS do Alto Ave	
Anexo 8 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS do Ave -Famalicão	
Anexo 9 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS do Baixo Mondego	
Anexo 10 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS do Baixo Vouga	
Anexo 11 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS do Cávado I - Braga	
Anexo 12 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS do Cávado II – Gerês/Cabreira	
Anexo 13 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS do Cávado III – Barcelos/Esposende	
Anexo 14 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Douro II – Douro Sul	
Anexo 15 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca	

- Anexo 16 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte
- Anexo 17 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Estuário do Tejo
- Anexo 18 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS GP I – Santo Tirso/Trofa
- Anexo 19 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS GP II – Gondomar
- Anexo 20 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS GP III – Maia/Valongo
- Anexo 21 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS GP IV – Póvoa do Varzim/Vila do Conde
- Anexo 22 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS GP V – Porto Ocidental
- Anexo 23 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS GP VI – Porto Oriental
- Anexo 24 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS GP VII – Gaia
- Anexo 25 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS GP VIII – Espinho/Gaia
- Anexo 26 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Lezíria
- Anexo 27 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Lisboa Central
- Anexo 28 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Pinhal Interior Norte
- Anexo 29 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega
- Anexo 30 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul
- Anexo 31 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte
- Anexo 32 – Ficha de Avaliação de Segurança - ACeS Alto Tâmega e Barroso
- Anexo 33 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Barreiro Montijo
- Anexo 34 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga
- Anexo 35 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar de Leiria
- Anexo 36 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- Anexo 37 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar de Setúbal
- Anexo 38 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes
- Anexo 39 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar do Baixo Vouga
- Anexo 40 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar do Médio Ave
- Anexo 41 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar do Médio Tejo
- Anexo 42 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar do Oeste
- Anexo 43 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- Anexo 44 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
- Anexo 45 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Tondela -Viseu
- Anexo 46 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
- Anexo 47 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Universitário de São João
- Anexo 48 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Universitário do Algarve
- Anexo 49 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Universitário do Porto
- Anexo 50 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
- Anexo 51 – Ficha de Avaliação de Segurança – CMRRC – Rovisco Pais
- Anexo 52 – Ficha de Avaliação de Segurança – DICAD ARS Alentejo
- Anexo 53 – Ficha de Avaliação de Segurança – DICAD ARS Algarve

- Anexo 54 – Ficha de Avaliação de Segurança – DICAD ARS Centro
- Anexo 55 – Ficha de Avaliação de Segurança – DICAD ARS Norte
- Anexo 56 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital Arcebispo João Crisóstomo
- Anexo 57 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães
- Anexo 58 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital de Braga
- Anexo 59 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital de Magalhães de Lemos
- Anexo 60 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital de Santarém
- Anexo 61 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital de Vila Franca de Xira
- Anexo 62 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital Distrital da Figueira da Foz
- Anexo 63 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
- Anexo 64 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital Espírito Santo de Évora
- Anexo 65 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
- Anexo 66 – Ficha de Avaliação de Segurança – Hospital Santa Maria Maior - Barcelos
- Anexo 67 – Ficha de Avaliação de Segurança – Instituto De Oftalmalgia Dr. Gama Pinto
- Anexo 68 – Ficha de Avaliação de Segurança – IPO Coimbra
- Anexo 69 – Ficha de Avaliação de Segurança – IPO Porto
- Anexo 70 – Ficha de Avaliação de Segurança – ARS Alentejo: Serviços Centrais
- Anexo 71 – Ficha de Avaliação de Segurança – ULS Castelo Branco
- Anexo 72 – Ficha de Avaliação de Segurança – ULS de Matosinhos
- Anexo 73 – Ficha de Avaliação de Segurança – ULS do Alto Minho
- Anexo 74 – Ficha de Avaliação de Segurança – ULS do Baixo Alentejo
- Anexo 75 – Ficha de Avaliação de Segurança – ULS do Litoral Alentejano
- Anexo 76 – Ficha de Avaliação de Segurança – ULS do Norte Alentejano
- Anexo 77 – Ficha de Avaliação de Segurança – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARS LVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CMRRC – Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

CRI – Centro de Respostas Integradas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-geral de Saúde

DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

EPD – Encarregado de Proteção de Dados

Gabinete de Segurança – Gabinete de Segurança para a Prevenção e Combate à Violência contra os Profissionais de Saúde

GNR – Guarda Nacional Republicana

GOI – Grupo Operativo Institucional do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

GOL – Grupo Operativo Local do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

GOR – Grupo Operativo Regional do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

IGAS – Inspeção-geral das Atividades em Saúde

IGPinto – Instituto de Oftalmologia Dr^o Gama Pinto

IGSISS – Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde

INQSEG – Inquérito de Segurança

INQSEG19 – Inquérito de Segurança 2019

INQSEG21 – Inquérito de Segurança 2021

IPO – Instituto Português de Oncologia

MP – Ministério Público

Notifica – Plataforma de registos de episódios de violência da Direção-geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPVSS – Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

PFI – Pontos Focais Institucionais do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

PFL – Ponto Focal Local do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

PFR – Pontos Focais Regionais do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

PNPVCV – Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida

POC – Ponto Oficial de Contacto (das Forças de Segurança)

PSP – Polícia de Segurança Pública

PSPV – Plano de Segurança e Prevenção da Violência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidades Locais de Saúde

Enquadramento

O despacho nº 2102/2020 dos Gabinetes do Ministro da Administração Interna e da Ministra da Saúde, que criou o Gabinete de Segurança para a Prevenção e o Combate à Violência contra os Profissionais de Saúde (Gabinete de Segurança), alude à necessidade de promover a avaliação e gestão das condições de segurança e dos fatores que potenciem fenómenos de violência contra profissionais de saúde e, por conseguinte, promover a implementação de medidas de segurança, em especial no que respeita a instalações, equipamentos, estruturas e circuitos das organizações de saúde, em articulação com o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) e com a Coordenação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), pelo que tendo estes objetivos em mente, foi realizado em 2020 a primeira edição do inquérito de segurança (INQSEG19) às instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), procurando fazer o diagnóstico de segurança com referência ao ano de 2019.

Depois de em 2020 termos iniciado a implementação do PAPVSS e reforçado a sua abrangência em 2021, tornou-se importante repetir o INQSEG no sentido de aferir a evolução de vários aspetos de segurança registados nas diferentes instituições de saúde. Aliás, consideramos que este instrumento deverá assumir uma periodicidade anual, ou no máximo bianual e, preferencialmente, ser realizado até ao final do primeiro trimestre de cada ano, com referência ao ano anterior.

Nesta nova edição do INQSEG21, para além de terem sido replicadas as questões de 2020, as quais foram dirigidas às instituições do SNS com o intuito de consolidar um inventário rigoroso que permita refletir as principais características e condições de segurança, avaliando a sua evolução, foi ainda criado um questionário dirigido a todos os profissionais de saúde com a intenção de aferir sobre o sentimento de segurança dos mesmos. A conjugação destes dois questionários possibilita um retrato mais correto de cada uma das instituições do SNS e, desta forma, permite orientar a estratégia de prevenção da violência a ser seguida.

Após articulação com a estrutura nacional e regional do PAPVSS foram elaborados os dois questionários e em 14 de janeiro de 2021 foi solicitado às 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS) que promovessem a sua difusão pelas várias instituições, após prévia consulta e apreciação dos respetivos Encarregados de Proteção de Dados (EPD), das Comissões de Ética e da autorização dos Concelhos Diretivos.

Após todas as diligências referidas, ambos os questionários foram encerrados no final de junho, tendo sido recolhidas 774 respostas referentes a 74 instituições do SNS e, no questionário dirigido aos profissionais de saúde, 12766 respostas de profissionais pertencentes a 98 instituições de saúde.

Estes prazos terão de ser revistos no futuro pois, conforme referido, é fundamental que a avaliação seja concluída no primeiro trimestre de cada ano, o que não se coaduna com períodos tão vastos para a difusão e recolha dos dados junto das várias instituições do SNS.

O questionário das instituições (anexo 1) abrangeu um conjunto de 48 questões que procuram aferir o grau de organização de segurança que os vários serviços do SNS ostentam, apurar o grau de implementação do PAPVSS, os instrumentos e mecanismos de segurança existente e expor boas-práticas aplicadas para assim permitir que as mesmas sejam difundidas e apropriadas por outros serviços e instituições.

Relativamente ao questionário dirigido aos profissionais de saúde (anexo 2), contemplou apenas 7 questões, cujas respostas foram totalmente anónimas e visaram aferir o sentimento de segurança dos profissionais, bem como, apurar os aspetos de segurança que os mesmos consideram mais importantes garantir nos locais de trabalho.

Como metodologia para a análise, discussão e apresentação dos resultados, destacamos o seguinte:

- Primeiramente será realizado o enquadramento global do inquérito e de seguida apresentaremos uma descrição das respostas dadas a cada uma das perguntas, realçando os aspetos que nos parecem mais relevantes em cada uma das situações;
- Será ainda concretizada uma análise global a todo o sistema de segurança que está implementado, avaliando e propondo algumas recomendações para intervenções globais.
- Na análise global consideramos os seguintes clusters de instituições:
 - ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde;
 - Hospitalares – Os centros hospitalares (incluindo o Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – CMRRC), hospitais e institutos (institutos de oncologia e instituto de oftalmologia), independentemente da sua forma jurídica;
 - ULS – Unidades Locais de Saúde;
 - DICAD – As Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências das ARS;
 - Outras – Os serviços centrais das ARS.
- Será ainda apresentada uma ficha de avaliação de segurança por cada instituição em que é atribuído uma pontuação em razão das respostas dadas e propostas medidas para se melhorar o nível de segurança do sistema.

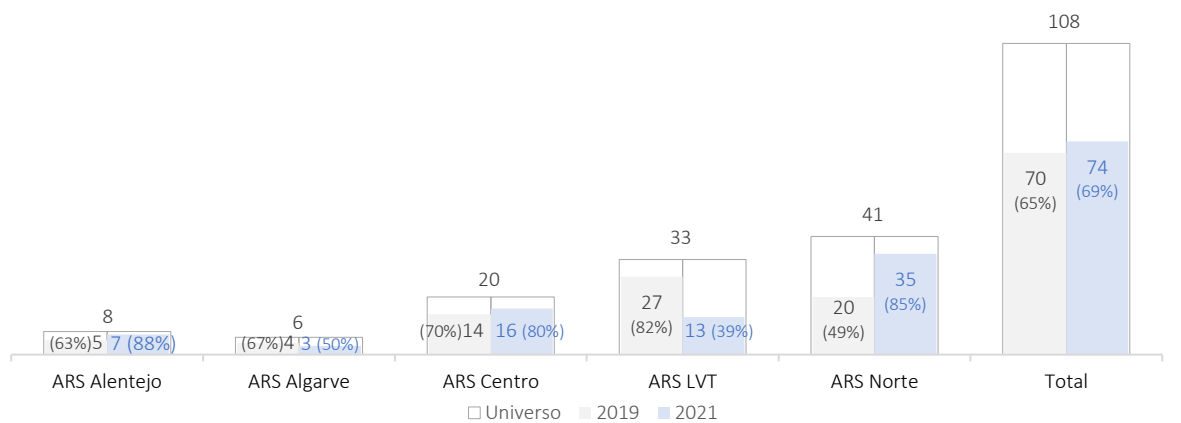
Por fim, reforçamos a intenção deste inquérito ser realizado anualmente, com o objetivo de acompanharmos a evolução registada em cada instituição, as melhorias introduzidas, realizando-se análises síncronas e diacrónicas, e desta forma, monitorizar o processo da violência cometida sobre os profissionais de saúde e promover orientações que permitam controlar mais eficazmente o fenómeno, pelo que é fundamental que as instituições adiram ao seu preenchimento e procurem implementar as sugestões feitas na ficha de avaliação de segurança realizada para cada uma das instituições que responderam ao INQSEG21.

1. Inquérito de Segurança 2021 – Caracterização Geral

1.1. Respostas Institucionais

A edição de 2021 do Inquérito de Segurança (INQSEG21), obteve 774 respostas, abrangendo 74 instituições do SNS e 1337 unidades de saúde¹. Face ao inquérito de 2019 (realizado em 2020) obtivemos mais 76 respostas e responderam mais 4 instituições.

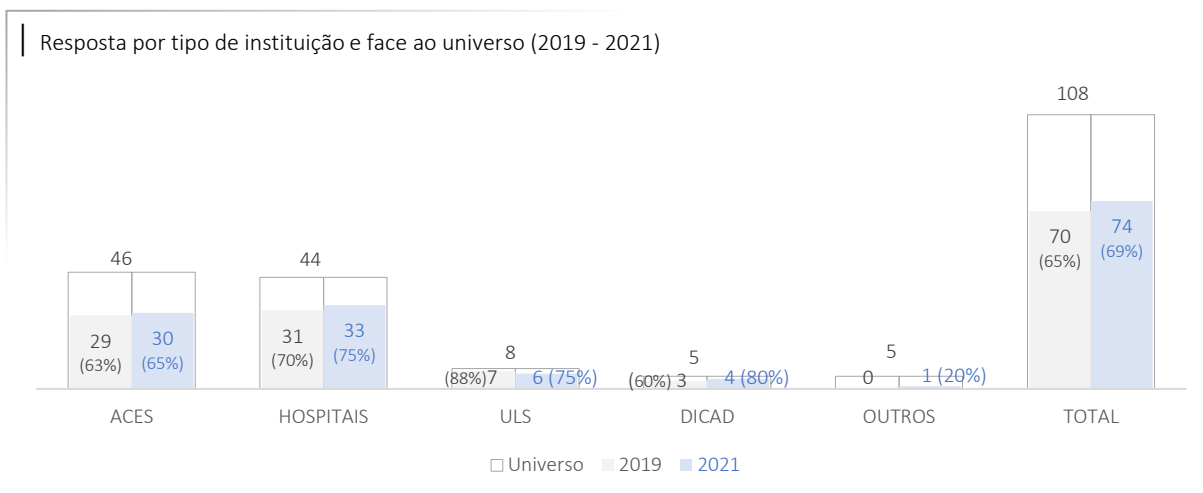
Resposta de Instituições por região de saúde face ao universo(2019 - 2021)



A evolução registada em comparação com o INQSEG19 não se refletiu em todas as ARS de igual forma, sendo que a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, apesar das múltiplas insistências, foi a ARS com menor participação (face ao universo total de instituições), onde apenas se atingiu uma taxa de cobertura de 39% das instituições face ao universo total de instituições desta ARS, quando em 2019 conseguiu-se recolher 87% de respostas. Acresce ainda, que nesta região de saúde a articulação regional apenas se reflete ao nível dos cuidados de saúde primários, olvidando-se os cuidados hospitalares, sendo por isso de relevar, como veremos mais à frente, que o grande volume de respostas desta região de saúde ocorreu, precisamente, nas instituições hospitalares, que foram diretamente contactadas pelo Gabinete de Segurança, uma vez que a ARS não assumiu essa articulação.

¹ Considerou-se unidades de saúde os departamentos/serviços imediatamente abaixo das instituições. No caso dos ACeS considerou-se as unidades funcionais ou as suas extensões e polos, nos hospitais e centros hospitalares, convencionou-se como unidade de saúde o próprio hospital, nas ULS seguiu-se a mesma metodologia, considerando hospitais individualmente e unidades funcionais, na estrutura dos cuidados de saúde primários (CSP), na DICAD estipulou-se os Centros de Resposta Integrada (CRI) como unidades e, nos serviços centrais, apenas uma unidade por instituição.

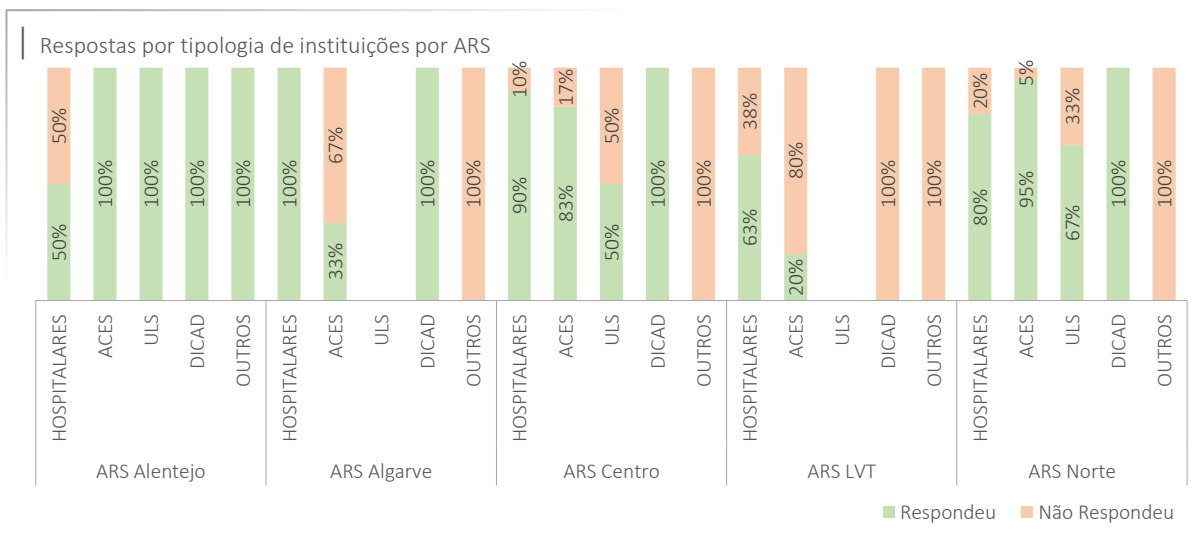
Em todas as restantes ARS a evolução foi, genericamente, positiva, destacando-se a ARS Alentejo com 88% de respostas, a ARS Norte com 85% e a ARS Centro com 80%, face ao universo de instituições existente em cada uma das respetivas ARS. Na ARS Algarve verificou-se também uma menor adesão ao INQSEG21, tendo respondido menos uma instituição, quando comparado com o INQSEG19.



Das 74 instituições que responderam, 30 são Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), 33 são centros hospitalares e hospitais (incluindo 2 IPO, IGPinto e CMRRC), 6 são Unidades Locais de Saúde (ULS), 4 são Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) das ARS e 1 serviço central da ARS Alentejo. Face ao universo total de instituições do SNS, o volume de respostas por instituição foi positivo, sendo que dos 46 ACES (ignorando 9 que estão incluídos nas ULS), 30 (65%) responderam ao questionário, dos 44 centros hospitalares/hospitais (excluindo 13 inseridos nas ULS e considerando o IPO, IGPinto e CMRRC,) alcançamos 33 (75%) respostas, das 8 ULS apenas uma instituição não respondeu (88% de respostas), tal como apenas uma DICAD (80% de respostas) não preencheu o questionário. Das restantes outras tipologias de instituições, apenas a ARS Alentejo preencheu o questionário relativamente aos seus serviços centrais, ainda que tal não tenha sido um dos objetivos do INQSEG21, em todo o caso, as repostas foram consideradas. Em suma, do universo potencial de 108 instituições a quem foi remetido o inquérito, obtivemos respostas de 74, ou seja, 69% de respostas.

Se globalmente e face ao INQSEG19 alcançámos um maior volume de respostas no INQSEG21 e abrangemos também um maior número de instituições, em praticamente todos os cluster de instituição em análise, devemos realçar que os resultados não foram mais animadores e mais próximos do universo total de instituições do SNS, pois o grau de envolvimento e empenho das ARS foi distinto, aliás, como se constata e reflete igualmente ao nível da própria implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde.

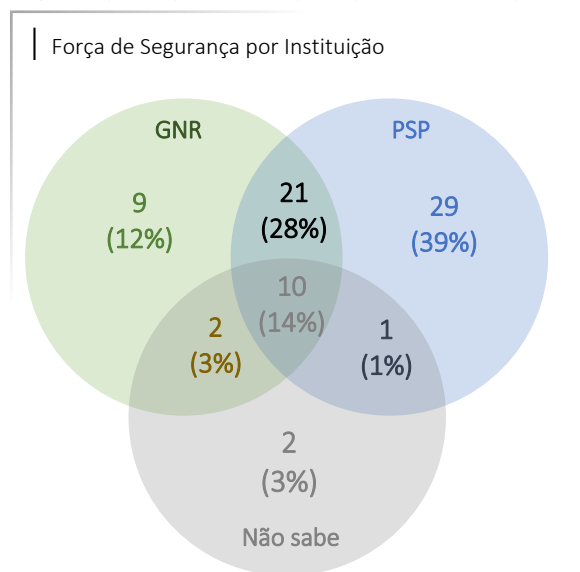
Assim, analisando a representatividade das diferentes tipologias de instituição em cada uma das ARS, constatamos que na ARS Alentejo apenas 1 (50%) das instituições hospitalares não respondeu ao inquérito, na ARS Algarve 67% (2) dos ACES não responderam, na ARS Centro, apenas 1 instituição hospitalar (10%), 1 (17%) ACES e 1(50%) ULS ignoram o INQSEG21, na ARS LVT, conforme já referido, verificou-se que grande parte das instituições não reponderam, ainda assim, conseguimos 63% de respostas ao nível hospitalar, por fim, na ARS Norte, consideramos que o volume de respostas foi francamente positivo, destacando-se os 95% de respostas dos ACES e 80% das instituições hospitalares.



Pelo exposto, consideramos que o volume de respostas obtidas nos permite caracterizar de um modo preciso alguns dos principais aspetos de segurança que estão implementados no SNS, possibilitando ainda a concretização de algumas sugestões a serem implementadas nas várias instituições.

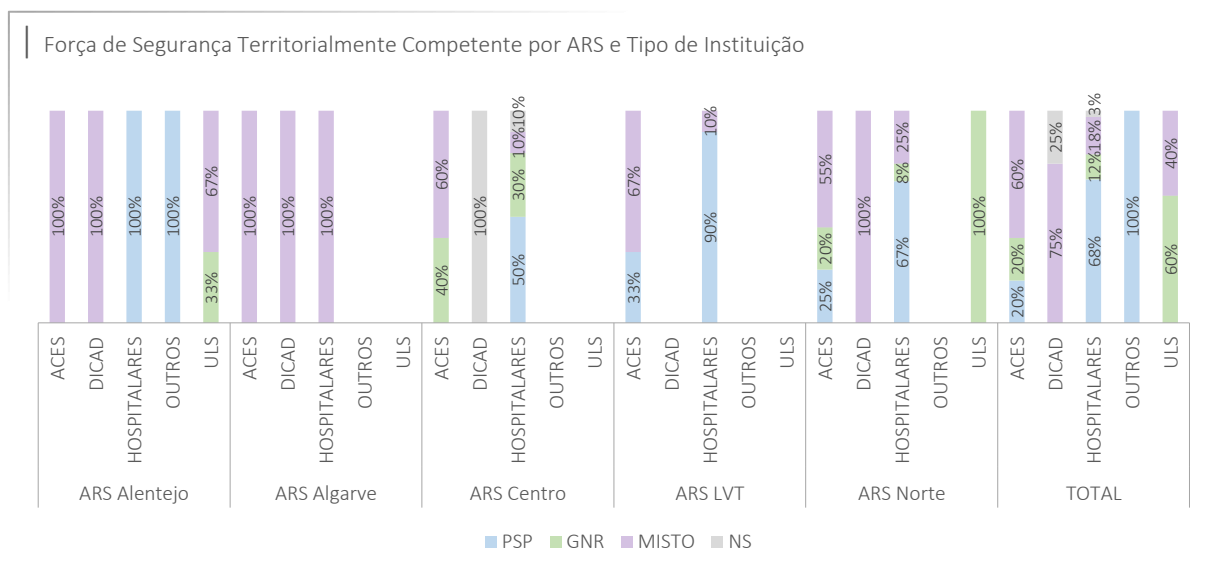
1.2. Força de Segurança territorialmente competente

O inquérito de segurança procurou ainda proceder a uma caracterização ao nível das forças de segurança responsáveis pelo policiamento junto de cada umas das instituições. Assim, verificámos que



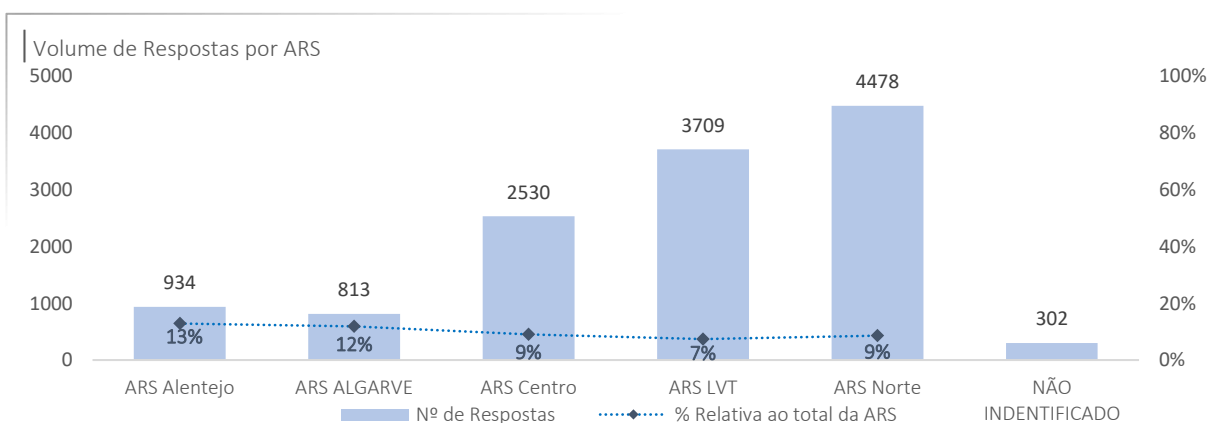
das 74 instituições, apenas 2 desconhecem na sua totalidade qual a força de segurança responsável. Constatamos ainda que das 74 instituições, 29 (39%) encontram-se na sua totalidade na área de responsabilidade da PSP, 9 (12%) são na sua totalidade policiadas pela GNR e 21 (28%) das instituições apresentam algumas unidades localizadas na área de responsabilidade da PSP e outras da GNR, pelo que assumem um policiamento misto.

Genericamente podemos referir que das instituições que responderam, as instituições hospitalares são em regra policiadas pela PSP (68%), destacando-se na ARS Alentejo (100% pela PSP), na ARS LVT (90%) e na ARS Norte (67%). Os cuidados de saúde primários (ACES) existem uma maior uniformização, sendo que 20% são policiados em exclusivo pela PSP, 20% pela GNR e os restantes 60% o policiamento é misto, isto é, existem unidades da instituição que são policiadas pela PSP e outras pela GNR. No caso das ULS, existe uma predominância do policiamento realizado pela GNR (60%), sendo o remanescente partilhado entre ambas as forças de segurança (40%).



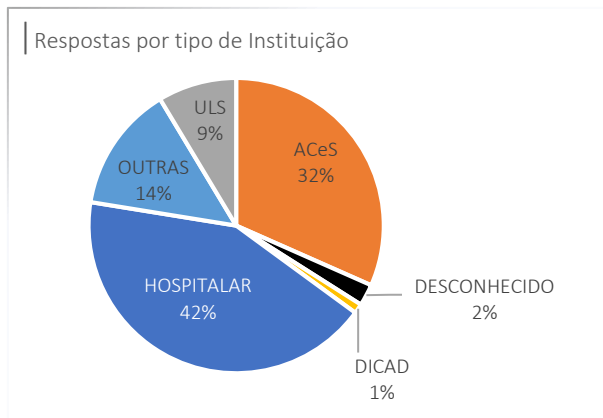
1.3. Respostas dos Profissionais de Saúde

O questionário dirigido aos profissionais de saúde obteve um total de 12.766 respostas, o que corresponde a aproximadamente 9% do universo total dos profissionais do SNS. A ARS do Norte e a ARS de LVT foram as regiões de saúde com maior número de respostas absolutas, mas que representam 9% e 7% respetivamente, do total de profissionais existentes na sua área de responsabilidade, enquanto que nas ARS do Alentejo e ARS do Algarve alcançaram uma maior representatividade do seu efetivo com cerca de 13% e 12%, respetivamente. A ARS Centro posicionou-se na média nacional com uma representatividade de 9% de respostas face ao total de profissionais existentes nesta região de saúde.



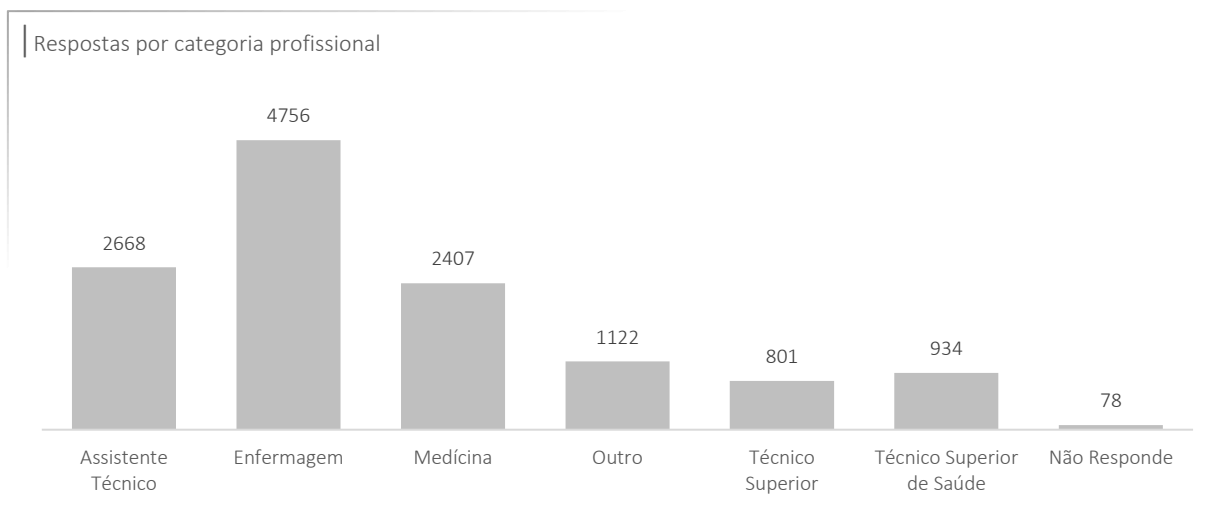
Como seria de esperar, os hospitais (42%) e os ACeS (32%) foram as instituições onde se obteve um maior volume de respostas, sendo curioso referir, que mesmo na ARS LVT onde, como vimos, obtivemos pouca adesão nas respostas institucionais, houve uma boa adesão na respostas recolhidas junto dos profissionais de saúde, que infelizmente, inviabiliza a comparação da perceção de segurança dos profissionais com a organização de segurança implementada.

Quanto às várias categorias profissionais que responderam ao questionário, admitimos desde já a

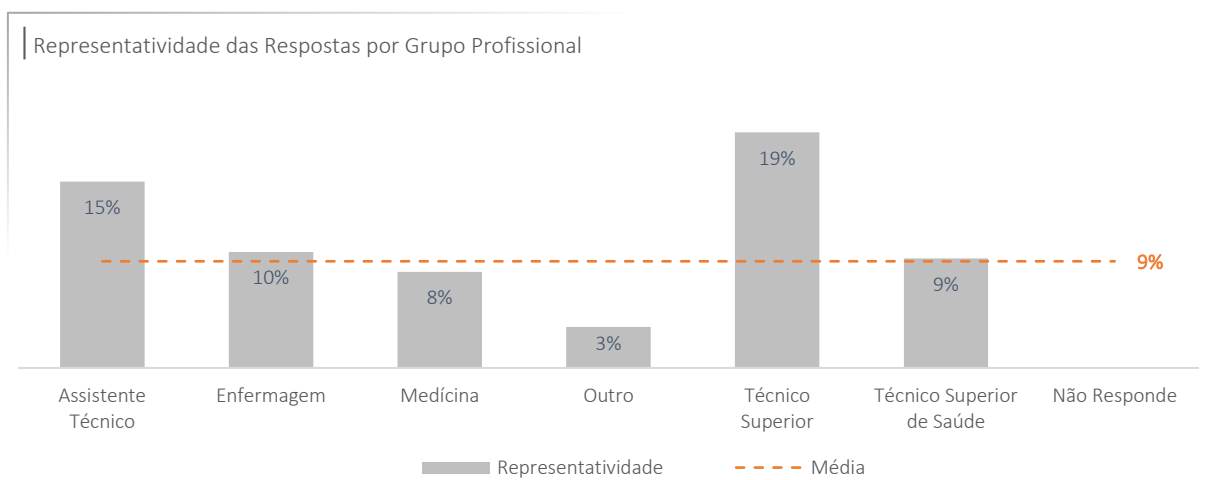


limitação das opções de resposta disponíveis que não permitiram uma maior representação dos vários grupos profissionais existentes no SNS, facto que de futuro deverá ser corrigido. Assim, das possibilidades de resposta existentes, o maior volume de respostas recolhidas pertenceu ao grupo profissional dos enfermeiros com 4756 respondentes, seguindo-se o grupo dos

assistentes técnicos com 2668 respostas e do grupo profissional de medicina com 2407 respostas. Relativamente às restantes categorias profissionais ficámos com a convicção que face às opções disponíveis, os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica selecionaram a opção de Técnico Superior de Saúde.



Embora o volume de respostas por cada uma das categorias profissionais seja relevante, importa ainda assim aferir o grau de representatividade face ao universo de profissionais do SNS. Assim, verificamos que os grupos profissionais que não prestam diretamente cuidados de saúde foram os que manifestaram maior adesão ao inquérito, onde 19% do universo total dos técnicos superiores e 15% dos assistentes técnicos responderam ao questionário. Nas categorias profissionais que prestam cuidados de saúde, os enfermeiros foram os que expressaram maior representatividade (10%), seguindo-se os dos Técnicos Superiores de Saúde com uma representatividade de 9% (incluímos nesta categoria os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica) e, por fim, os médicos com uma representatividade de 8%. Finalmente, para as restantes categorias profissionais (por exemplo, farmacêuticos, assistentes operacionais, entre outros.) obtivemos 3% de representatividade.



2. Discussão dos resultados - Questionário Institucional

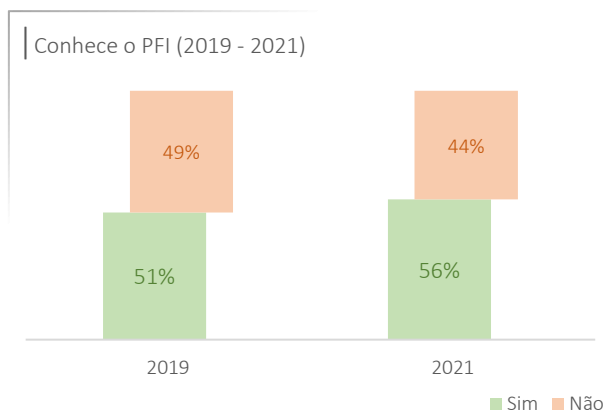
O questionário difundido pelas instituições do SNS foi composto por 48 questões (anexo 1), as quais iremos de seguida passar a analisar.

2.1. Está nomeado o Ponto Focal Institucional do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde?

O Ponto Focal Institucional é a pessoa que em cada instituição de saúde que deverá promover pela manutenção de ambientes de trabalho seguros e, conforme a RCM 1/2022 de 5 de janeiro, que aprovou o PAPVSS, o mesmo assume as seguintes atribuições:

- Garantir que os requisitos legais e procedimentos internos de segurança são cumpridos;
- Garantir o desenvolvimento e implementação de normas e procedimentos de segurança;
- Efetuar visitas periódicas de Segurança e elaborar relatório reportando dados obtidos e propondo ações de melhoria;
- Registrar e analisar informação relativa aos registos de incidentes de segurança;
- Assegurar o canal técnico da área da segurança, quer com a ARS, quer com o Gabinete de Segurança;
- Garantir que os problemas de segurança são relatados e promover o seu encaminhamento para a estrutura hierárquica;
- Promover a realização das avaliações do risco em todas as unidades da instituição;
- Partilhar as boas práticas de resposta a riscos de segurança que foram identificados;
- Desenvolver o Plano de Segurança em todas as unidades da instituição de saúde;
- Monitorar o progresso das melhorias na segurança, conforme descrito nos planos de segurança.
- Elaborar relatório anual de segurança da instituição.

As respostas obtidas foram negativamente surpreendentes, pois sabemos que em todas as instituições



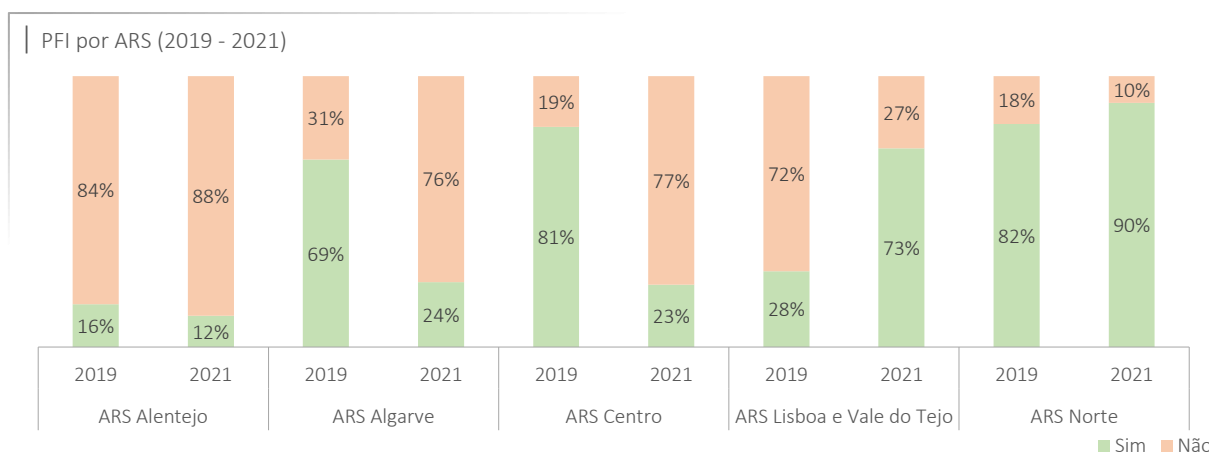
estão nomeados PFI, o que parece não ser do conhecimento dos respondentes, nem tão pouco foram os PFI envolvidos nas respostas ao questionário, o que seria desejável. Assim, do total de respostas obtidas constatamos que em 44% dos locais o PFI não é conhecido. Apesar da evolução positiva face ao INQSEG19, este resultado leva a equacionar algumas hipóteses,

por um lado, em muitos locais face ao contexto em que operam algumas unidades de saúde, poderá

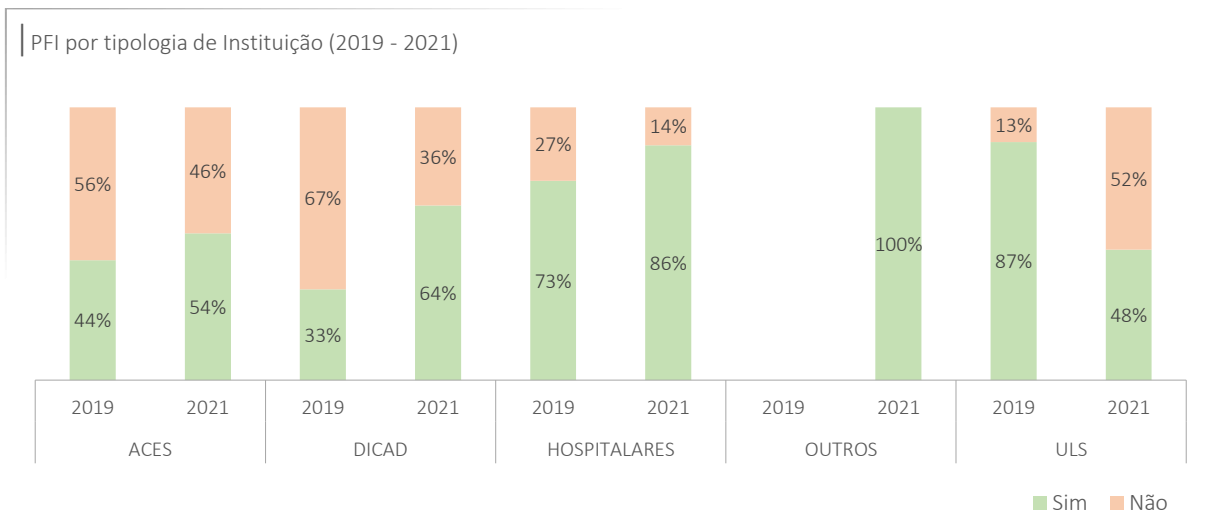
não ser, efetivamente, necessário a existência de uma pessoa responsável pela segurança (que será o Ponto Focal Local nomeado no âmbito do PAPVSS), contudo, ao nível institucional, esta figura deverá ser criada (todas as instituições já indicaram junto do Gabinete de Segurança os seus PFI), ainda que em acumulação de funções, sendo que a sua identidade e os seus contactos deverão ser do conhecimento de todos os serviços e respetivos colaboradores, o que pela resposta do INQSEG21 parece não suceder. Neste ponto, reforçamos desde já, a necessidade de todas as instituições divulgarem a identidade do PFI, idealmente, constituírem o Grupo Operativo Institucional (GOI) e aprovarem o respetivo regulamento de funcionamento, atribuindo para o efeito uma bolsa de horas aos profissionais que fazem parte do GOI.

As Instituições de Saúde devem nomear e difundir a identidade dos PFI, preferencialmente, constituir Grupos Operativos Institucionais e fazer aprovar o respetivo regulamento de funcionamento, atribuído uma bolsa de horas para o seu funcionamento.

Devemos referir que excetuando a ARS Norte e a ARS LVT, onde se verificou uma evolução favorável do número de PFI nomeados (passou de 82% para 90% no norte e de 28% para 73% em LVT), nas restantes ARS a evolução foi francamente negativa, situação que esperamos ver corrigida até ao final de 2022, uma vez que a implementação do PAPVSS está grandemente dependente da consolidação da estrutura de governação do plano.



Do ponto de vista da tipologia das instituições constatamos que no INQSEG21 foram nas ULS e nos ACES onde se obtiveram um maior número de respostas negativas (52% e 46%, respetivamente), por oposição, tanto nas instituições hospitalares (86%), como nas DICAD (64%), é onde se reconhece em maior número a figura do PFI. Face a 2019, apenas as ULS manifestaram uma evolução negativa, isto é, quando em 2019 haviam 87% de respondentes que identificavam o Ponto Focal Institucional, em 2020 este valor reduziu para 48%. Mais uma vez, inferimos que esta evolução das ULS se deve ao maior número de respostas alcançado em 2021, face a 2019.

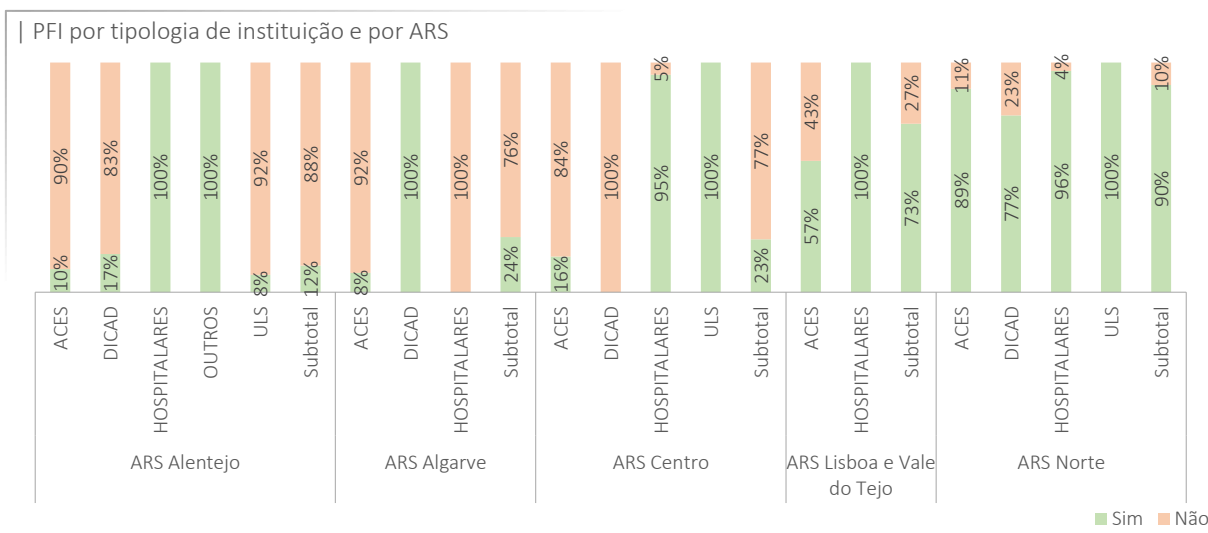


Todavia, numa análise mais fina somos levados a concluir que o volume de respostas positivas foi alavancado pelas respostas obtidas na ARS Norte, em que 90% das unidades de saúde referiram a existência do PFI.

Verificamos ainda, que com exceção da ARS Algarve, em todas as restantes regiões de saúde, praticamente a totalidade das instituições hospitalares reponderam afirmativamente quanto à existência do PFI. Semelhantemente, nas ULS, apenas na ARS Alentejo o PFI é desconhecido, sendo que na ARS Centro, como na ARS Norte, obtivemos 100% de respostas positivas quanto à existência de PFI nas respetivas ULS.

Destacamos ainda que 100% da DICAD da ARS Algarve e 77% da DICAD da ARS Norte, conhecem a existência do respetivo PFI.

Para finalizar este ponto, devemos destacar que nos ACES, apenas a ARS Norte apresenta resultados francamente positivos, onde 89% das suas unidades referiram conhecer o PFI.



2.2. Está nomeado e identifica o Ponto Oficial de Contacto das Forças de Segurança

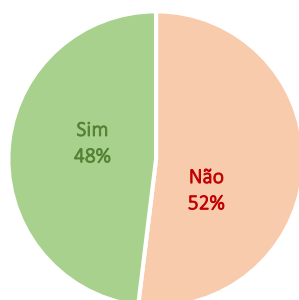
Foi criada uma rede de Pontos de Contacto Oficiais (POC) da GNR e da PSP que se articulem com a rede de Pontos Focais do Ministério da Saúde, com vista a apoiar e desenvolver alguns projetos locais. Assim, entre outras funções, os POC da GNR e da PSP apoiam no seguinte:

- Em sede do policiamento de proximidade, na elaboração conjunta de campanhas de sensibilização, no apoio a profissionais vítimas de crimes, no desenvolvimento de formação conjunta;
- Na elaboração de avaliações do risco às instituições do SNS;
- Realização de formação conjunta em cada uma das ARS, envolvendo todos os profissionais nomeados.

A criação de uma rede de colaborativa entre as forças de segurança e o SNS foi uma das medidas consideradas como mais necessárias. Importa que todas as unidades agendem reuniões com os Pontos Oficiais de Contracto da PSP e da GNR.

Esta rede de articulação entre as forças de segurança e o SNS foi criado em 2021, pese embora apenas

Conhece o Ponto Oficial de Contacto da PSP ou GNR

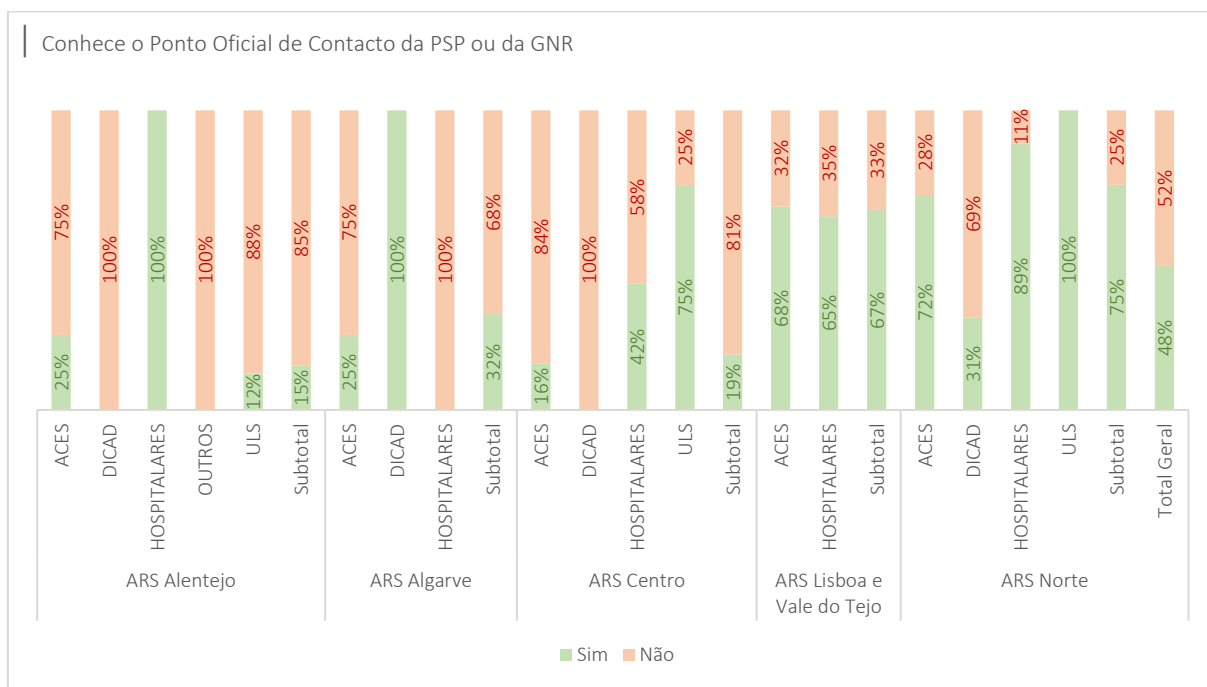


mais recentemente tenha sido verdadeiramente difundida. Pese embora esta situação, foram as unidades do SNS questionadas sobre se conhecem o respetivo POC adstrito à sua unidade de saúde, tendo as respostas obtidas sido satisfatórias face à prematuridade desta medida. Assim, 48% dos respondentes afirmaram conhecer o respetivo POC da força de segurança, situação que releva toda a importância

subjacente à criação desta rede, porquanto, os responsáveis das várias unidades sentiram necessidade de imediatamente articular várias medidas em conjunto.

Desagregando esta questão por cada uma das ARS e respetivas tipologias de instituição, podemos constatar no gráfico seguinte que é na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (67%) e na região Norte (48%) onde um maior número de unidades de saúde afirmam conhecer o Ponto Oficial de Contacto das Forças de Segurança. Em sentido oposto, é na região Centro (19%) e na região do Alentejo (15%) onde o maior número de respondentes afirma desconhecer o respetivo POC.

Devemos ainda enfatizar que a totalidade das unidades hospitalares da ARS Alentejo, da DICAD da ARS Algarve e da ULS da ARS Norte referiram conhecer esta rede colaborativa e, em oposição, a totalidade das unidades hospitalares da ARS Algarve e da DICAD da ARS Centro, afirmou desconhecer esta mesma rede colaborativa, conforme se evidencia no gráfico seguinte.

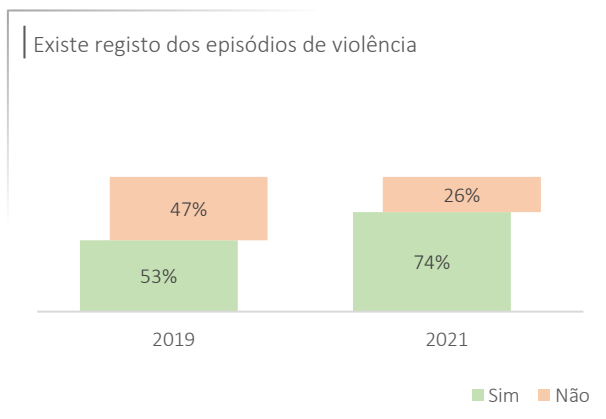


2.3. Há algum registo interno dos incidentes que acontecem?

O reporte e a notificação dos episódios de violência e outros incidentes de segurança é fundamental para assegurar uma correta orientação da política de segurança das várias instituições. Nesse sentido, todos os episódios de violência, bem como, restantes incidentes de segurança, por exemplo furtos de bens patrimoniais, seja dos profissionais de saúde, seja da instituição, são inaceitáveis e devem ser reportados.

Presentemente o Notific@ é o sistema oficial para reportar os episódios de violência, sendo que o mesmo, assume um carácter voluntário do profissional ou do cidadão com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas corretoras sistémicas para evitar que novas situações de violência se venham a repetir.

As Instituições de Saúde devem implementar circuitos para o registo e análise dos episódios de violência e, independentemente de possuírem sistemas autónomos, devem promover a transposição da informação para a plataforma Notifica da DGS.

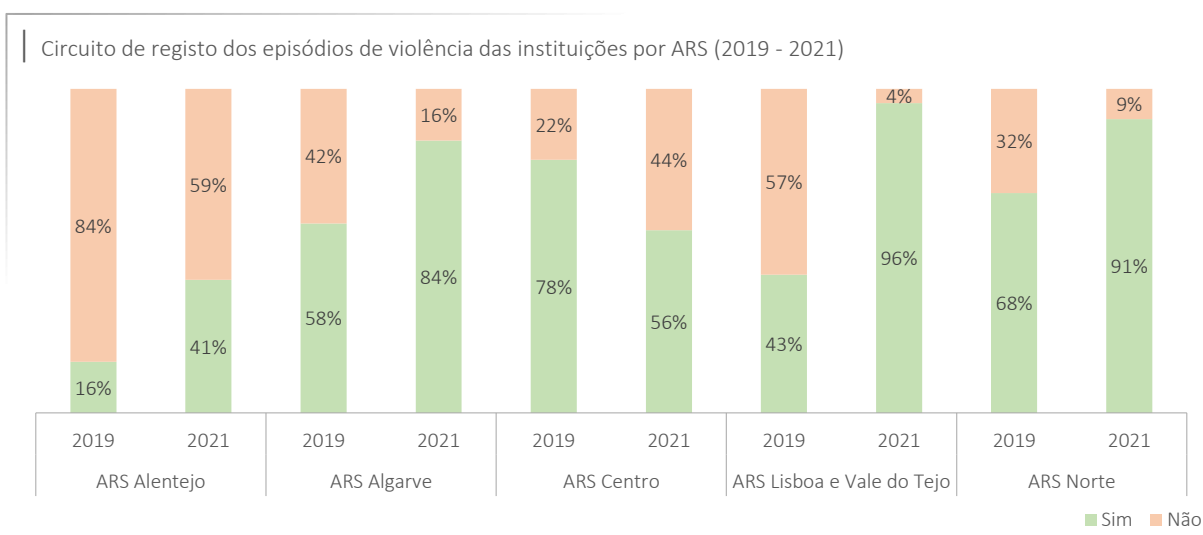


Para que este procedimento aconteça é necessário que as instituições tenham nomeados os gestores locais do Notific@ e que estes assiduamente promovam a análise das situações reportadas. Ainda assim, do nosso ponto de vista, o registo dos episódios de violência e restantes incidentes de segurança não deverão estar sujeitos ao voluntarismo da vítima, sendo que

deveriam ser criados circuitos para que qualquer incidente de segurança fosse registado.

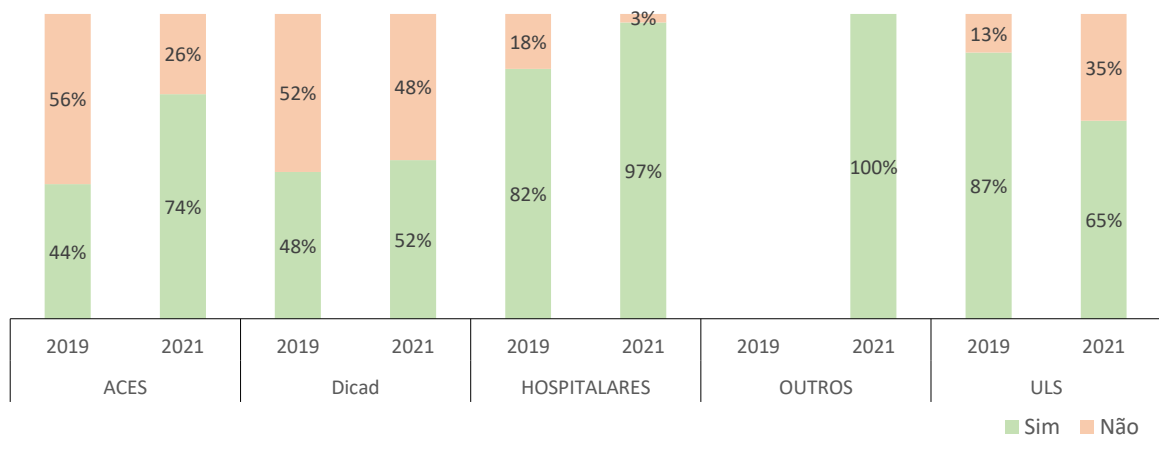
O registo dos episódios de violência foi um campo que evolui muito favoravelmente desde 2019. Do volume total de respostas ao INQSEG19, apenas 53% afirmaram existir circuitos para o registo dos episódios de violência, sendo que presentemente, no INQSEG21, 74% dos respondentes afirmaram que esses circuitos estão já instituídos. Importa ressaltar neste ponto, que a consolidação deste circuito de notificação vai, necessariamente, promover o aumento dos registos de violência existentes, ou seja, os dados sobre os episódios de violência não estarão a representar um efetivo aumento da violência no setor da saúde, mas representarão um menor volume de subnotificação, o que é muito positivo.

Apesar desta evolução francamente positiva, ainda assim, a mesma não ocorreu de forma transversal em todas as ARS, uma vez que a ARS Centro identificou em 2019, circuitos de registo em 78% das unidades de saúde, tendo esse valor descido para 56% no INQSEG de 2021. Este é também um aspeto que urge consolidar de forma rápida, uma vez que é essencial que as cifras negras dos episódios de violência sejam destapadas, pois só desta forma, as instituições poderão apresentar estratégias coerentes com o diagnóstico feito.



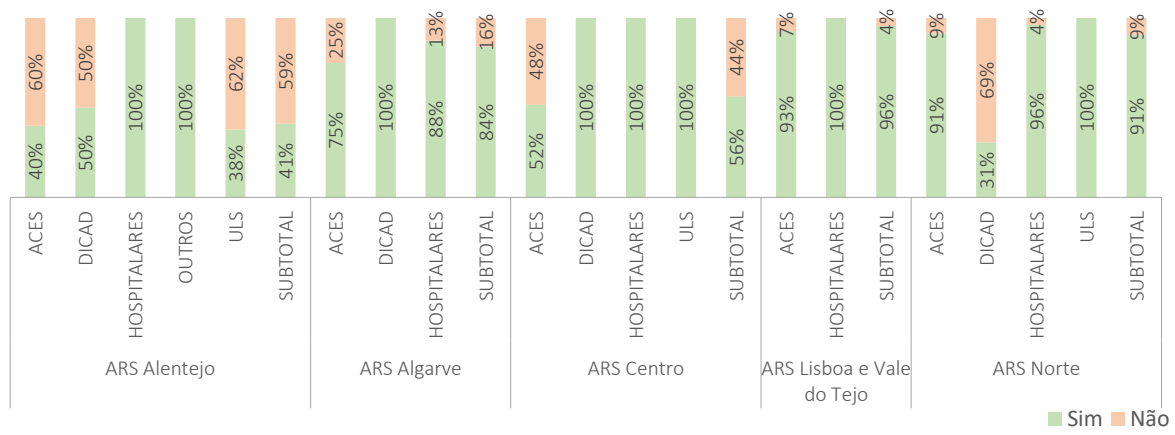
As respostas recolhidas no INQSEG21 demonstram que a evolução ocorreu em, praticamente, todas as tipologias de instituições, verificando-se maior expressividade nos ACES, tendo passado de 44% no INQSEG19 para 74% no INQSEG21. A exceção a esta tendência ocorreu nas ULS, uma vez que em 2019 tínhamos 87% de unidades a referirem a existência de circuitos de registo de episódios de violência e, no corrente inquérito, esse valor quedou-se pelos 65%. Esta diminuição poderá também ser explicada pelo maior volume de resposta recolhidas no atual inquérito, quando comparamos com a edição anterior.

Circuitos de registos da violência por tipologia de Instituição (2019 - 2021)



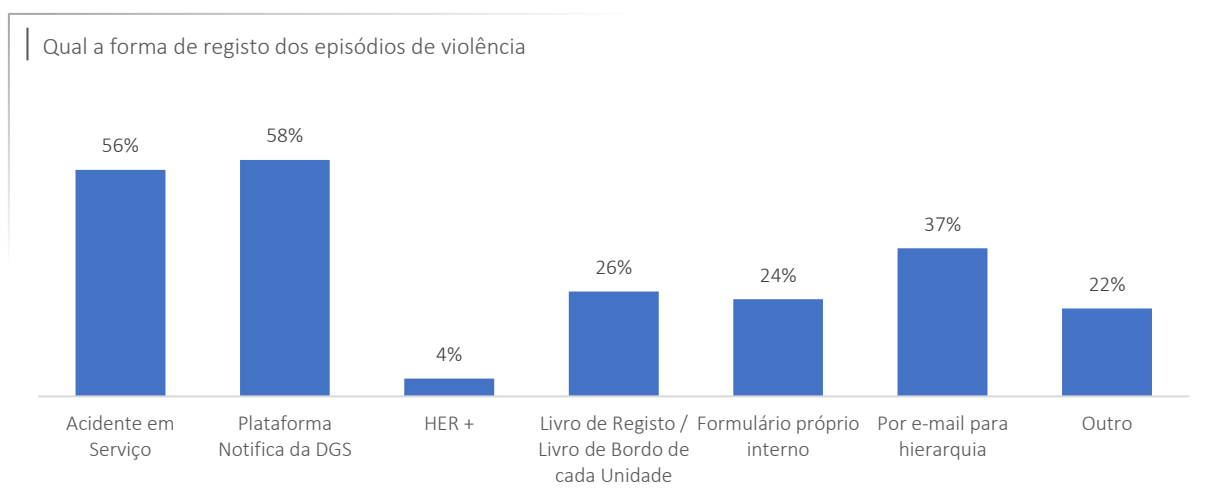
Desagregando as várias tipologias de instituição por cada uma das regiões de saúde, constatamos, como pontos menos positivos, o facto de mais de metade das unidades dos ACES (60%), DICAD (50%) e ULS (62%) da ARS Alentejo e DICAD (69%) da ARS Norte, referirem a inexistência de circuitos de registo dos episódios de violência. Como aspeto positivo, realçamos o facto de existirem várias tipologias de instituições em todas as ARS, onde 100% das unidades refere a existência dos suprarreferidos circuitos. Esta constatação leva-nos a reforçar o papel das ARS, nomeadamente, dos Grupos Operativos Regionais, em articulação com os Grupos Operativos Institucionais, que deverão fazer um esforço de uniformização dos procedimentos relativos ao registo de episódios de violência, abrangendo todas as tipologias de unidades e por consequência possibilitar o desenvolvimento do mapa da violência no setor da saúde, a nível local, institucional, regional e nacional.

Circuitos de Notificação por Instituição e por ARS

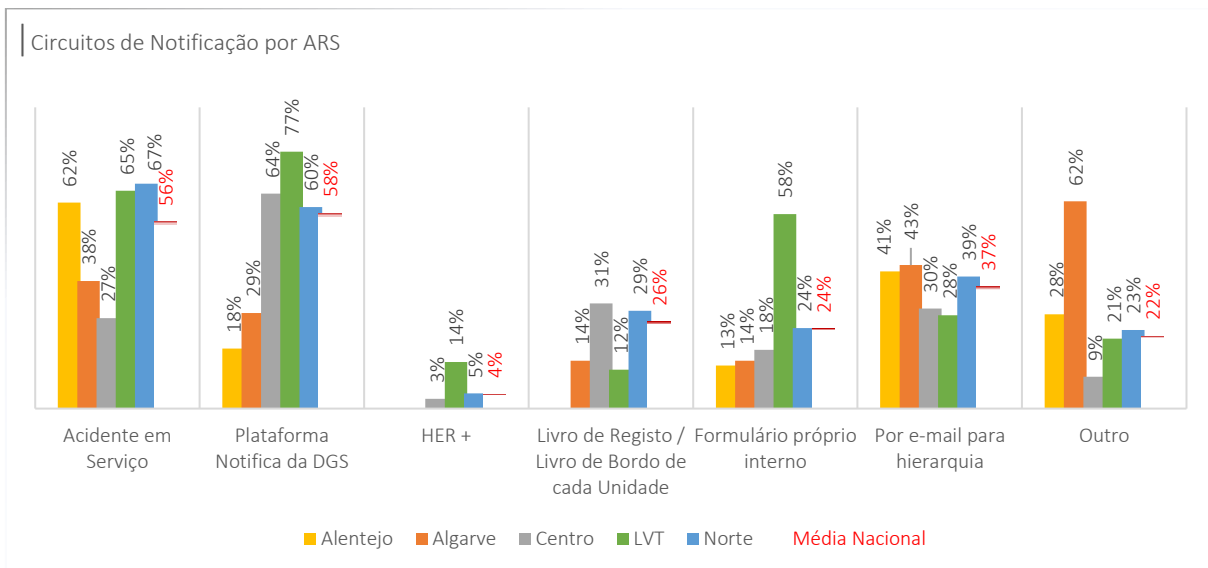


2.4. Como funciona o registo de episódios de violência?

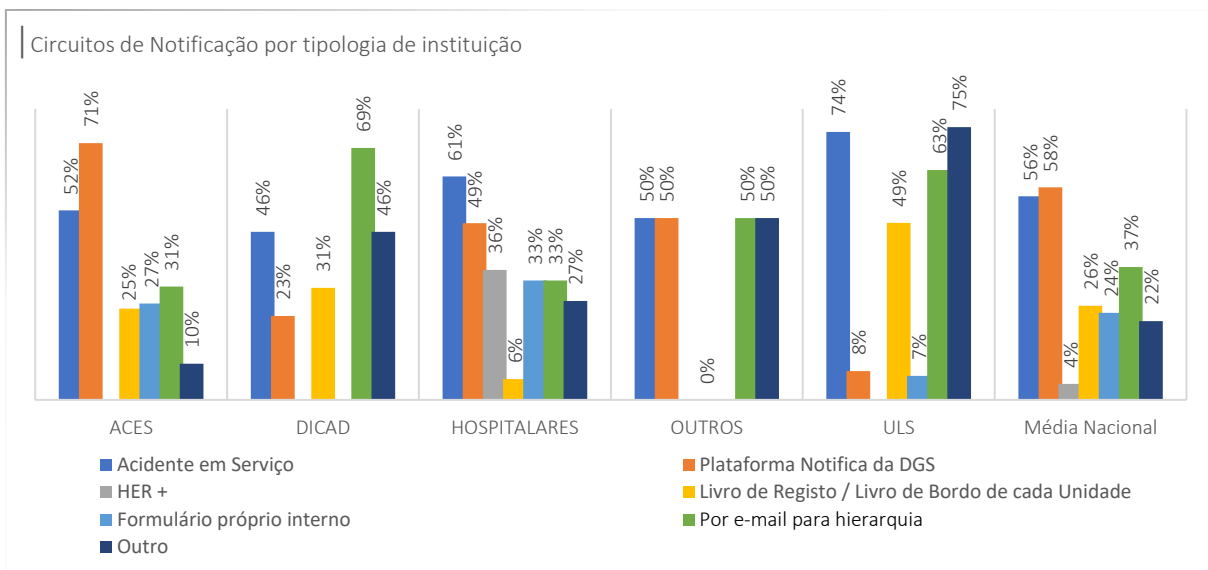
Considerando que 74% das unidades de saúde inquiridas confirmaram a existência de circuitos para o registo de episódios de violência, questionámos sobre a respetiva forma como decorre o processo. As respostas obtidas foram classificadas em 7 grupos: i) *acidente de serviço*, ii) *plataforma notifica da DGS*; iii) *HER+* (*sistema informático muito comum nos cuidados de saúde hospitalares*); iv) *livro de registo/livro de bordo de cada unidade*; v) *formulário próprio interno*; vi) *por e-mail para a hierarquia* e vii) *outro circuito*. Verificou-se que a maioria das unidades apresentam mais do que um modo de proceder ao registo dos incidentes, ainda assim, destacamos que 56% dos respondentes referiu o processo por acidente em serviço (quando em 2019 apenas 10% o referiram) e 58% a plataforma notifica da DGS (em 2019 apenas 24% referiu o sistema notifica).



No que diz respeito aos circuitos de notificação existentes em cada uma das regiões de saúde, constatamos que as participações por acidente de serviço têm uma menor expressão na ARS Algarve (38%) e na ARS Centro (27%), a utilização da plataforma Notifica da DGS é pouco difundida na ARS Alentejo e na ARS Algarve; o HER+ tem pouca expressão em todas as regiões de saúde; os livros de registo são mais reconhecidos na ARS Norte (29%) e ARS Centro (31%); a ARS LVT destaca-se por ser a única onde parece ser reconhecido de forma generalizada um formulário próprio (58%); a utilização do e-mail para participação dos episódios de violência é um método utilizado com alguma frequência em todas as ARS.



Ao nível das diferentes instituições, verificamos que nos ACES é utilizado preferencialmente a Plataforma Notifica da DGS (71%), na DICAD as participações são feitas em regra por e-mail (69%) para a hierarquia, já nos cuidados hospitalares e nas ULS é onde mais se utiliza a participação por acidente em serviço (61% e 74% respetivamente).



Analisando as respostas por cada uma das instituições que participaram no INQSEG21, deparamo-nos com uma elevada disparidade de procedimentos, isto é, dentro da própria instituição cada uma das suas unidades utilizam circuitos e procedimentos distintos para o registo dos episódios de violência, o que, como já foi referido, é um significativo obstáculo para a concretização de um mapa diagnóstico dos episódios de violência e dos mapas de risco e, conseqüentemente, da implementação das melhores estratégias de prevenção.

Posto isto, consideramos que deve existir uma simplificação do modo como são realizadas as notificações dos episódios de violência, promovendo a interoperabilidade de sistemas existentes com a plataforma notifica da DGS, ressalvando-se que os circuitos de notificação devem, pelo menos, obedecer ao seguinte:

- Plataforma Notifica da DGS;
- Participação por Acidente em Serviço;
- Denúncia Criminal.

As situações de violência devem, pelo menos, originar registo na Plataforma Notifica da DGS, participação por Acidente em Serviço e uma Denúncia ou Queixa Criminal.

Atendendo a que a plataforma notifica da DGS não permite um acompanhamento ideal e conveniente dos processos de violência, recomendamos ainda que sejam estabelecidos circuitos uniformes ao nível de toda a estrutura orgânica (regional, institucional e local) e que respondam ao seguinte:

- Possibilitar o registo (anónimo ou identificado) das situações de violência;
- Incrementar o número e a qualidade das denúncias/notificações dos episódios de violência, para permitir conhecer e intervir nas situações que possam atualmente existir;
- Fornecer informação suficiente para a investigação e análise às situações de violência que acontecem e são reportadas;
- Permitir a identificação precoce e a intervenção oportuna nos episódios de violência sobre profissionais de saúde;
- Identificar os riscos associados aos vários locais, por via de entrega de vários outputs e relatórios dos dados inseridos no sistema, realizando por exemplo, associação de casos;
- Possibilitar a elaboração de planos de ação e de melhorias com vista a prevenir novos episódios de violência;
- Fomentar a aprendizagem organizacional, como meio de prevenir a violência e responder melhores a incidentes e mitigar as suas consequências;
- Responder às necessidades e requisitos dos utilizadores do sistema, sejam eles os profissionais de saúde ou os serviços locais, regionais ou nacionais;
- Permitir o encaminhamento para acompanhamento integral e adequado das vítimas.

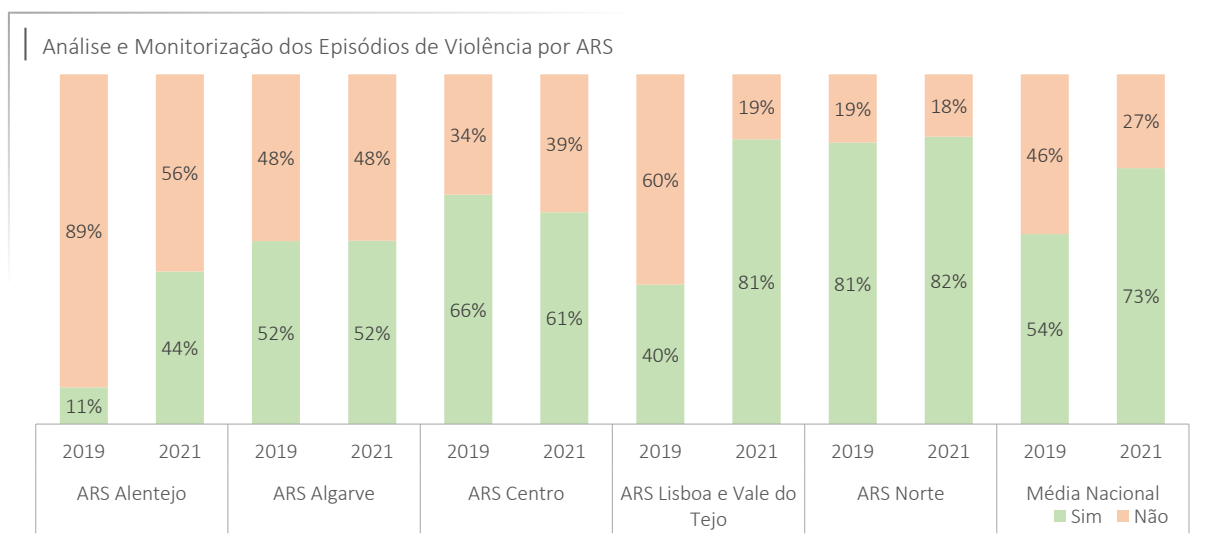
2.5. Monitorização e análise dos episódios de violência

Como vimos, para além do respetivo registo é igualmente fundamental que os episódios de violência sejam sujeitos a uma análise interna para que possam ser implementadas medidas preventivas e corretivas de forma a prevenir a ocorrência de novas situações. Nesse sentido foram questionadas as várias unidades de saúde se essa análise era feita e de que forma ocorria.

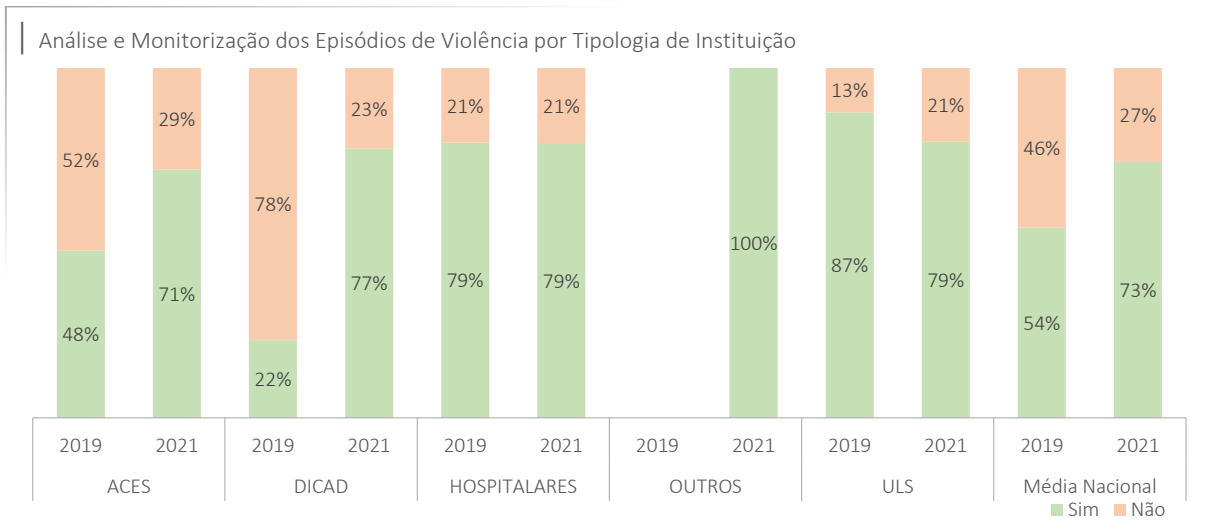
Todas as instituições devem implementar protocolos de investigação às situações de violência que são registados, resultando em propostas de melhorias com vista a prevenir novas situações.

Averiguámos que em 2019 apenas 54% das unidades referiam que realizavam a análise aos episódios de violência, sendo que no atual INQSEG21 o número de unidades que responderam afirmativamente passou a ser de 73%, evolução que reputamos como muito positiva.

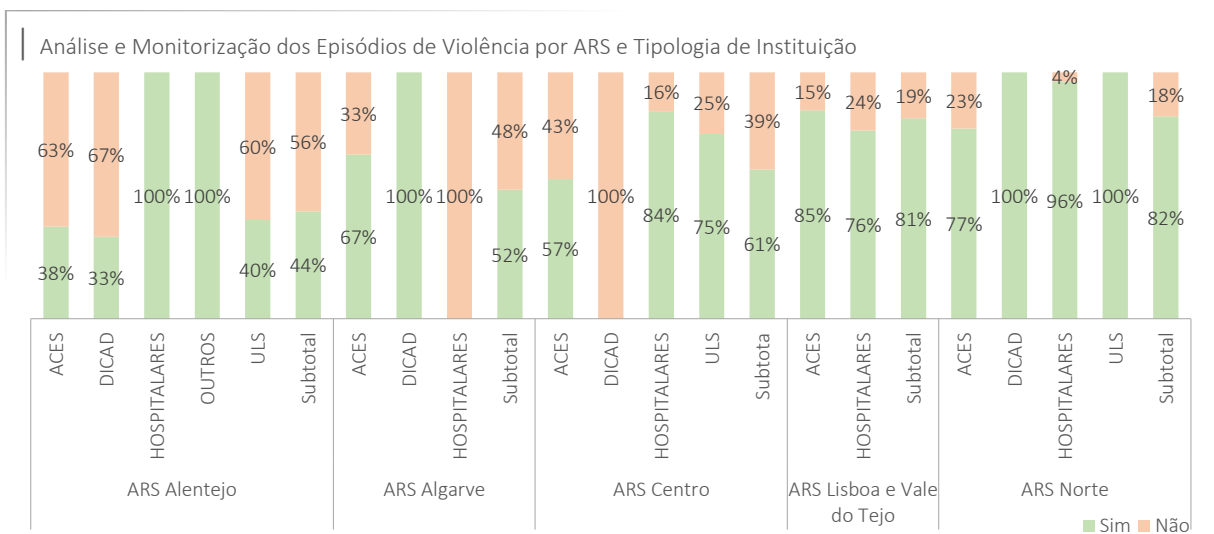
Salvo raras exceções, esta evolução de 2019 para 2021 concretizou-se na maioria das ARS, com especial realce para a ARS Alentejo (evoluiu de 11% para 44%) e para a ARS LVT (evoluiu de 40% para 81%). Nas restantes ARS constatou-se uma manutenção das respostas ou uma ligeira diminuição, sendo disso exemplo a ARS Centro que passou de 66% de unidades que em 2019 realizavam a análise aos episódios de violência para 61% em 2021.



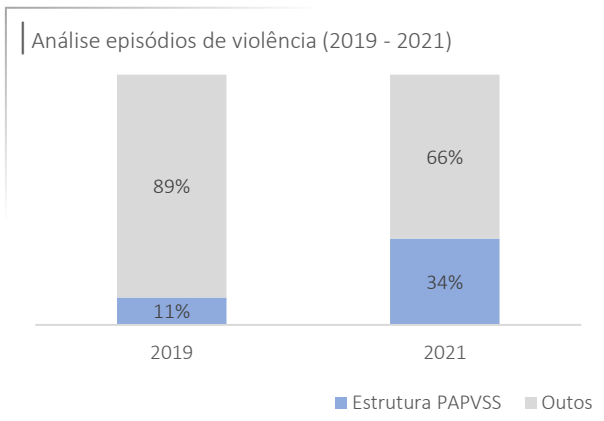
Continuando a avaliação das entidades que realizam a monitorização e análise dos episódios de violência, no sentido de produzir estratégias preventivas e de promover uma aprendizagem institucional com o intuito de evitar novos episódios de violência e mitigar as suas consequências, verificamos que na generalidade das diferentes tipologias de instituição ocorreu também uma evolução favorável ao número de instituições que concretizam este procedimento. Assim, com exceção das ULS, em todas as restantes tipologias de entidades ocorreu uma evolução favorável no número de unidades que concretiza a análise e investigação dos episódios de violência, sendo de realçar a evolução registada nos ACES e na DICAD, onde no primeiro caso evoluiu de 48% em 2019 para 71% em 2021 e, no segundo caso, passou de 22% em 2019 para 77% em 2021.



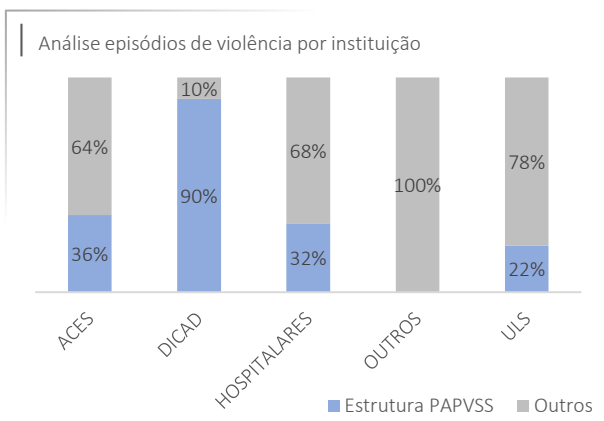
Adensando a análise das instituições por cada uma das ARS, atentamos que é na ARS Norte onde existe uma maior coerência entre todas as tipologias de instituição, pois apenas nos ACES (23%) e algumas unidades Hospitalares (4%) não é realizado a análise aos episódios de violência quando ocorrem. Nas restantes ARS existe uma maior heterogeneidade, pelo que será importante que cada uma das ARS reforce junto de cada uma das instituições da sua área de responsabilidade, sobre a necessidade de promover a análise e investigação de todas as situações de violência.



Questionados sobre quem promovia a análise dos episódios de violência, verificamos alguma heterogeneidade de nas respostas, divergindo entre a estrutura hierárquica, os serviços de saúde ocupacional, os grupos/pontos focais institucionais/locais, entre outros. Em nossa opinião, atendendo à implementação do PAPVSS, consideramos essencial que a estrutura de governação do PAPVSS deve ser envolvida, isto é, os grupos/pontos focais locais/institucionais/regionais. Nesta sequência, verificamos que em apenas 34% das unidades estão estabelecidos circuitos onde compete à estrutura



gestão das situações de violência. Contudo, e como podemos verificar pelo gráfico infra, apenas 30% das estruturas hospitalares referiu que são os GOI/PFI que concretizam a análise e investigação às



do PAPVSS a análise e investigação das situações de violência, ainda assim, valor substancialmente superior ao referido em 2019 (11%).

Atendendo a que são nas instituições hospitalares onde, como vimos, existem mais pontos focais do PAPVSS nomeados (86%), estaríamos à espera que estas pessoas fossem detentoras das competências para fazer a consequente análise e

situações de violência, sendo que apenas as ULS apresentam indicadores inferiores.

Nos ACES, onde são referidos 54% de unidades com Pontos Focais nomeados, é referido em apenas 36% das unidades que a análise e investigação dos episódios de violência é realizado por esta estrutura.

Fazendo agora uma análise por cada uma das ARS, constatamos que existem muitas instituições onde a estrutura do PAPVSS parece não ter intervenção no âmbito da análise e investigação dos episódios de violência, situação que importa corrigir. Assim, destacamos a ARS Alentejo, onde em nenhuma tipologia de instituição refere a estrutura do PAPVSS e a ARS Algarve, onde apenas a DICAD (100%) refere que a estrutura do PAPVSS é envolvida na análise e investigação das situações de violência. Nas restantes regiões de saúde, pese embora existam uma elevada heterogeneidade, ainda assim, em todas as tipologias de instituições é referido a participação dos pontos focais do PAPVSS na análise e investigação às ocorrências de violência.

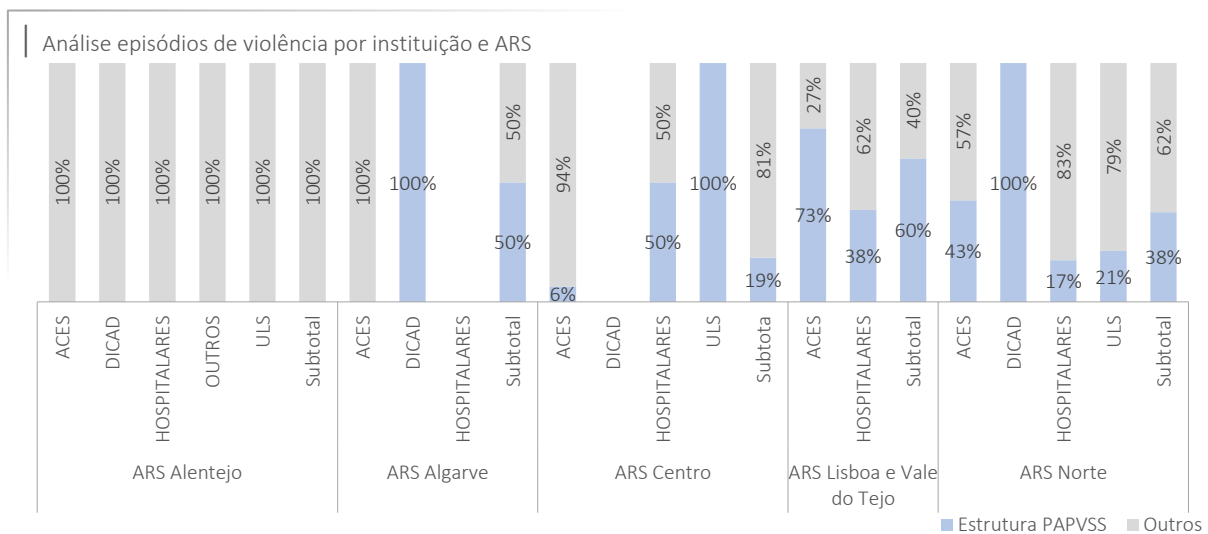
A este respeito salientamos que é fundamental que toda a estrutura do PAPVSS seja envolvida

em todas as temáticas respeitantes à prevenção da violência no setor da saúde, designadamente, na análise e investigação das várias ocorrências. Para tal é crucial que se estabelecem

protocolos inequívocos sobre a forma de abordar os registos de violência existentes, uma vez que esta tarefa poderá permitir que se adequem localmente e institucionalmente modos de atuação que permitam prevenir a ocorrência de novos episódios de violência, sendo ainda um fator de motivação

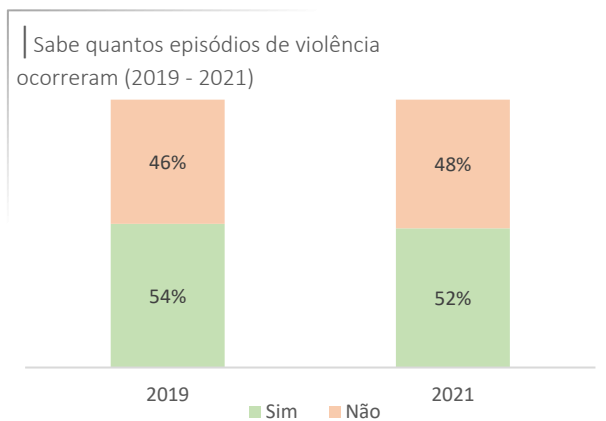
A estrutura do PAPVSS (PFR-GOR, PFI-GOI, PFL-GOL) devem estar envolvidos nos procedimentos de investigação e análise às situações de violência, pelo que as ARS e as instituições devem ajustar os seus procedimentos para o efeito.

para a vítima, na medida em que vê que a denúncia que realizou promove alterações e melhorias no serviço e, para os agressores, que poderão sentir que algumas medidas foram tomadas.



2.6. Circuitos de apuramento dos episódios de violência que ocorreram em 2021?

Considerando que cerca de 74% das unidades de saúde inquiridas afirmou que existe um sistema de

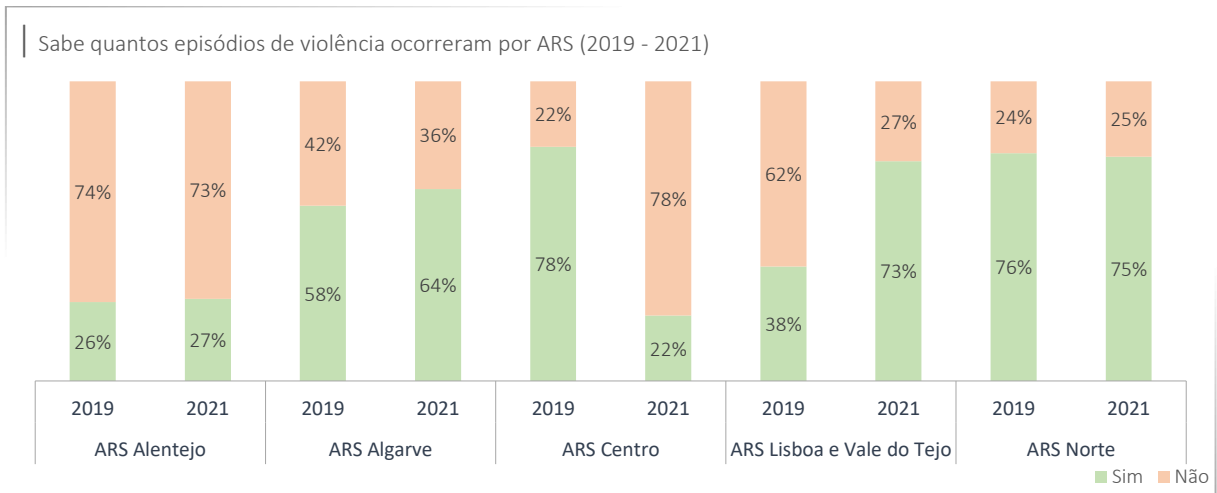


reporte dos episódios de violência, esperávamos que simultaneamente, fosse do seu conhecimento o número de acontecimentos violentos ocorridos em 2021, o que não se veio a confirmar, pois apenas 52% dos respondentes afirmaram conhecer essa informação (-2 pontos percentuais que em 2021).

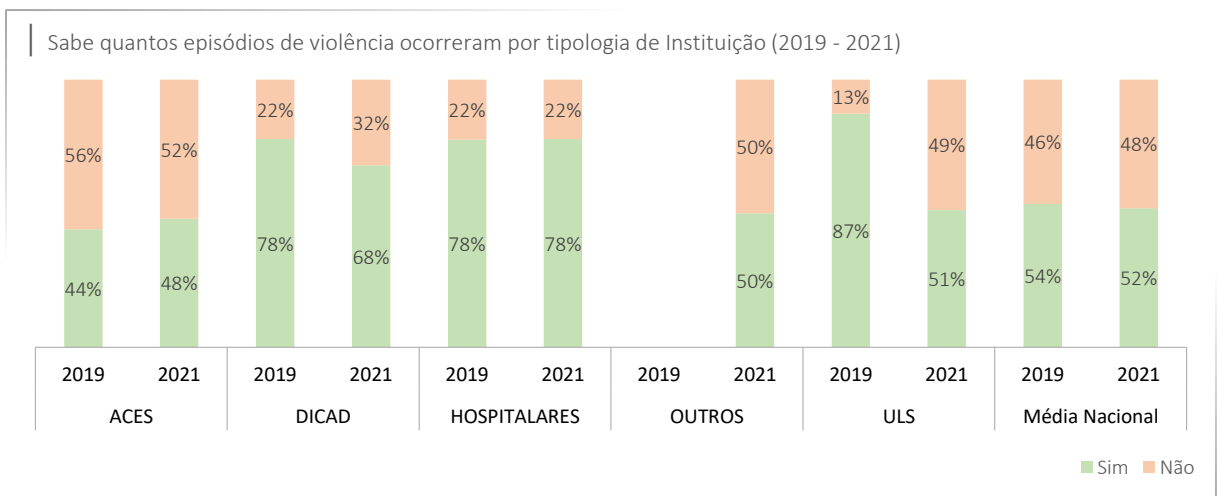
Esta situação vem expor que os circuitos

existentes não se baseiam em sistemas informatizados que permitem a todo o tempo concretizar um mapa estatístico da violência, situação confirmada quando no ponto 2.3 do presente capítulo verificamos que apenas 58% das unidades utiliza a Plataforma Notifica da DGS, que apesar de se tratar de um sistema informático, denota já algumas limitações no que diz respeito aos outputs que são possíveis de extrair do sistema. Desagregando a análise anterior por cada uma das regiões de saúde, verificamos que com exceção da ARS Centro (passou de 78% em 2019, para 22% em 2021) e a ARS Norte que apenas diminuiu um ponto percentual, todas as restantes mantiveram, ou aumentaram, o número de unidades que responderam ter conhecimento sobre o número de episódios de violência que acontecem.

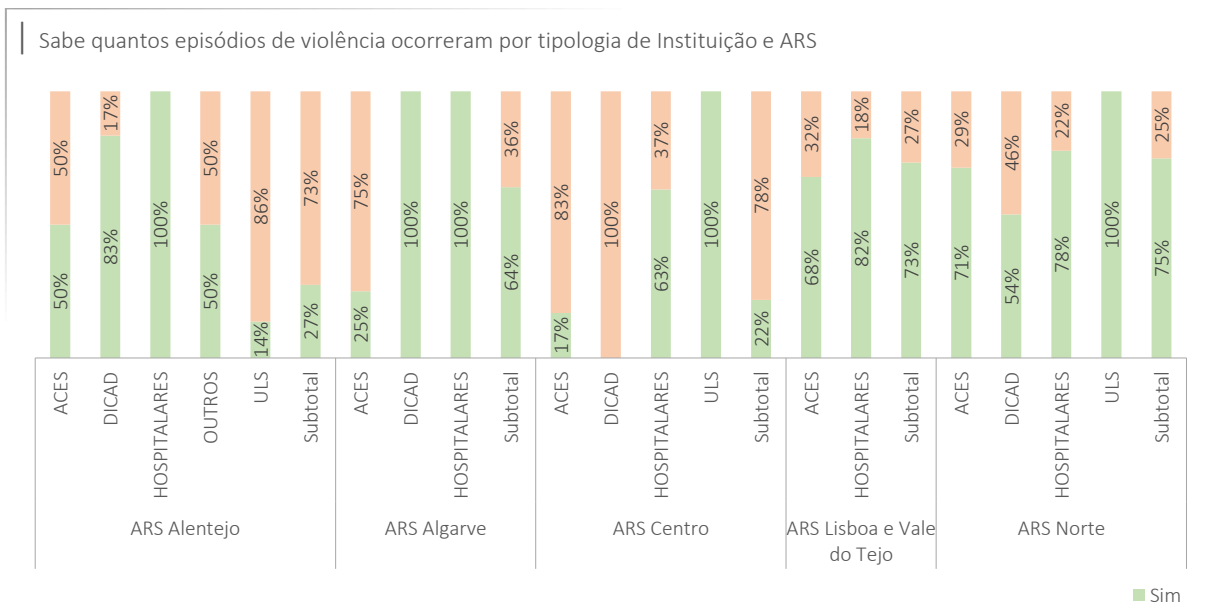
Os sistemas de registo dos episódios de violência devem permitir, entre outras funcionalidades, a construção de mapas estatísticos a todo o momento.



Realizando a mesma análise ao nível das tipologias de instituições de saúde, verificamos que a principal diminuição das unidades que dizem desconhecer o número de situações de violência, situa-se nas ULS, que em 2019 em 87% dos respondentes afirmou conhecer os episódios de violência e, no atual INQSEG21 apenas 51%. É ainda relevante salientar que as instituições hospitalares são as que em regra detêm sistemas informáticos autónomos e, por isso mesmo, são as entidades que referem em maior número conhecer o mapa da violência da sua instituição.



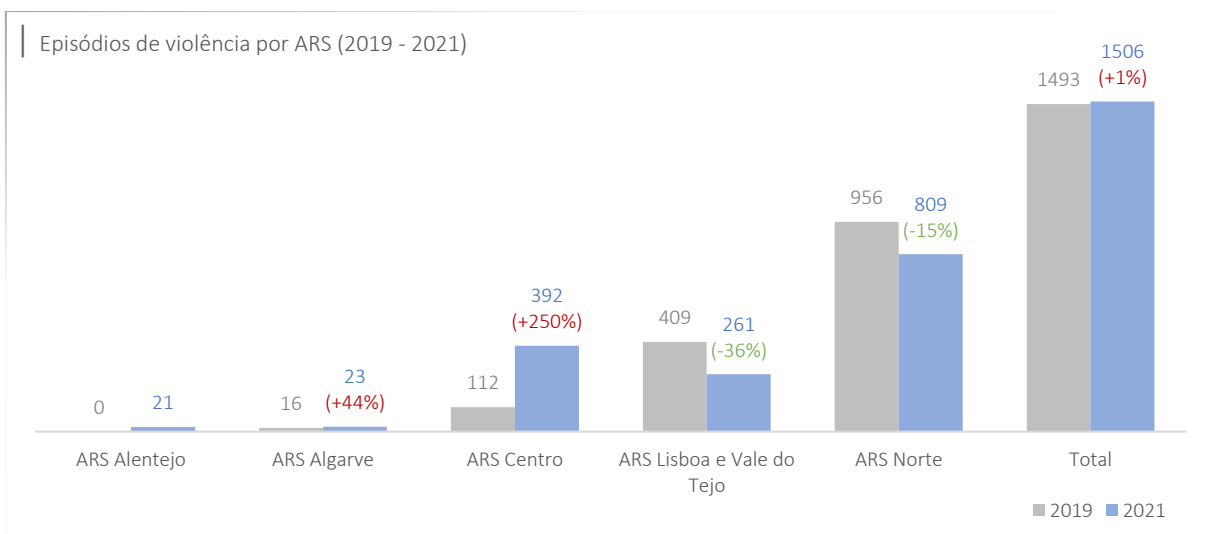
Desagregando a presente análise por cada uma das ARS e diferentes tipologias de instituição, importa relevar que na ARS Alentejo são as ULS que demonstram menor conhecimento sobre o número de episódios de violência (14%), na ARS Algarve apenas 35% dos respondentes dos ACES referiu conhecer os episódios de violência, na ARS Centro, para além dos ACES (17%) também o DICAD referiu na sua totalidade desconhecer o número de situações que ocorrem, nas restantes ARS (LVT e Norte) verificamos um conjunto de respostas mais positivas em todas as tipologias de unidades de saúde.



2.7. Número de episódios de violência que ocorreram em 2021

Na sequência do ponto anterior, a questão que de seguida colocámos, visou apurar o número de episódios de violência que as unidades de saúde registaram em 2021, sendo que na sua globalidade, todas afirmaram que também conseguiam quantificar os episódios por tipologia de violência, indicadores estes que passamos de seguida a apresentar.

Assim, foram indicados um total de 1506 episódios de violência, mais 1% do que os que foram referidos no INQSEG19, sendo que a ARS Norte foi a região que apresentou maior número de situações (809), ainda assim, menos 15% que no inquérito anterior. Apresentando também uma diminuição de situações de violência referidas no inquérito atual face ao de 2019, temos a ARS LVT com 261 situações reportadas, que representam menos 36% face a 2019. As restantes ARS evidenciam uma evolução contrária, apresentando um maior número de registos face a 2019, sendo de relevar a ARS Centro, que identifica 392 situações, ou seja, mais 250% que em 2019.



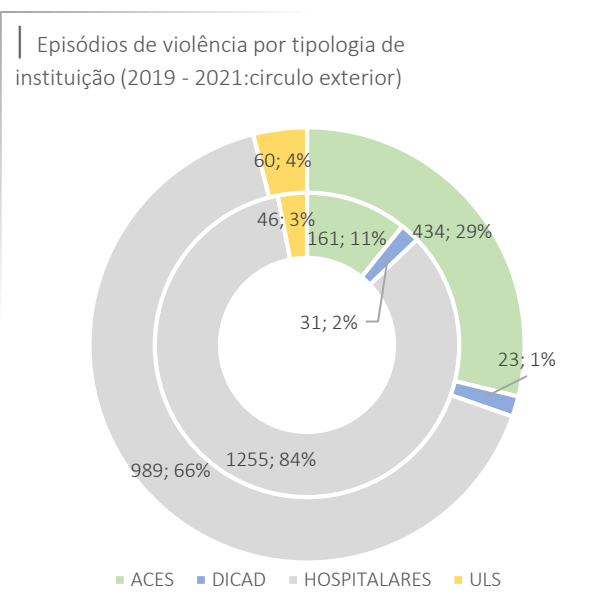
Os valores anteriores acabam por nos surpreender por diferentes motivos. Por um lado, seria expectável que face à implementação de circuitos de registo de violência e face ao maior número de instituições que participaram no atual INQSEG21, os registos de incidentes fossem superiores aos de 2019, o que se verificou na ARS Algarve e na ARS Alentejo, contudo, na ARS Norte perante o maior número de entidades que participaram aliado ao facto de muitas deles terem agora circuitos de registo, não resultou no aumento de episódios de violência, mas antes numa diminuição; por outro lado, na ARS Centro, apesar de terem participado mais algumas instituições no Inquérito, há substancialmente menos unidades com circuitos de registo de episódios de violência pelo que esperaríamos uma diminuição ou estabilização das situações reportadas no questionário, o que não se verificou. Já no caso da ARS LVT, a diminuição das situações reportadas está, evidentemente, relacionada com a fraca participação das instituições desta região de saúde, ao contrário do que se verificou em 2019. Somos assim levados a equacionar que na ARS Norte estamos a assistir a uma efetiva diminuição das situações de violência, na ARS Centro a um aumento das mesmas, nas ARS Alentejo e Algarve a uma maior sinalização de situações e na ARS LVT não é possível retirar conclusão geral sobre esta região de saúde, em face da fraca adesão dos cuidados de saúde primários.

Importa ainda realçar que os valores absolutos de situações de violência apresentadas no INQSEG21 comprovam os resultados anteriormente apresentados relativamente à utilização da plataforma Notifica da DGS, porquanto, neste sistema apenas estão registadas 961 situações de violência, valores muito inferiores aos 1506 repostados no inquérito e referentes a apenas

Em 2021, os valores registados na Plataforma Notifica são 64% inferiores aos apurados no INQSEG21.

Todas as instituições devem transpor para a Plataforma Notifica da DGS todos os episódios de violência de que têm conhecimento. A DGS deve promover, urgentemente, a implementação de melhorias no sistema, por forma a torná-lo interoperável com outros sistemas e mais amigável para os utilizadores.

69% de instituições do SNS. Esta informação vem comprovar a urgente necessidade da DGS promover

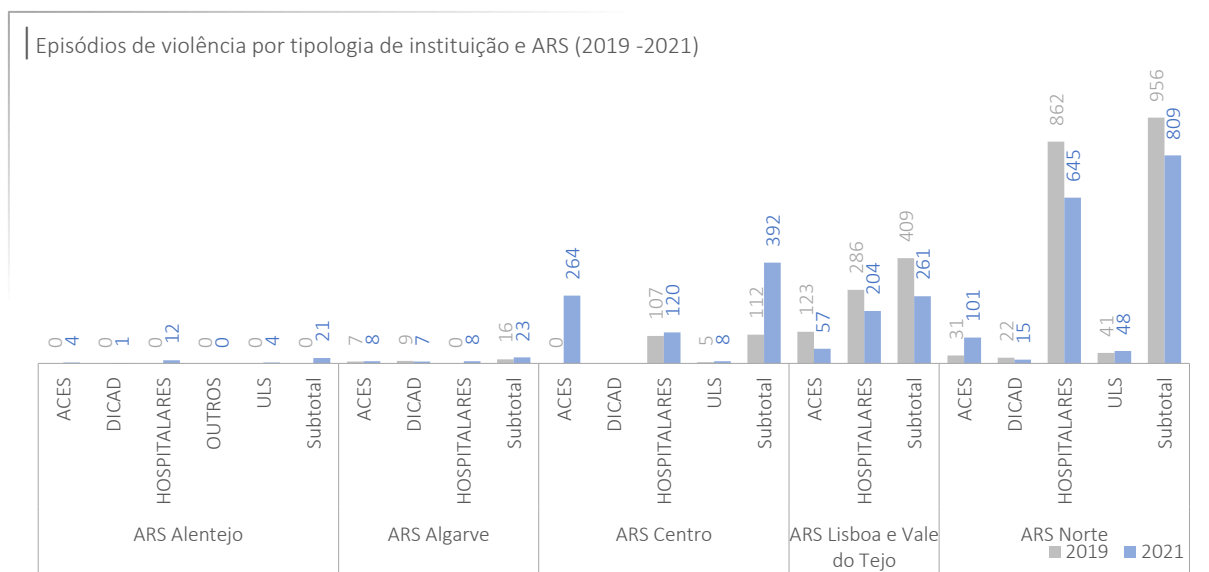


um conjunto de melhorias na Plataforma Notifica, bem como, de todas as instituições do SNS, independentemente de terem sistemas autónomos de registo de situações de violência, implementarem procedimentos para refletirem na plataforma da DGS toda a informação dos seus sistemas.

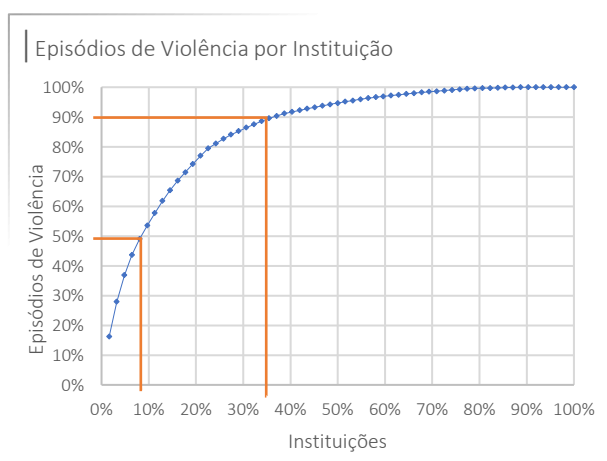
Numa análise mais fina aos valores apresentados confirmamos que as unidades hospitalares assumem a maioria dos registos reportados, ainda assim, passaram de 1255 (84%) de situações em 2019, para 989 (66%) em 2021. Os ACeS

assumiram uma maior preponderância, passando de 161 (11%) situações em 2019 para 434 (29%) em 2021. Quanto às ULS, bem como, as DICAD, mantêm registos residuais em ambos os inquéritos.

Confrontando as diferentes tipologias de instituição por cada uma das ARS, confirmamos em grande medida o que tem vindo a ser referido até ao momento, no entanto, devemos realçar que no caso da ARS Norte a diminuição global dos episódios de violência não foi acompanhado pelos ACES, onde se verificou um forte aumento de 226% (passou de 31 situações reportadas em 2019 para 101 em 2021), evolução que poderá ser justificada pela forte empenho da ARS Norte em implementar o PAPVSS ao nível dos cuidados de saúde primários, argumento que poderá ser igualmente aplicado à ARS Alentejo, onde também se verificou uma evolução do número de registos de situação de violência.



Finalmente, confirmamos também a existência de uma concentração dos episódios de violência num

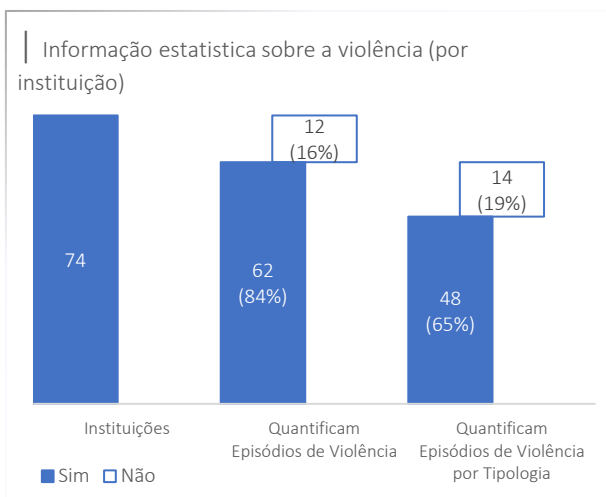


número limitado de instituições. Das 62 instituições que referem ter informação sobre o número de episódios de violência, constatamos que aproximadamente 8% (5) das instituições reportaram cerca de 49% (738) do total de episódios e, 35% (22) das instituições congregam 90% (1349) do total de registos.

2.8. É possível quantificar os episódios de violência por tipologia?

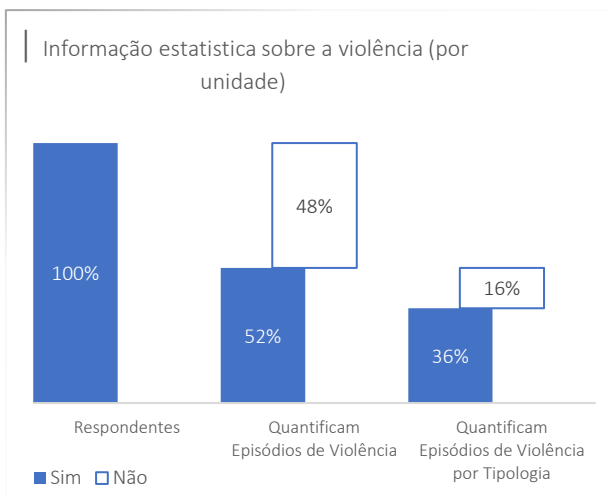
No que diz respeito à tipologia da violência cometida sobre os profissionais de saúde, o número de unidades que refere conseguir caracterizar a mesma, é menor do que o número de entidades que assumem fazer o registo global dos episódios de violência. Assim, das 74 instituições que responderam ao INQSEG21, apenas 62 referem que contabilizam o número de episódios de violência que acontecem

e, destes 62, apenas 48 tem a capacidade de categorizar o número global de notificações por tipologia



de violência.

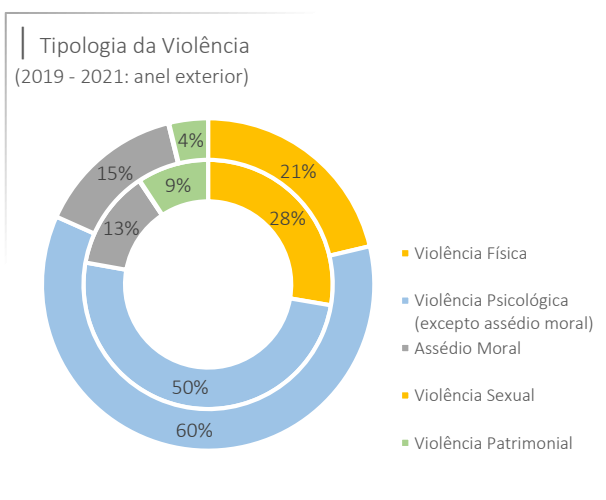
Acresce, que muitas das instituições não contabilizam os episódios de violência pela totalidade das suas unidades de saúde, isto é, dentro da mesma instituição temos respondentes (unidades) que referem ser capazes de avaliar os episódios de violência por tipologia e outros não. Assim, ainda que 84% das instituições sejam capazes de apurar o número de episódios de violência, no global, tal só sucede em 52% das suas unidades, neste mesmo seguimento, ainda que 65% das instituições consigam apurar o número de episódios de violência por tipologia de ocorrência, apenas em 36% das suas unidades tal ocorre efetivamente.



Fixando a nossa atenção nas tipologias de episódios de violência, foram criadas 5 classificações possíveis de resposta: *i)* violência física; *ii)* violência psicológica que não o assédio moral; *iii)* assédio moral; *iv)* violência sexual; *v)*

danos em património. Importa referir que em 2019 foi previsto a possibilidade de resposta de “outra

violência”, e cujas respostas contemplavam situações que extravasavam, por um lado, o conceito de violência e, por outro lado, como foi consolidado o conceito de violência nas tipologias anteriormente referidas e que seguem em grande medida a lógica da Organização Mundial de Saúde (OMS), decidimos no INQSEG21 não contemplar a opção “outros”. Nesta sequência, na comparação de dados com 2019 decidimos, igualmente, não considerar as respostas recolhidas na opção



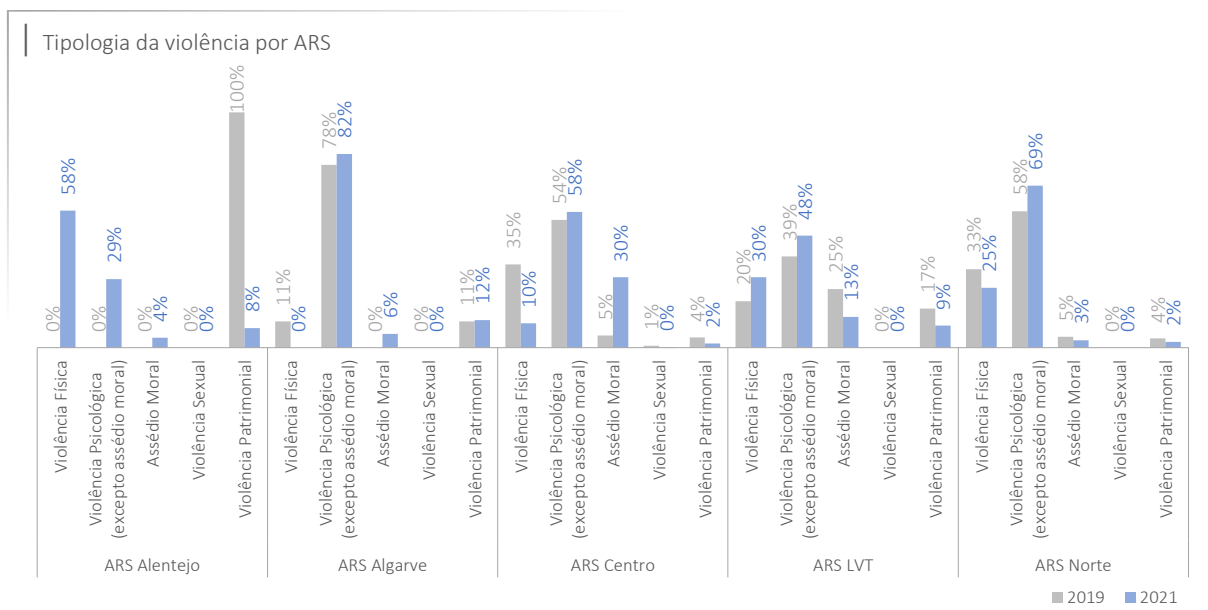
“outra violência”.

Assim, a violência física em 2021 assumiu uma representatividade de 21% (28% em 2019), a violência

psicológica 60% (50% em 2019) o assédio moral 15% (13% em 2019) e a violência patrimonial foi referida em 4% das situações (9% em 2019).

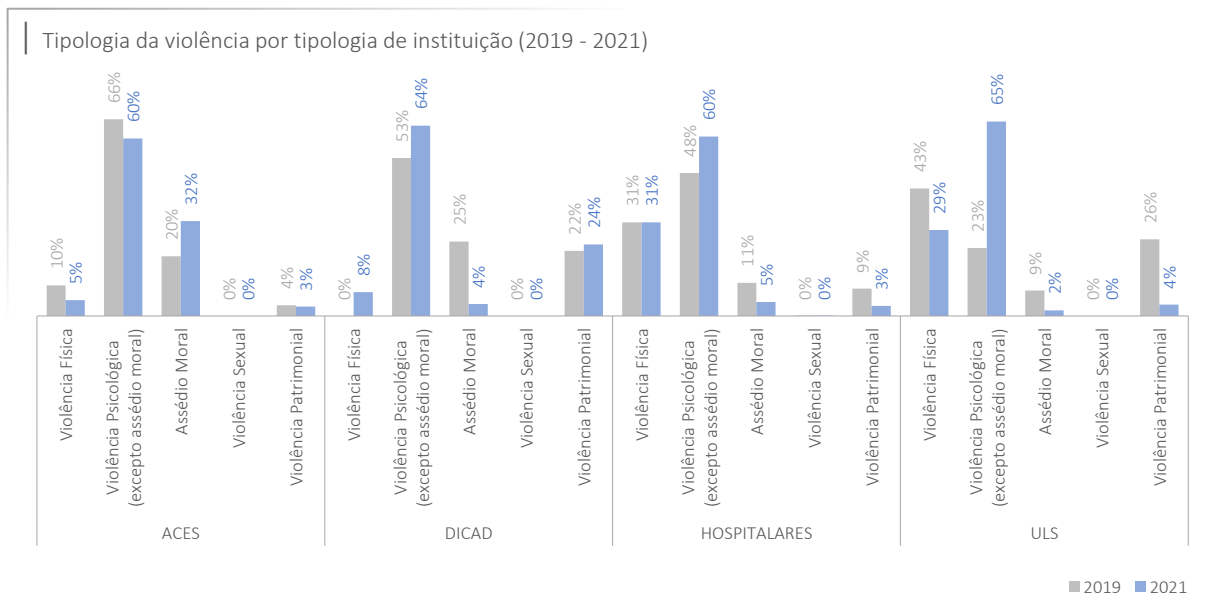
Escalpelizando estes dados por cada uma das ARS, podemos referir que a violência física é a que mais se destaca na ARS Alentejo (58%), sendo que na ARS Algarve é onde, a nível nacional assume menos relevância (0%). A violência psicológica assume o maior peso relativo da violência reportada na ARS Algarve (82%), enquanto que na ARS Alentejo é onde tem menor evidência (29%). O assédio moral destaca-se na ARS Centro (30%), tendo apresentado um crescimento de 25 pontos percentuais face a 2019, sendo ainda de relevar que esta é uma tipologia de violência cujo processo será dos mais complexos de gerir. Na ARS LVT destacamos o facto da violência física (30%) apresentar valores muito superiores à média nacional (21%), tendo inclusive, ganho maior expressão face a 2019 (+10 pontos percentuais). Por fim, na ARS Norte os valores das diferentes tipologias de violência aproximam-se dos valores apresentados a nível nacional, sendo de destacar a diminuição do peso relativo da violência física.

Nas situações de assédio moral é fundamental que sejam iniciados os respetivos processos e os seus resultados sejam comunicados à IGAS, conforme Orientação Técnica difundida por esta entidade em 2020

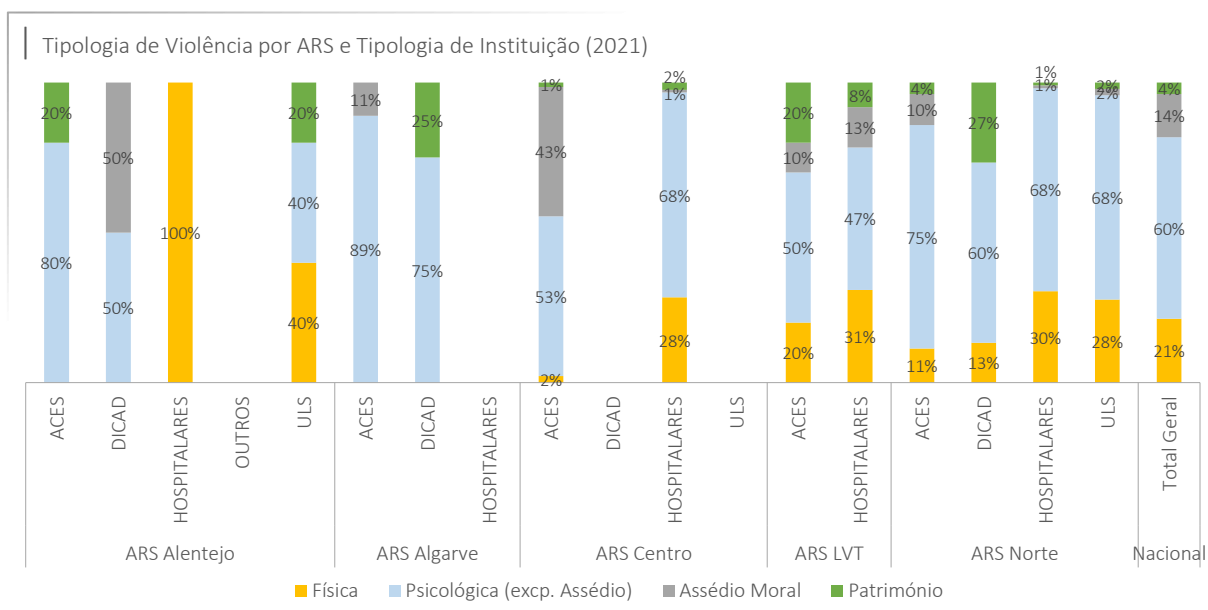


Analisando as tipologias de violência pelos diferentes clusters de instituições, verificamos que é transversal a todas a prevalência de situações de violência psicológica, sendo esta a forma de agressão mais comum. Mais preocupante são os valores da violência física apresentados pelas ULS (29%), pese embora a forte diminuição face a 2019 (43%), ainda assim, esta tipologia de violência tem uma prevalência neste tipo de unidades, muito superior à média nacional (21%). Igualmente preocupante são as situações sinalizadas de assédio moral ao nível dos ACeS (32%), tendo-se constatado uma evolução de mais 12 pontos percentuais face a 2019. Esta é uma situação que importa acompanhar, recomendando-se que as ARS implementem códigos de conduta robustos e desencadeiem os necessários processos para todas as sinalizações que sejam conhecidas. Por fim, realçamos o elevado

número de situações de violência patrimonial (furtos, danos, entre outros) ao nível da DICAD (24%), indicador ligeiramente superior ao de 2019 (22%), e muito superior à média nacional (4%).



Por fim, avaliando as diferentes formas de violência pelas várias tipologias de instituição e por cada uma das ARS, verificamos que nas instituições hospitalares da ARS Alentejo apenas estão sinalizadas situações de violência física, sendo ainda de relevar que no DICAD 50% das situações de violência referem-se a episódios de assédio moral. Na ARS Algarve devemos sinalizar os 25% de situações reportadas de violência patrimonial, indicador semelhante ao nível da DICAD da ARS Norte (27%). Tendo já referido as elevadas situações de assédio moral reportadas nos ACeS, este facto tem especial relevância na ARS Centro, onde do total de situações de violência, 43% referem-se a episódios de assédio moral. Por fim, na ARS LVT, destaca-se face às médias nacionais, os 20% de violência patrimonial verificados nos ACeS e os 31% de situações de violência física reportados nas instituições hospitalares.



2.9. Plano de Segurança ou Medidas de Autoproteção para a prevenção e atuação perante situações de violência?

A elaboração de um plano de segurança é um mecanismo essencial para consolidar a política de segurança da instituição. O mesmo visa sistematizar um conjunto de normas e regras destinadas a evitar ou minimizar o risco de acontecimentos hostis, gerindo da forma eficiente os recursos disponíveis.

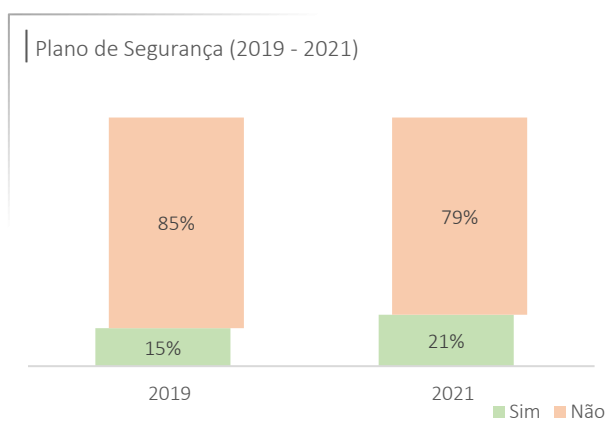
Desta forma, o plano de segurança constitui, simultaneamente, um instrumento preventivo e de gestão operacional, uma vez que identifica o risco, bem como, a resposta ao mesmo.

O plano de segurança deve ainda proceder à criação de rotinas relativamente a procedimentos de segurança, que devem ser adotados por todos os profissionais de saúde, e assim, corresponsabilizar todo o universo de profissionais para o cumprimento das normas de segurança.

Recomenda-se que as instituições aprovem um Plano de Segurança e Prevenção da Violência (PSPV) e que o Grupo Operativo Regional de cada uma das ARS tenha um exemplar de cada um dos planos.

Assim, o plano de segurança deve responder ao seguinte:

- Avaliar o risco e procura minimizar os seus efeitos;
- Definir princípios, normas e regras de atuação face aos cenários possíveis;
- Organizar os meios e prever missões para cada interveniente;
- Esclarecer as funções e responsabilidades de todos os serviços e entidades envolvidas;
- Articular o modo como os serviços e as entidades deverão cooperar;
- Determinar os procedimentos a executar, quer em situações de rotina, quer de emergência;
- Divulgar os procedimentos para garantir a inclusão de melhoramentos contínuos na segurança de todos;
- Permitir rotinar procedimentos, os quais poderão ser testados, através de exercícios e simulacros.

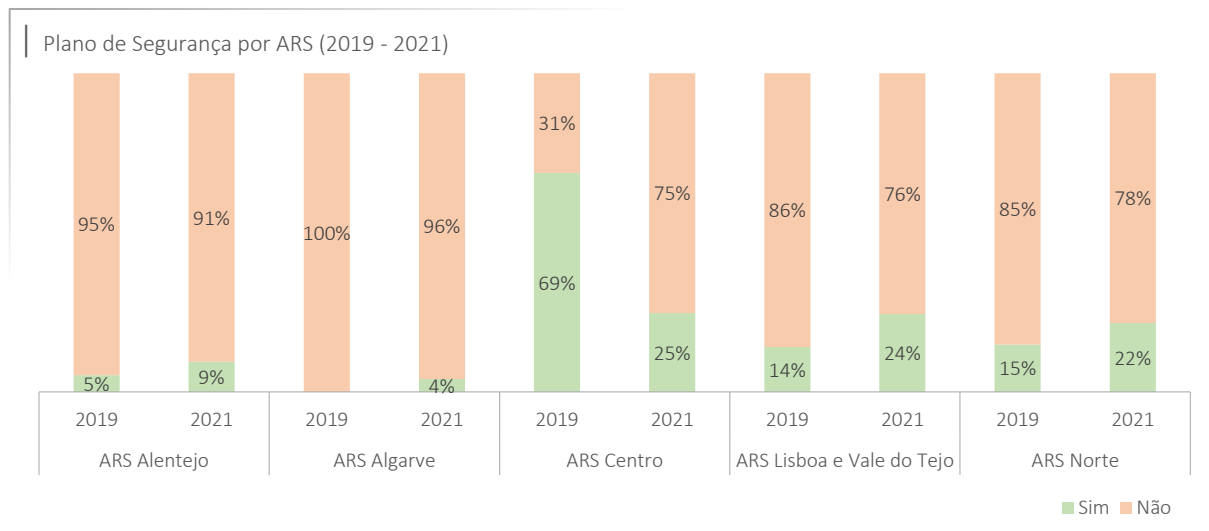


Face ao exposto questionámos as instituições de saúde sobre a existência de um documento como o acima descrito, ou outros equivalentes. O quadro geral é que em 79% dos locais não existe (ou não é conhecido) qualquer documento que preveja e enquadre as necessárias medidas de atuação, ainda assim, constatou-se uma evolução favorável desde 2019, quando 85% das unidades

referiram não existir ou desconhecer este documento.

Centrando a nossa atenção ao nível das regiões de saúde, verificamos que excetuando a ARS Centro,

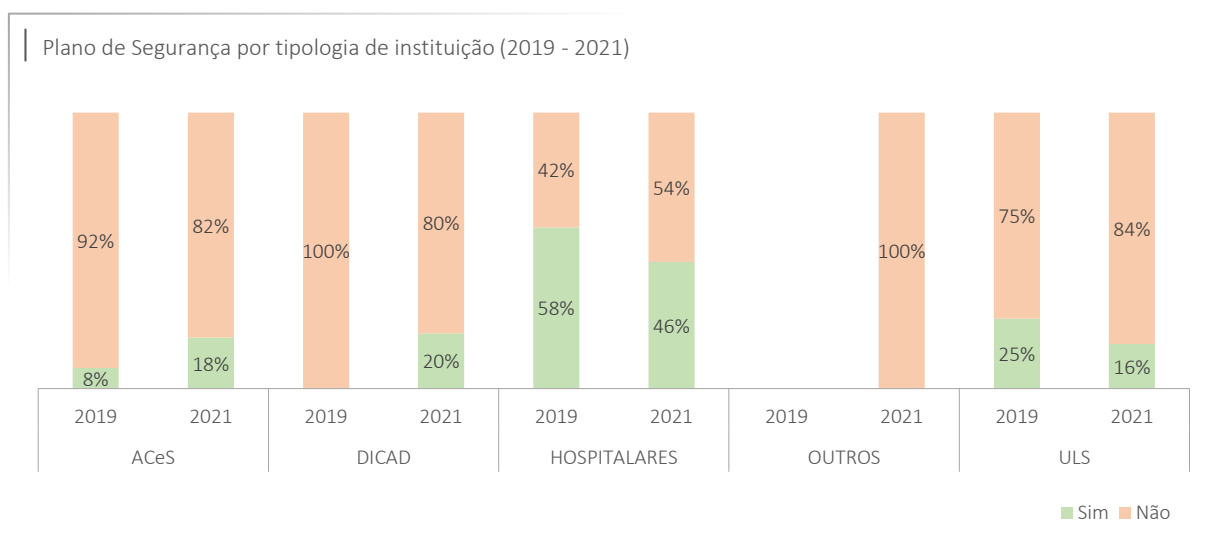
em todas as restantes ARS há mais respondentes que afirmam conhecer ou existir este documento. Contudo deparamo-nos com alguns desequilíbrios, salientando-se o facto de na região de saúde do Alentejo (9%) e na região de saúde do Algarve (4%) serem as ARS onde o número de unidades de saúde com planos de segurança é menor. Em sentido inverso, nas restantes regiões de saúde, entre 22% a



25% das unidades de saúde fazem relevo à existência de planos e segurança.

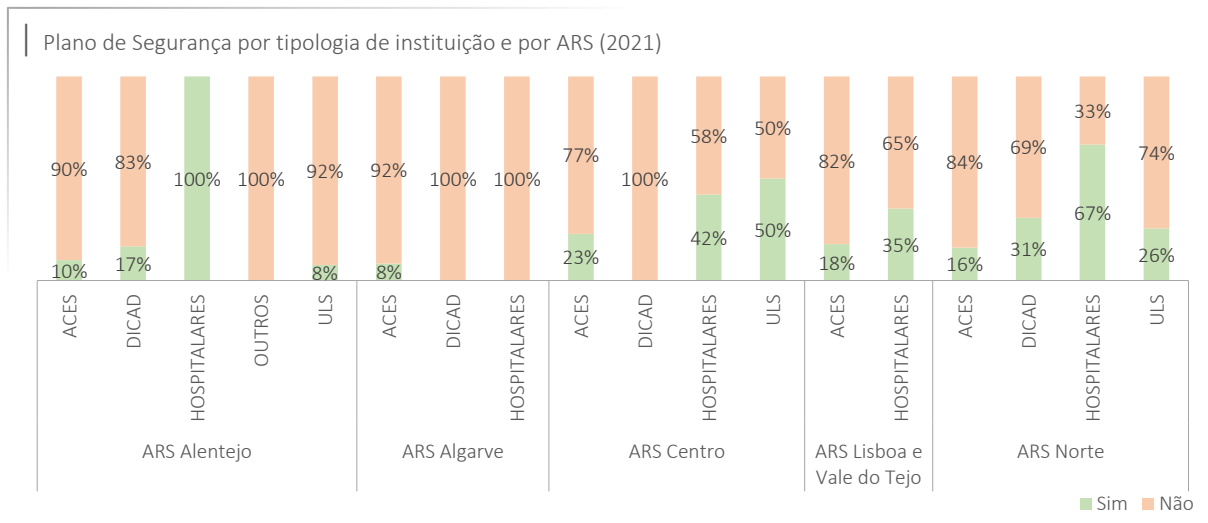
Ao nível das diferentes tipologias mantém-se no INQSEG21 um padrão de respostas semelhante a 2019, ou seja, as instituições hospitalares apresentam uma maior proporção de unidades que reconhecem a existência de planos de segurança (46%), ainda que em menor proporção que em 2019, quando 58% referiram a existência destes documentos. Devemos também salientar a evolução dos ACES e das DICAD, em que passámos de 8% de unidades com planos de segurança existentes em 2019 nos ACES e nenhuma nas DICAD, para 18% e 20% respetivamente, em 2022

Ao contrário do que acontecia em 2019, em que apenas na ARS Norte na ARS LVT existiam ACES com planos de segurança, no INQSEG21 há planos de segurança em unidades inseridas em ACES de todas as regiões de saúde, embora em número muito limitado. Tal representa uma boa referencia, pois poderá



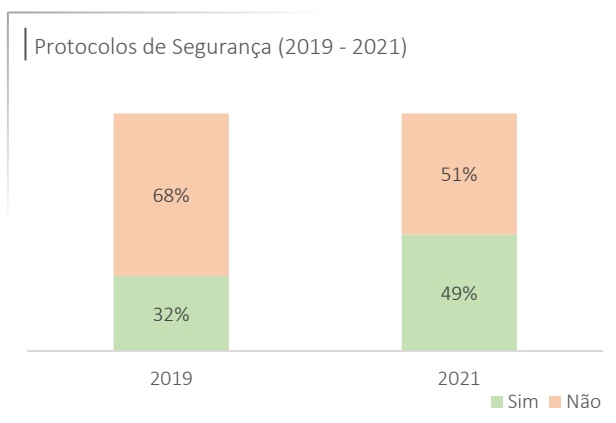
permitir às ARS que utilizem estas boas práticas para promover a dispersão destes documentos por todas as instituições.

Presentemente, apenas os serviços centrais da ARS Alentejo, a DICAD e instituições hospitalares da ARS Algarve e a DICAD da ARS Centro, são exemplos de instituições com total ausência de planos de segurança.



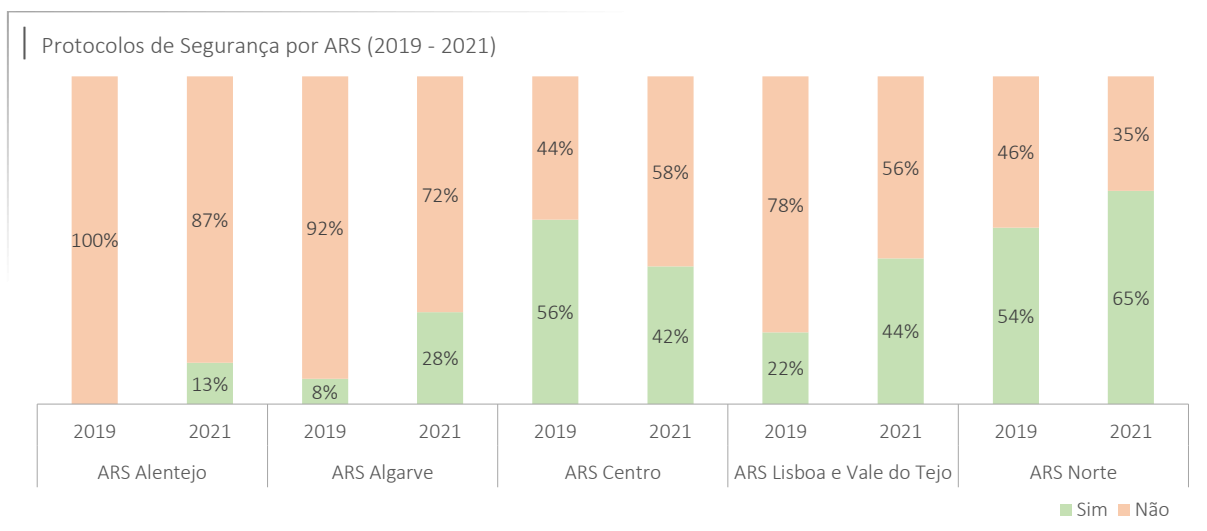
2.10. Protocolos para a prevenção e atuação perante situações de violência

Na ausência de planos de segurança ou em complemento a estes, questionámos ainda se existem protocolos de atuação, sendo que neste caso a representatividade das unidades que salientam ter

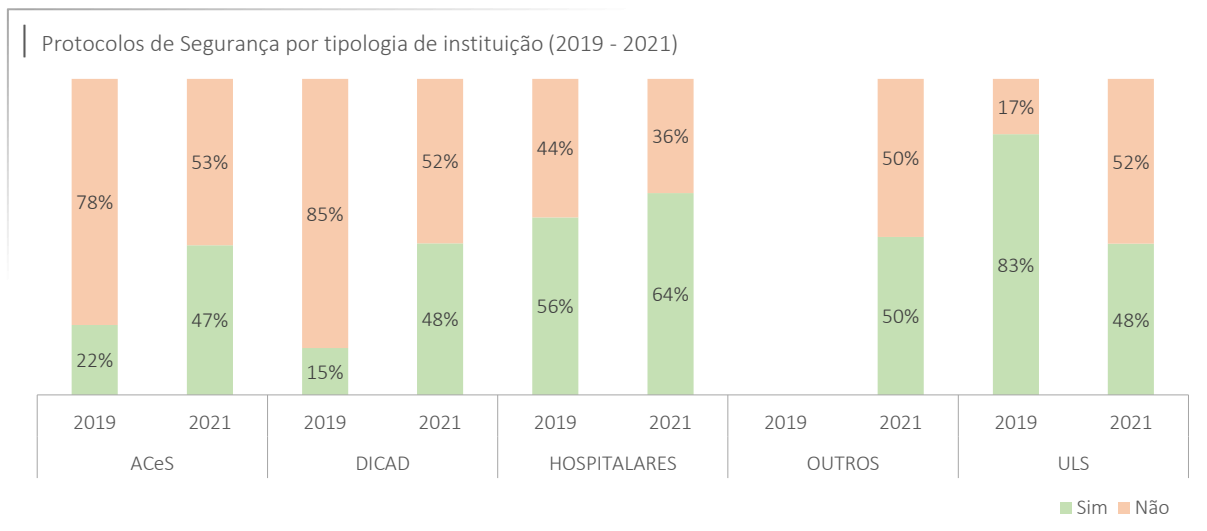


mecanismos de resposta a situações de violência passou para os 49% quando apenas 21% referem ter plano de segurança. Acresce que em 2019 apenas 32% das unidades referiram existir estes procedimentos devidamente formalizados, pelo que em 2021 ocorreu uma evolução de mais 17 pontos percentuais, o que devemos considerar francamente positivo.

Ao nível das ARS, e à semelhança da evolução registada na existência de planos de segurança, também com exceção da ARS Centro, em todas as restantes se verificou uma evolução positiva no número de unidades que em 2021 referem existir estes procedimentos, embora na maioria das ARS, menos de metade das unidades afirmar ter estes protocolos aprovados e em vigor. Destaca-se, assim, a ARS Norte, onde já 65% de unidades tem implementado os referidos protocolos.



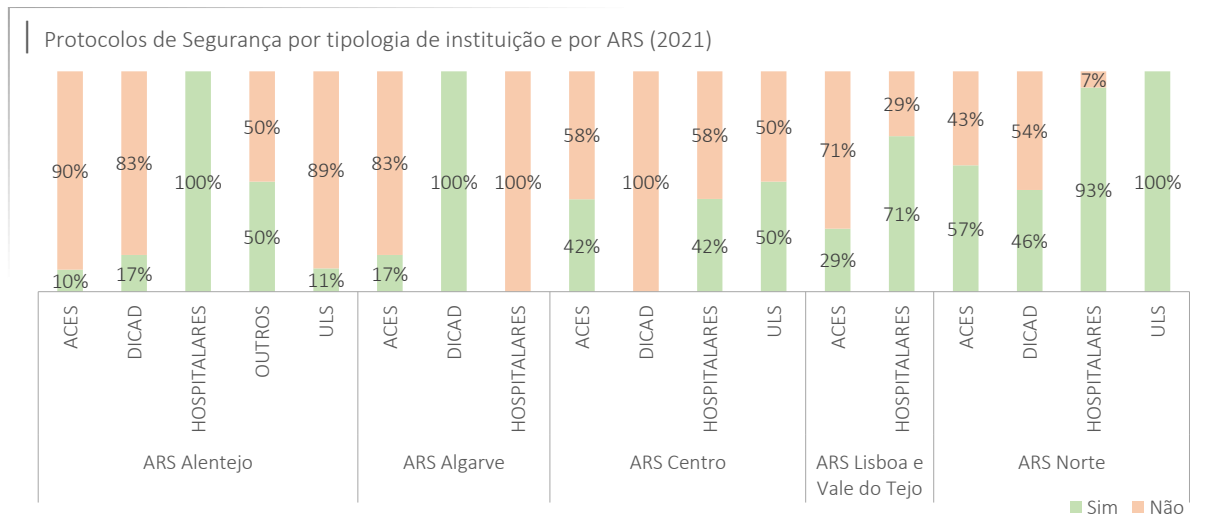
Concretizando a análise anterior por cada uma das diferentes tipologias de instituição, constatamos que apenas nas ULS ocorreu uma diminuição das unidades que referem a existência de protocolos de atuação perante episódios de violência, passado de 83% em 2019 para apenas 48% em 2021. Em todas as restantes tipologias de instituições a evolução foi francamente positiva, pelo que existem já inúmeras referências destes documentos que poderão assumir-se como referência, no sentido de serem disseminadas por todas as instituições.



Confrontando cada uma das tipologias de instituição de saúde pelas diferentes ARS, constatamos que apenas nas instituições hospitalares da ARS Algarve e, na DICAD da ARS Centro, há total ausência de protocolos de segurança, situação que se torna mais preocupante, pois, como vimos anteriormente, também estas unidades revelam total ausência de planos de segurança. Verificamos ainda alguma heterogeneidade na existência destes documentos em cada uma das tipologias de instituição, em razão da ARS em que centremos a nossa atenção, assim, ainda que 47% das unidades dos ACeS a nível nacional que responderam ao questionário afirmem

É fundamental que as ARS e os respetivos GOR promovam a difusão deste tipo de documentos (planos de segurança e protocolos de procedimentos) entre as instituições da sua região de saúde, no sentido das boas práticas serem apropriadas por todas as instituições.

existir protocolos de segurança, constatamos que os ACES da ARS Alentejo esse indicador queda-se pelos 10%, na ARS Algarve pelos 17%, na ARS Centro nos 42%, na ARS LVT cerca de 29% e, apenas na ARS Norte este indicador é superior à média nacional (57%). Esta análise sugere que há ainda um caminho significativo a percorrer por cada uma das ARS, no sentido de coordenarem uma maior articulação na implementação do PAPVSS ao nível da respetiva região de saúde.



2.11. Existe algum código de conduta para o combate ao assédio no local de trabalho?

O conceito de assédio encontra-se vertido no n.º 2, do artigo 29.º, do Código do Trabalho, com a redação dada pela Lei n.º 73/2017, traduzindo-se “no comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em fator de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador”.

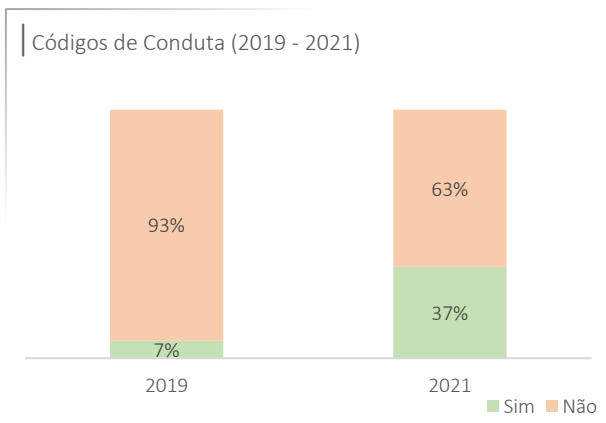
Como vimos anteriormente, o assédio moral tem um peso de aproximadamente 15% no total da violência cometida sobre os profissionais de saúde, pelo que a adoção de um código de conduta que demarque claramente a repudia em aceitar este tipo de comportamentos é essencial para que se previna esta tipologia de comportamentos entre profissionais de saúde. A Inspeção-geral das Atividades em Saúde (IGAS) emitiu em 2020 a Orientação Técnica nº 1/2020, de 03 de dezembro, em que refere que as instituições devem:

A Orientação Técnica 1/2020, de 3 de dezembro, da IGAS, recomenda que todas as instituições adotem um código de conduta, bem como, implementem procedimentos de prevenção do assédio moral no local de trabalho.

- Adotar um código de boa conduta robusto, que garanta um comportamento profissional e ético, e contribua para a prevenção de qualquer tipo de assédio no ambiente de trabalho;
- Estabelecer mecanismos adequados para que as queixas apresentadas sobre esta matéria sejam objeto de apreciação liminar urgente com resposta e informação à vítima;
- Garantir a confidencialidade das queixas, nos termos legais aplicáveis;

- Instaurar processo de inquérito ou disciplinar sempre que houver conhecimento de alegadas práticas de assédio;
- Remeter à IGAS cópia dos relatórios dos processos referidos na alínea anterior para apreciação e aferição da instauração de processo de contraordenação.

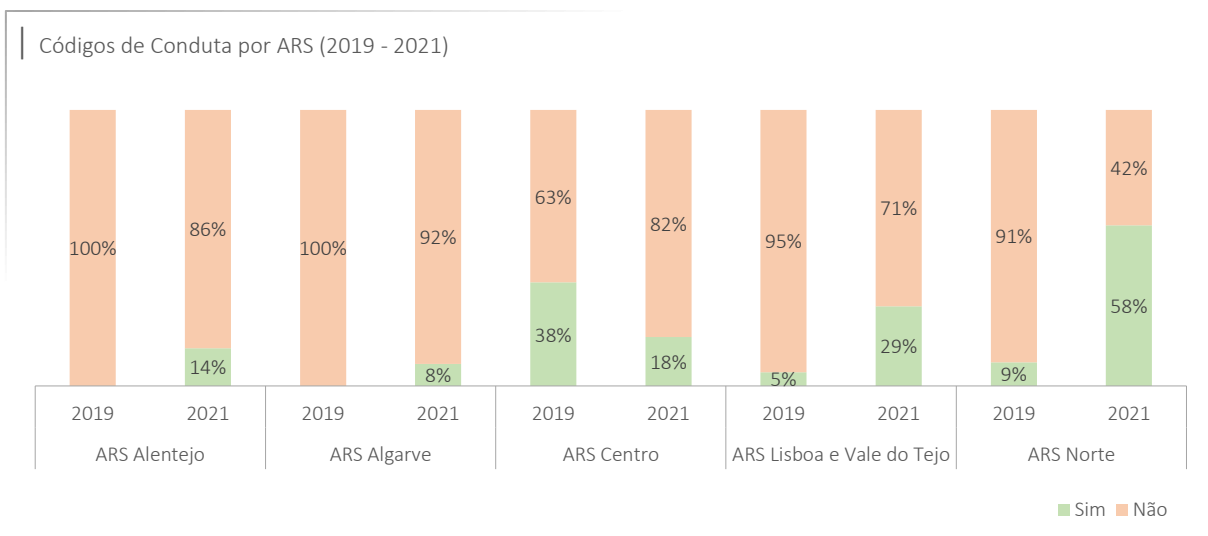
Neste sentido, questionámos as entidades sobre a existência deste documento nas suas unidades de



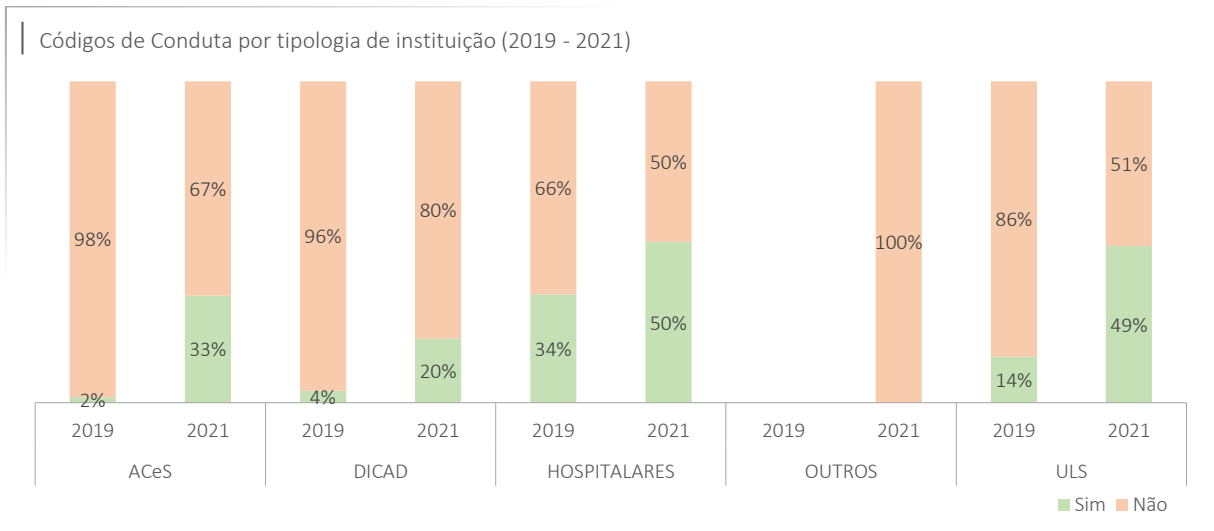
saúde, sendo que apenas 37% referiu conhecer este documento, ainda assim, valor muito superior aos 7% de 2019.

Excetuando a ARS Centro, todas as restantes regiões de saúde confirmam a evolução positiva das respostas, destacando-se a ARS Norte onde 58% das unidades refere a existência deste importante instrumento (9% em 2019). Ainda

assim, genericamente o número de unidades que afirmam conhecer este documento é muito residual, pelo que reforçamos a necessidade da sua aprovação e difusão em toda a estrutura do SNS.

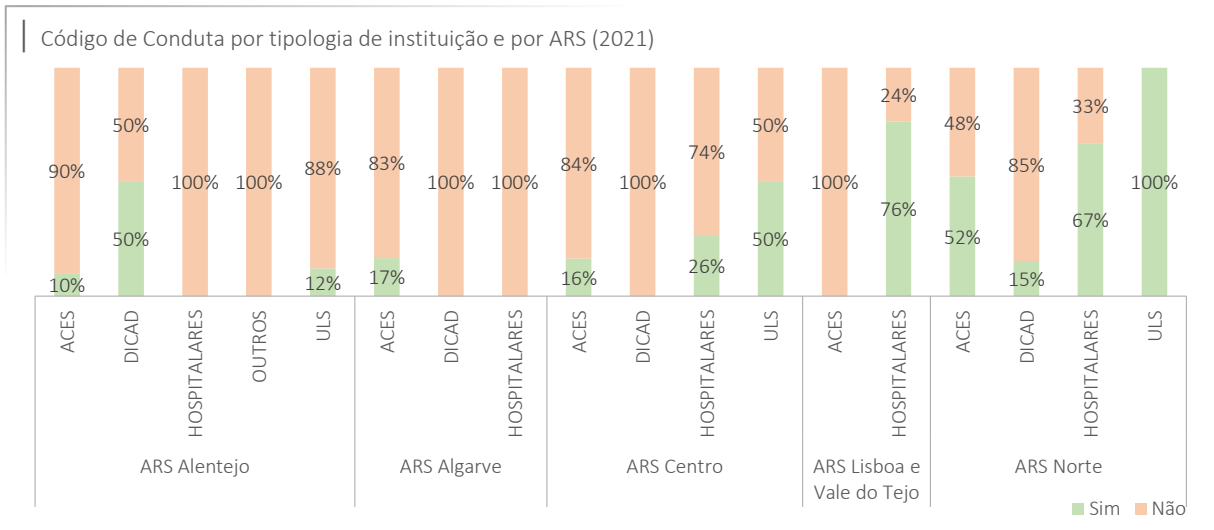


Ao nível das diferentes tipologias de instituição do SNS, a evolução desde 2019 é positiva em todas elas, destacando-se os ACeS, onde 33% dos respondentes afirmam conhecer o código de conduta (apenas 2% em 2019), as unidades hospitalares (50% de respostas positivas) são a tipologia onde este instrumento é mais conhecido, e as ULS onde 49% dos respondentes afirma conhecer o código de conduta, quando em 2019 apenas 14% respondeu afirmativamente.



Finalmente, confrontado o quadro de respostas por tipologia de instituição e por cada uma das ARS, verificamos alguma heterogeneidade relevante. Destacamos que na ARS Norte 100% das unidades inseridas nas ULS afirmaram conhecer o código de conduta, valor que desce para os 50% na ARS Centro e apenas 12% na ARS Alentejo.

As instituições hospitalares, onde esperaríamos mais respostas afirmativas, constatamos que na ARS LVT 76% das unidades conhece o código de conduta, valor que se fica pelos 67% na ARS Norte e 26% na ARS Centro. Na ARS Alentejo e ARS Algarve não é referido a existência deste documento nas instituições hospitalares.



2.12. Foi realizada a avaliação de riscos psicossociais?

A Avaliação do Risco é um instrumento fundamental na prevenção de incidentes e acidentes de segurança em todas as instituições, assim, deverá ser rigorosamente efetuada e adequada à realidade local de cada instituição e unidade de saúde, asseverando-se que todas as ameaças e vulnerabilidades são identificadas e, por conseguinte, são implementadas as necessárias medidas de prevenção que

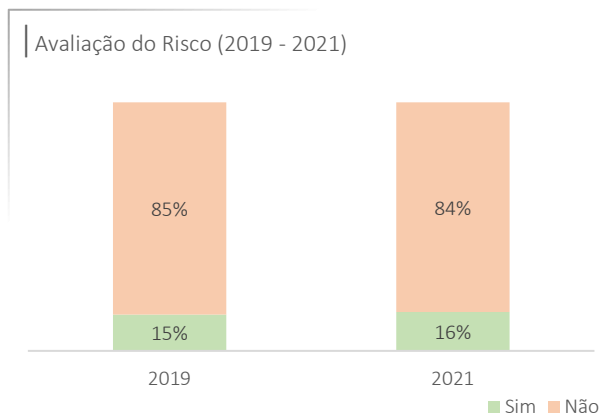
permitam controlar o risco, ou pelo menos, mitigar as suas consequências.

Assim, a finalidade da avaliação do risco é;

- Sustentar o planeamento e a distribuição de recursos;
- Avaliar a relação custo-benefício das políticas e medidas de segurança implementadas;
- Avaliar a distribuição de recursos;
- Identificar as áreas de maior vulnerabilidade;
- Prospetivar a emergência de novos riscos.

No processo de gestão dos riscos é preciso reconhecer a impossibilidade da eliminação completa do mesmo, tal como é fundamental determinar o nível do risco aceitável. Poderá ser aceitável eventuais danos causados a determinados equipamentos ou estruturas, mas não será aceitável a ocorrência consequências físicas ou psicológicas sobre os profissionais de saúde. A questão da aceitação do risco coloca-se sempre que o risco é insignificante, ou quando o benefício retirado das medidas de segurança supera largamente as eventuais consequências, caso o risco se materialize.

O panorama de unidades que referiu ter realizado a avaliação do risco em 2021 (16%) é idêntico a 2019



(15%). Sabemos que as situações de violência (concretização da ameaça), decorrem de um conjunto vasto de fatores, onde para além dos inerentes ao próprio agressor (intenção e capacidade para agredir), destacam-se ainda o contexto local onde se insere a unidade de saúde, a acessibilidade da população aos cuidados de saúde e os necessários recursos humanos, nem

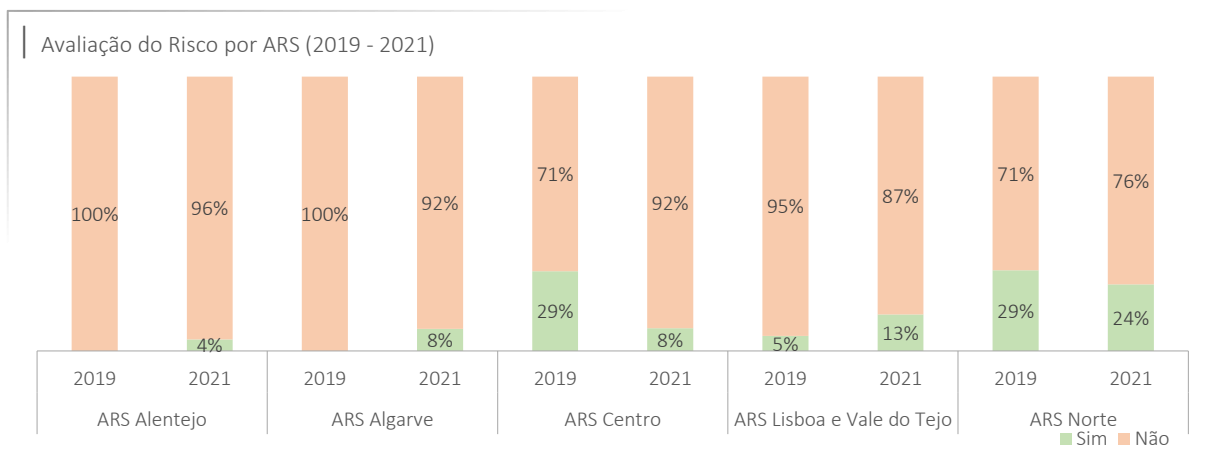
sempre ajustados em número às necessidades existentes, o atendimento e o encaminhamento dos utentes, mas também, a fadiga e exaustão, sentimentos de frustração e sofrimento emocional vivido pelos profissionais e pelos utentes, entre outros fatores precipitantes e motivadores da violência.

É também importante relevar as distintas condições (vulnerabilidades) em que são prestados os cuidados de saúde, quer ao nível do ambiente (circuitos de acesso, informação disponibilizada, condições de conforto, circuitos e equipamentos de segurança, etc.), quer da organização de segurança implementada (protocolos de atuação, rotinas de segurança, etc.), matérias muitas vezes postas em segundo plano, até porque o foco está na prestação dos cuidados de saúde, faltando associar uma maior cultura de segurança.

A avaliação do risco procura identificar as ameaças, as vulnerabilidades e o impacto da violência, propondo medidas para controlar ou mitigar os efeitos da violência.

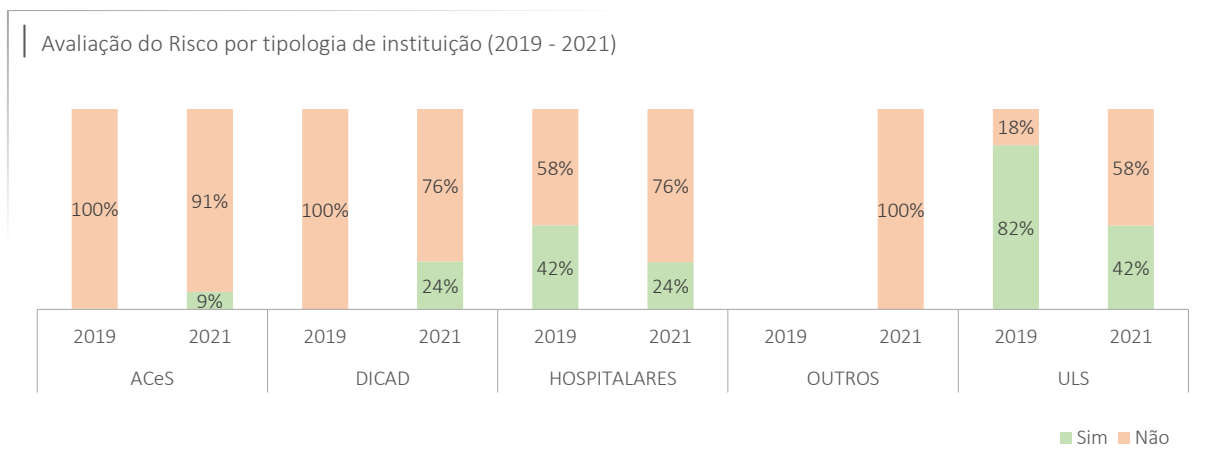
Quando as ameaças se concretizam e a violência sobre as pessoas que trabalham nos serviços de saúde

ocorre, surgem sérias consequências negativas (impacto da violência), a nível individual, familiar, profissional e social. Há consequências para a saúde do trabalhador e, poderão surgir problemas relacionados com o abandono do emprego, o aumento dos custos relacionados com a maior rotatividade, o absentismo, os danos à propriedade, gastos com o aumento da segurança, litígios, insatisfação no trabalho, diminuição da motivação, etc. São também afetadas as relações ao nível da família, dos amigos e socialmente, tem um impacto negativo na imagem social da instituição de saúde. Assim, atendendo que a avaliação do risco visa identificar as ameaças, as vulnerabilidades e os impactos, recomendamos fortemente que este procedimento seja realizado no máximo de locais possível.

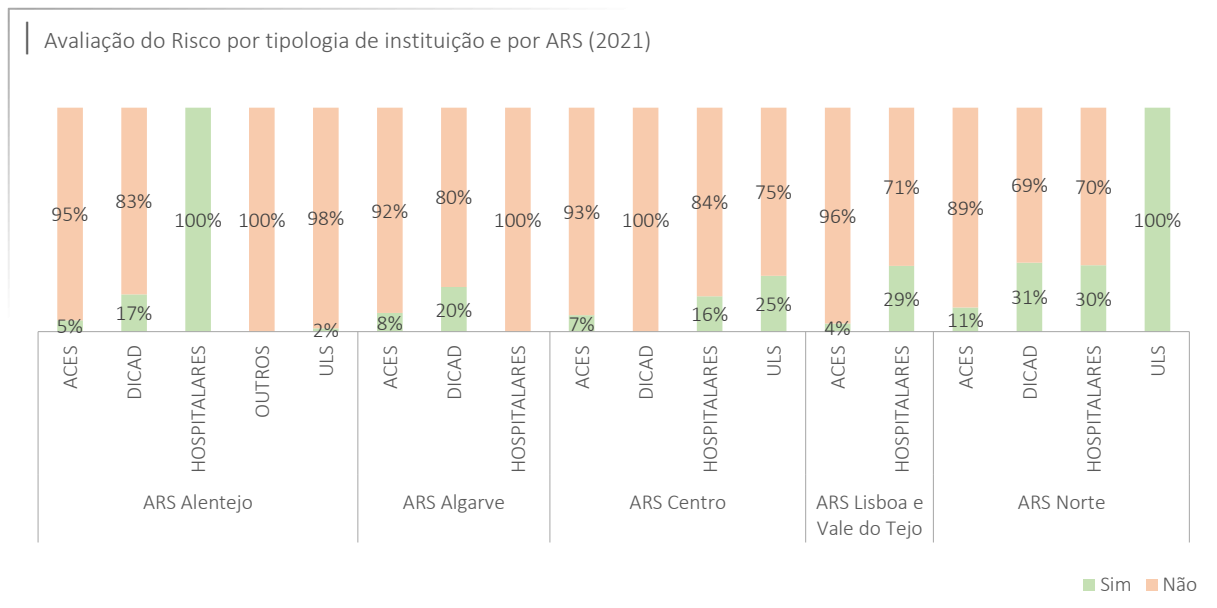


Ao desagregarmos as respostas por cada uma das ARS, constatamos que a ARS Norte é onde obtemos maior número de unidades que afirmar ter realizado a avaliação do risco (24%), ainda assim, valor inferior ao de 2019 (29%). Nas restantes ARS os valores são residuais, realçando-se apenas o facto de, mais uma vez, a ARS Centro apresentar pior indicador quando comparado com 2019.

No gráfico abaixo, podemos analisar a evolução das respostas por cada uma das tipologias de instituição, sendo que, nas instituições hospitalares e nas ULS os valores são francamente inferiores aos de 2019 e, em sentido oposto, nos ACeS e na DICAD há mais repostas positivas em 2021, do que em 2019.



Confrontando as respostas por tipologia de instituição e por ARS verificamos que a totalidade das respostas das unidades hospitalares da ARS Alentejo e das unidades das ULS da ARS Norte, afirmam ter concluído a avaliação do risco.



2.13. Medidas de segurança implementadas

Em face da avaliação do risco realizada há um conjunto de medidas que podem ser implementadas no sentido de aumentar a segurança dos profissionais de saúde. A título de exemplo apresentamos as possibilidades de resposta permitidas no inquérito realizado:

- Segurança Privada;
- Posto policial da PSP existente no edifício;
- Posto policial da GNR existente no edifício;
- Elementos da PSP em regime de remunerado;
- Elementos da GNR em regime de remunerado;
- Mecanismos de alarmística (por exemplo botões de pânico);
- Sistema de videovigilância;
- Existência de portas de fuga;
- Barreiras para separação entre funcionários e utentes (por exemplo nos balcões de atendimento);
- Controlos de acesso com mecanismos eletrónicos;
- Controlos de acesso com elementos de segurança privada;
- Circuitos de atendimento e espera delimitados (gabinetes separados dos locais de receção e espera dos utentes);
- Áreas reservadas aos profissionais separadas das áreas de atendimento e receção;

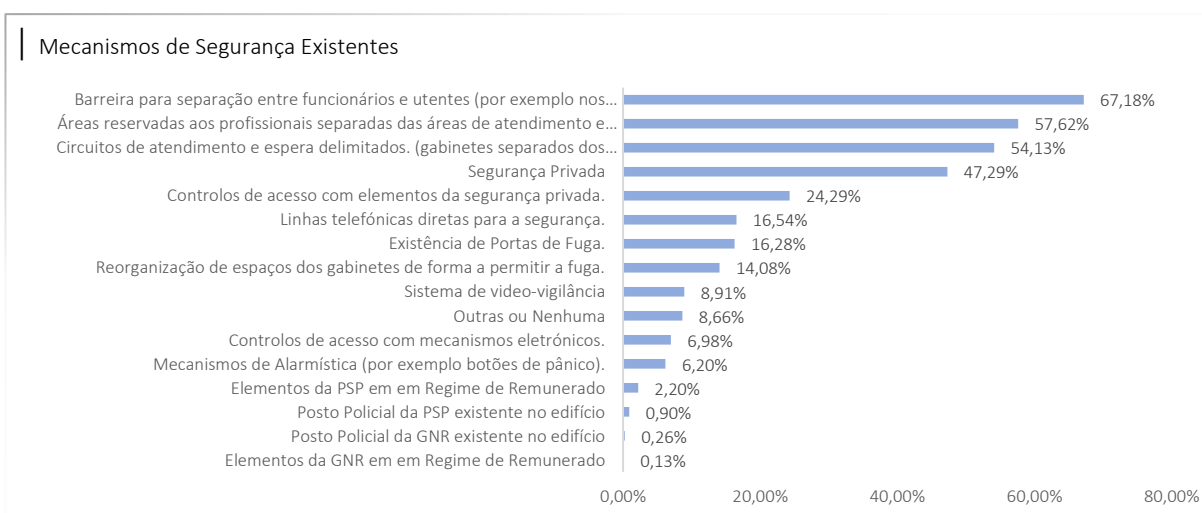
- Reorganização de espaços dos gabinetes de forma a permitir a fuga;
- Linhas telefónicas diretas para a segurança;
- Outras opções.

Das 774 respostas obtidas, desde já salientamos que em apenas 55 unidades (7,1%) foi referido não existir qualquer medida de segurança implementada.

Do conjunto de medidas de segurança, as barreiras de separação entre profissionais de saúde e utentes representa a medida mais utilizada, verificando-se que 67% das unidades que responderam ao inquérito a utilizam, seguindo-se a efetiva separação entre as áreas exclusivas dos profissionais de saúde das áreas de atendimento (58%) e os circuitos de atendimento e espera delimitados (54%). Igualmente, em quase metade das unidades (47%) é também referido a existência de vigilantes de segurança privada.

Importa ainda salientar que em apenas 14% das unidades é referido a reorganização dos espaços dos gabinetes de modo a permitir a fuga dos profissionais em caso de conflito, pelo que sendo esta uma medida que não carece de investimento financeiro, poderia facilmente ser implementada em todas as unidades, sendo aliás, uma medida que tem vindo a ser recomendada no âmbito do PAPVSS.

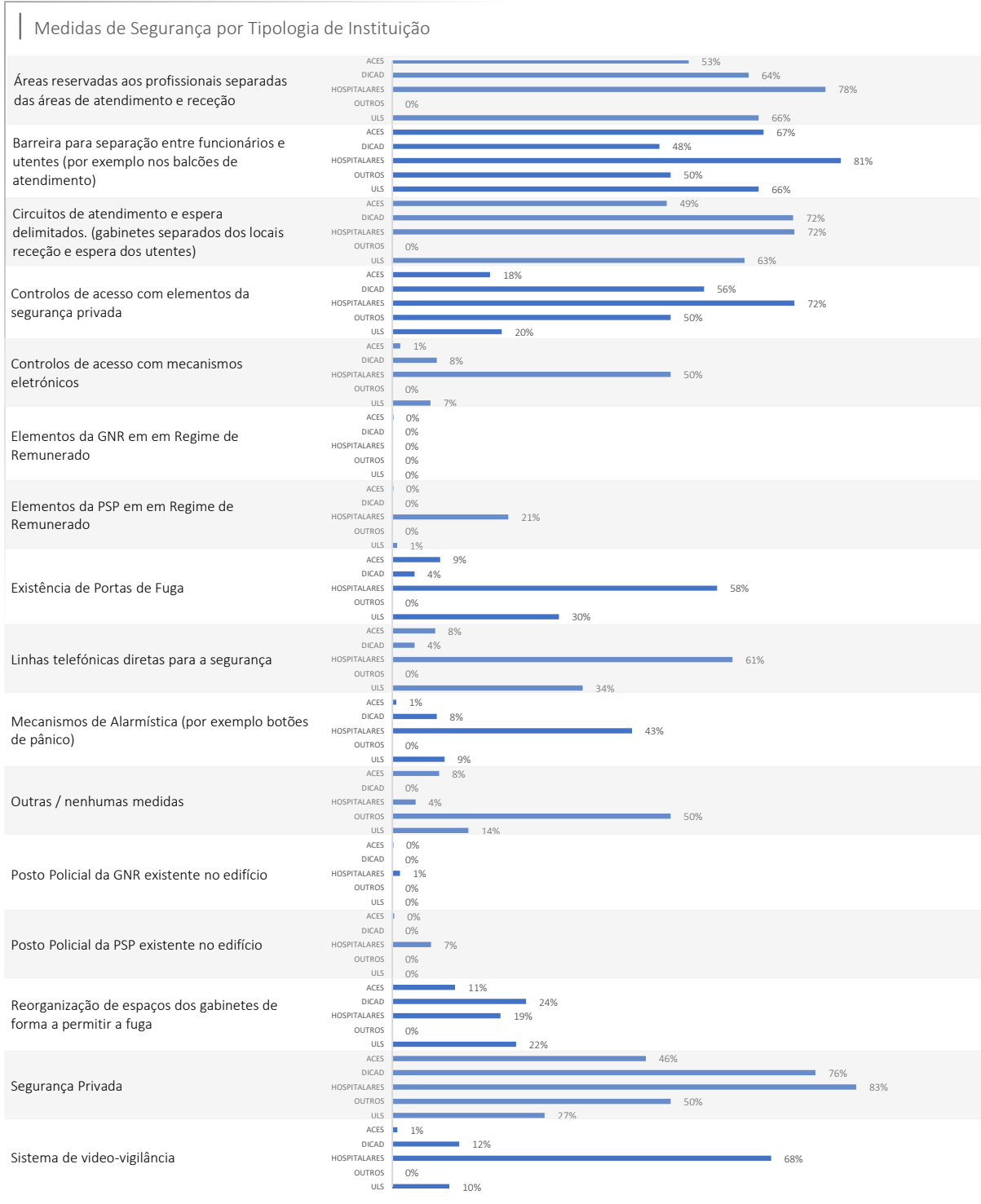
Salientamos ainda a existência de policiamento em permanência algumas instituições, concretizado pela forças de segurança, nomeadamente, no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Centro Hospitalar de Setúbal; Centro Hospitalar do Oeste; Centro Hospitalar Tondela-Viseu; Centro Hospitalar Universitário de S. João; Centro Hospitalar Universitário do Algarve; Centro Hospitalar Universitário do Porto; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; Hospital de Braga; Hospital de Vila Franca de Xira; Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e Unidade Local de Saúde de Matosinhos.



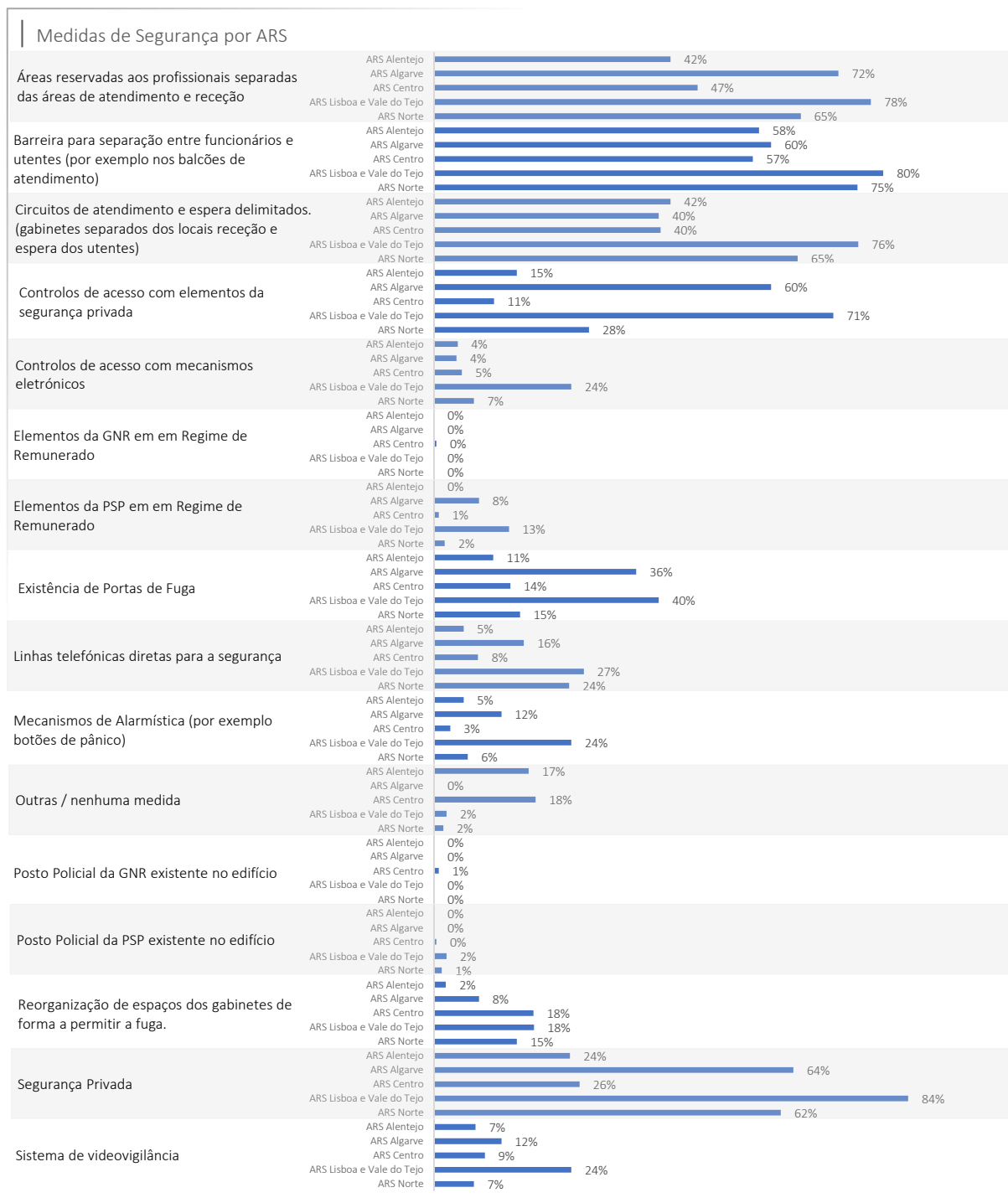
Ainda no que a dispositivos de segurança diz respeito, salientamos que em cerca de 6% das unidades foi referido a existência de meios de alarme, estando instalados 821 botões conhecidos como “botões de pânico”, quando em 2019 foram apenas identificados 292.

Em 2019 foram identificados 292 botões de pânico e, em 2021, foram referidos 821.

Confrontando as diferentes medidas de segurança por cada uma das diferentes tipologias de instituição, verificamos que as unidades hospitalares apresentam, em regra, maior cobertura de mecanismos de segurança implementados, quando comparado com as restantes instituições, sendo que a exceção na medida referentes à reorganização dos espaços dos gabinetes por forma a permitirem a fuga dos profissionais em caso de situação de violência. As medidas de carácter mais tecnológico (sistemas de videovigilâncias, botões de alarme ou controlos de acesso eletrónicos) estão mais presentes nos hospitais.



Confrontando cada uma das medidas de segurança existentes em cada uma das ARS, deparamo-nos com alguma heterogeneidade nas estratégias seguidas. Por exemplo, 84% das unidades respondentes da ARS LVT referem que existe segurança privada, valor que desce para apenas 24% das unidades da ARS Alentejo e 26% da ARS Centro. O gráfico seguinte expressa então a taxa de cobertura de cada um dos mecanismos de segurança, pelas unidades respondentes ao questionário em cada uma das ARS.

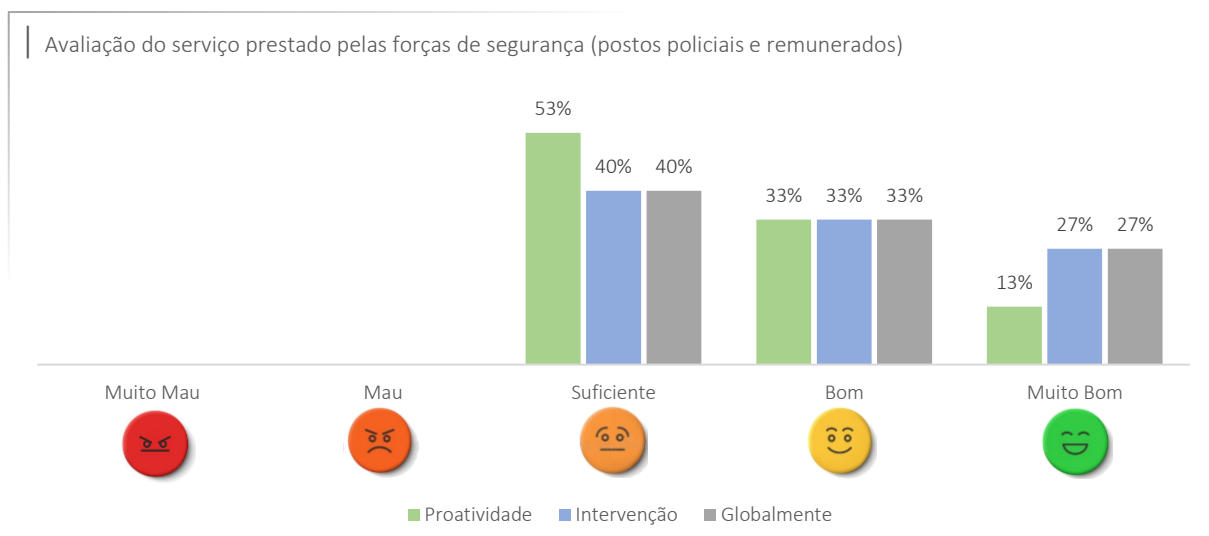


2.13.1. Policiamento das Forças de Segurança junto das instituições de saúde

Em certas unidades de algumas instituições de saúde existem profissionais das forças de segurança que prestam serviço em várias modalidades. Principalmente, nos serviços de urgência de alguns dos principais hospitais do SNS, podemos encontrar postos policiais da PSP que funcionam em permanência, mas também polícias da PSP e militares da GNR em serviço de remunerado. No primeiro caso, o policiamento é integralmente suportado pela força de segurança que garante os recursos humanos necessários ao funcionamento do posto policial e, no segundo caso, o serviço é suportado pela entidade de saúde. Em ambas as situações, estamos perante o modo mais extremo de providenciar segurança, pelo que esta medida deverá ser adotada apenas quando a avaliação do risco o justificar.

O policiamento da PSP e da GNR junto de algumas instituições de saúde, seja na modalidade de postos policiais, seja em serviço remunerado, seja em formato misto, deve ser ampliado sempre que a avaliação do risco o justifique.

Nesta sequência, foram questionadas as unidades onde a PSP e a GNR prestam este serviço, sobre a qualidade do mesmo no que diz respeito à proatividade e intervenção dos policiais e militares, bem como, foi solicitada uma avaliação global ao serviço. No gráfico infra são apresentados os resultados recolhidos, sendo os mesmos manifestamente positivos, havendo total ausência de pontuações atribuídas, em que 60% dos respondentes classificam como bom ou muito bom o serviço de policiamento prestado.



2.13.2. Serviço de Segurança Privada

Os serviços de segurança privada encontram-se largamente disseminados pelas instituições do SNS, assumindo em regra as funções de vigilância, controlos de acesso, monitorização de sistemas de videovigilância, embora, ocasionalmente, se constate alguma descaracterização do serviço para o qual contratados.

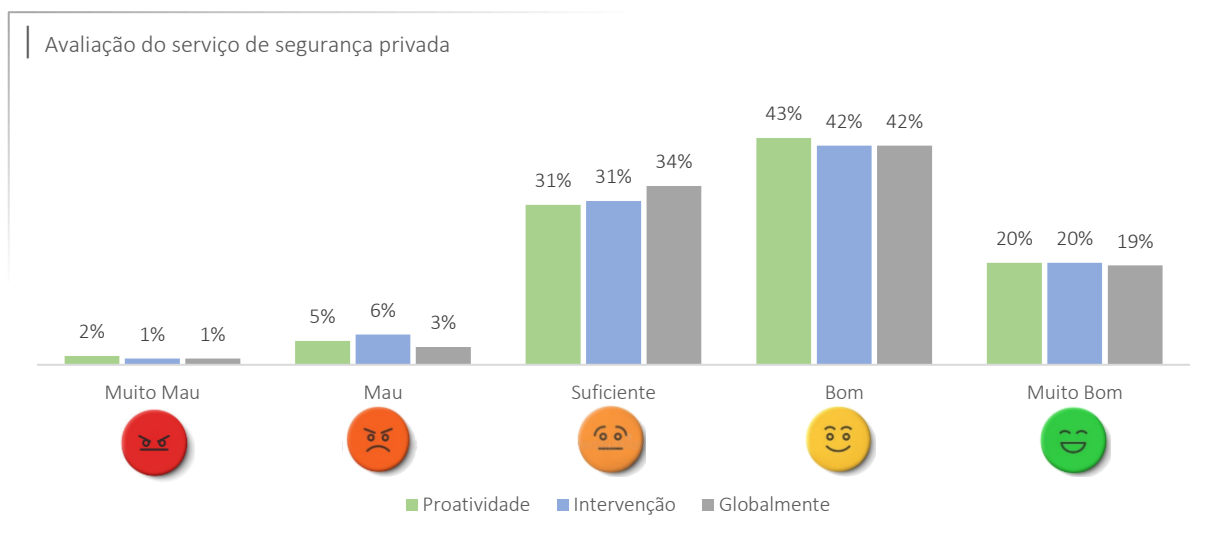
Face à especificidade do SNS somos da opinião que no âmbito da contratação desta tipologia de serviços

deverá ser exigido que os respetivos profissionais (vigilantes), além da sua formação base associada ao respetivo cartão profissional, frequentem anualmente ações de formação no âmbito da gestão de conflitos, descensão verbal, contenção de pessoas agitadas, entre outras ações, a equacionar de acordo com a tipologia de serviço para o qual são contratados.

Nos procedimentos de contratação dos serviços de segurança privada, deverá ser exigido que os vigilantes frequentem ações de formação específicas que visem adequar as suas competências à função e local para o qual foram contratados.

No âmbito do serviço prestado pelas empresas de segurança privada foram as unidades questionadas sobre a qualidade deste serviço. As respostas obtidas são manifestamente positivas, pois mais de 60% dos respondentes considera que o serviço prestado globalmente bom, ou muito bom, bem como quanto à proatividade e intervenção dos vigilantes.

Ainda assim, há uma pequena minoria de instituições (cerca de 4%) que considera o serviço globalmente mau ou muito mau. Este indicador releva a necessidade de serem promovidos amiudamente reuniões com o supervisor de segurança privada do local onde o serviço está a ser prestado, com o intuito de avaliar e corrigir alguns procedimentos, bem como, reforça a necessidade de ser exigido formação específica aos vigilantes de segurança privada, aclarando ainda, a missão dos mesmos, o que nem sempre é reconhecido.

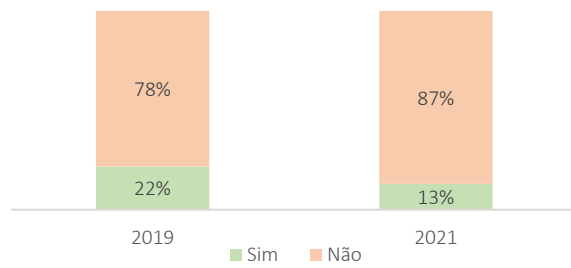


2.14. Formação no âmbito da prevenção da violência no local de trabalho

A realização de ações de formação assume um papel fundamental no âmbito da prevenção da violência, permitindo desenvolver conhecimentos sobre o modo de atuação perante episódios de violência, competências de identificação e sinalização de situações de conflito e violência, bem como, promover a reflexão sobre o fenómeno e, desta forma, equacionar soluções de intervenção.

Assim, foram questionadas as unidades de saúde sobre a realização de sessões pedagógicas sobre esta

Formação sobre a prevenção da violência (2019 - 2021)

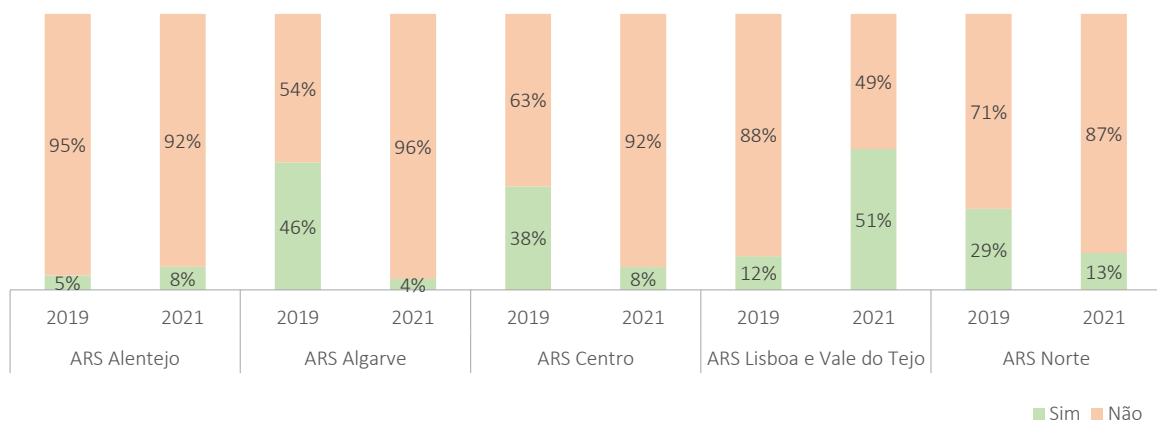


temática, sendo que apenas 13% referiu ter realizado formação durante o ano de 2021, valor substancialmente inferior aos 22% referidos em 2019. Devemos realçar que esta diminuição é compreensível uma vez que em 2021 estávamos em pleno período crítico da pandemia de COVID-19-

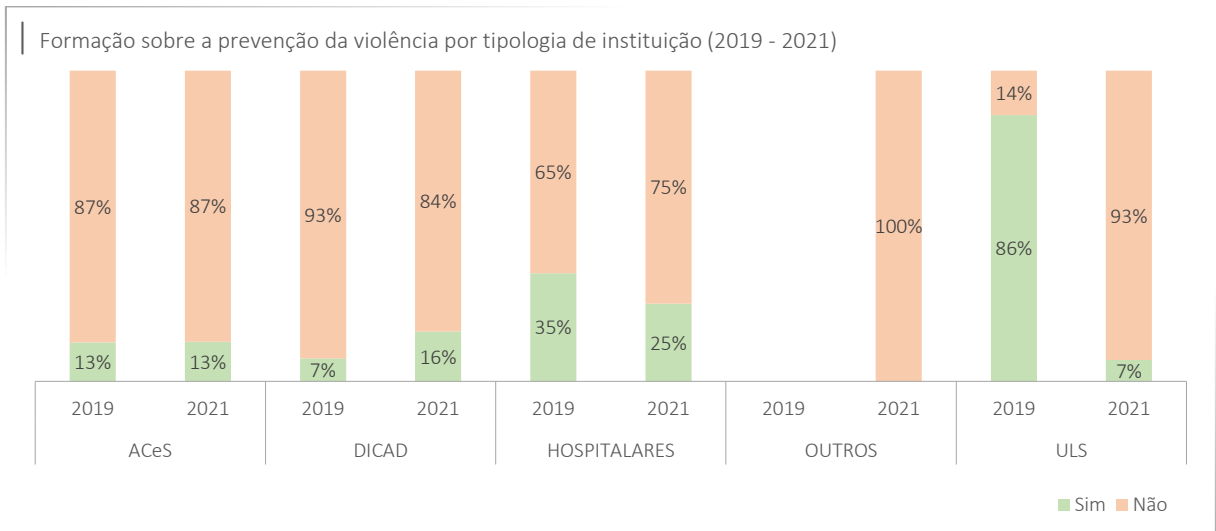
Ainda assim, a evolução face a 2019 foi distinta

entre as diferentes regiões de saúde, destacando-se a ARS Alentejo, com um ligeiro aumento do número de ações de formação e a ARS LVT que passou de 12% de unidades com formação ministrada para 51% das unidades que responderam ao questionário.

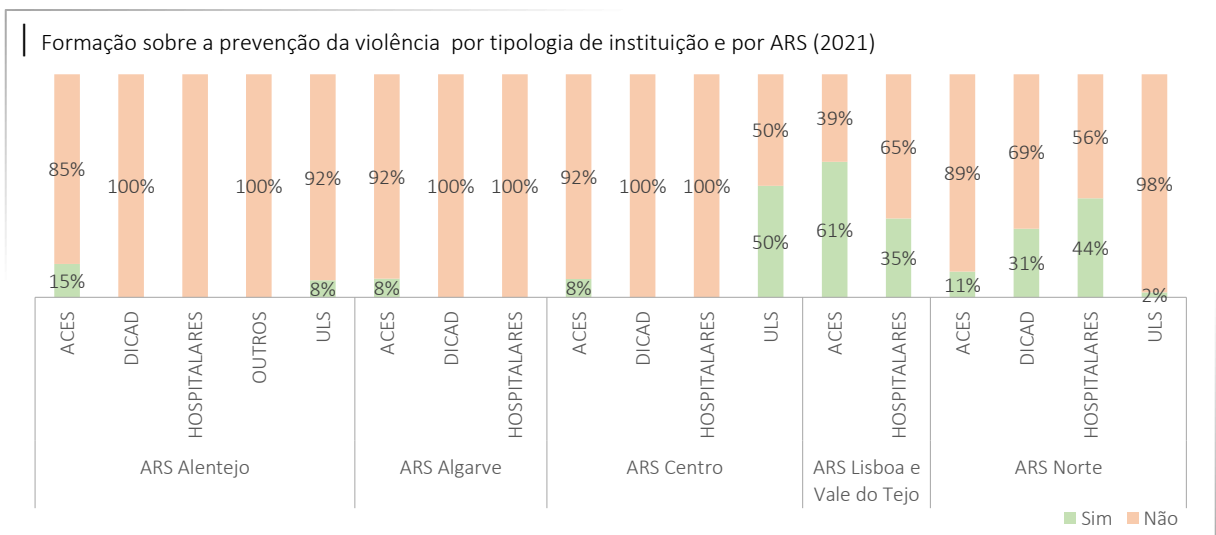
Formação sobre a prevenção da violência por ARS (2019 - 2021)



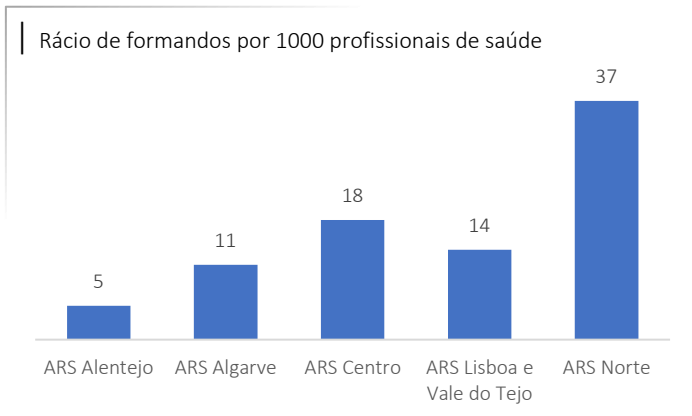
Replicando a análise anterior, mas por tipologia de instituição de saúde, constatamos que as unidades inseridas nos ACeS mantiveram o mesmo esforço de formação ao longo de 2021, as DICAD aumentaram o volume de unidades em que os seus profissionais participaram em ações de formação e, as restantes unidades apresentaram decréscimos substanciais, em especial as ULS, que em 2019 referiram que em 86% das suas unidades houve sessões de formação, quando em 2021, apenas sucedeu em 7%.



Numa análise à tipologia de entidades que em cada ARS desenvolveram ações de formação sobre a temática da violência no setor da saúde, constatamos que foi na ARS Norte e na ARS LVT onde mais unidades de saúde de diferentes tipologias de instituição desencadearam ações de formação.



Ao longo de 2021 apurou-se que 2652 profissionais de saúde frequentaram ações de formação

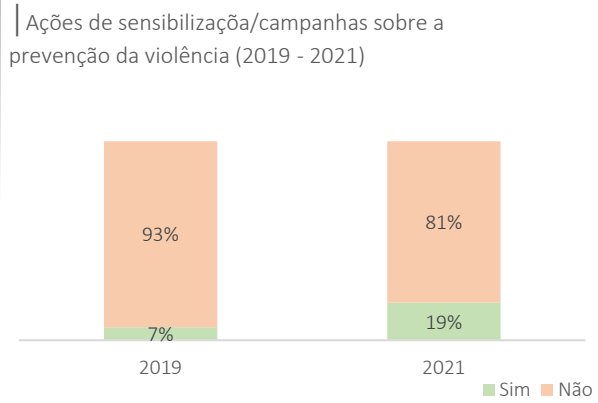


dedicadas ao tema da violência, sendo que proporcionalmente, foi na ARS Norte onde o rácio de formandos por profissionais existentes foi superior (37 formandos por cada 1000 profissionais), seguindo-se a ARS do Centro (18 formandos por cada 1000 profissionais) e a ARS LVT (14 formandos por cada 1000

profissionais). Por oposição, foi na ARS Alentejo onde o rácio de formandos por profissionais de saúde

existente foi menor (5 formandos por cada 1000 profissionais).

2.15. Sessões de sensibilização para a prevenção da violência sobre profissionais de saúde
 A par da realização de ações de formação, consideramos igualmente muito importante a concretização

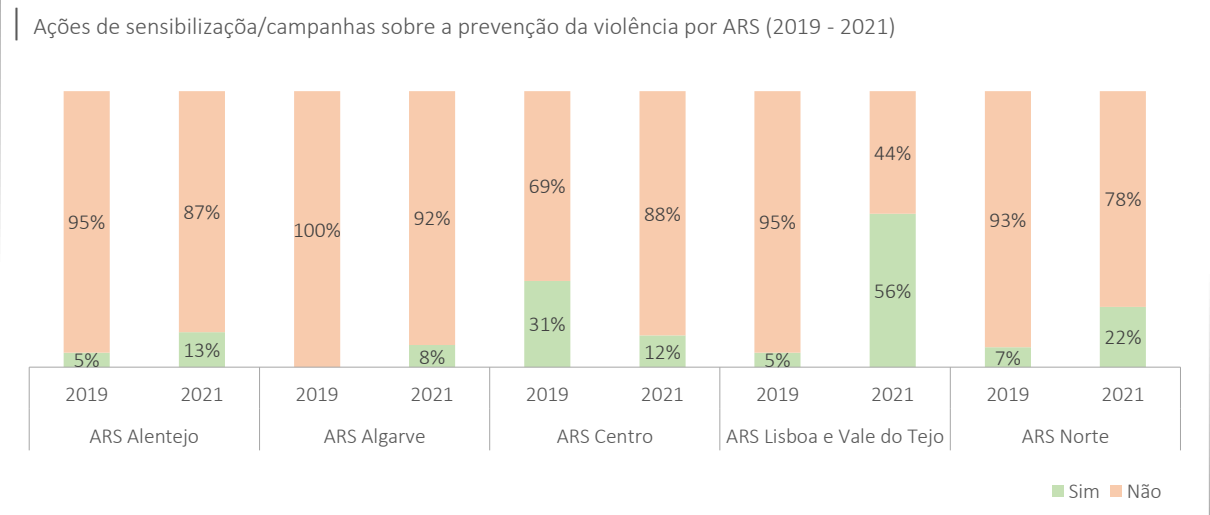


de campanhas, ações e sessões de sensibilização sobre esta temática. Tal é uma forma de promover junto de um público alargado a política de segurança da instituição, bem como, alertar a comunidade para a necessidade de promoção de uma cultura de não violência.

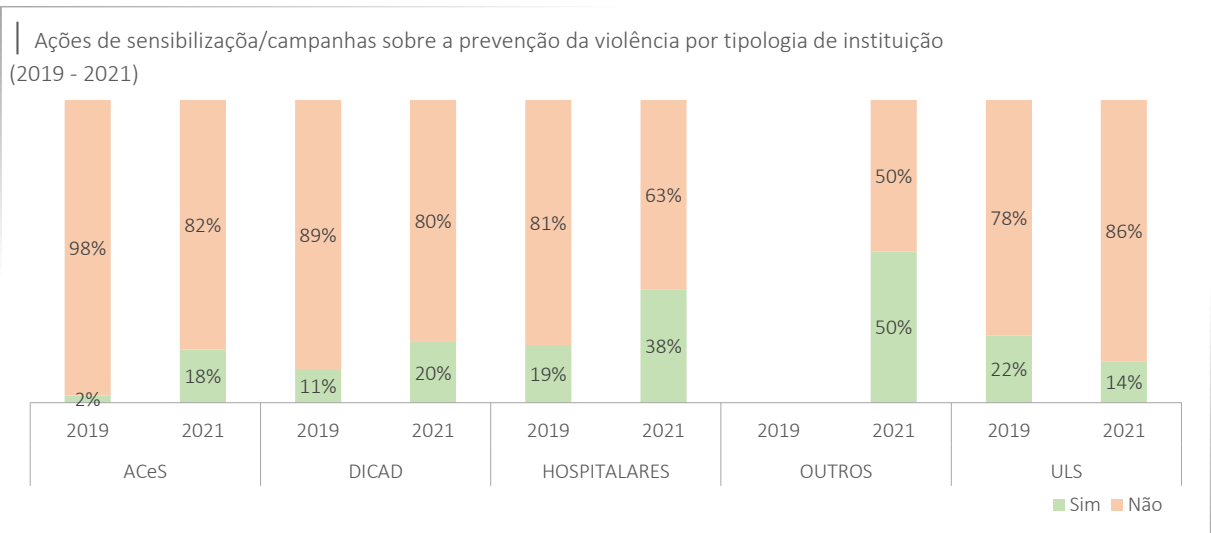
Assim, verificamos ter ocorrido uma evolução muito positiva face a 2019, pois nesse ano apenas

7% das unidades de saúde referiu ter realizado algum tipo de ações de sensibilização/campanhas sobre a temática da violência, e em 2021, apurámos que 19% dos respondentes confirmaram a realização destas atividades.

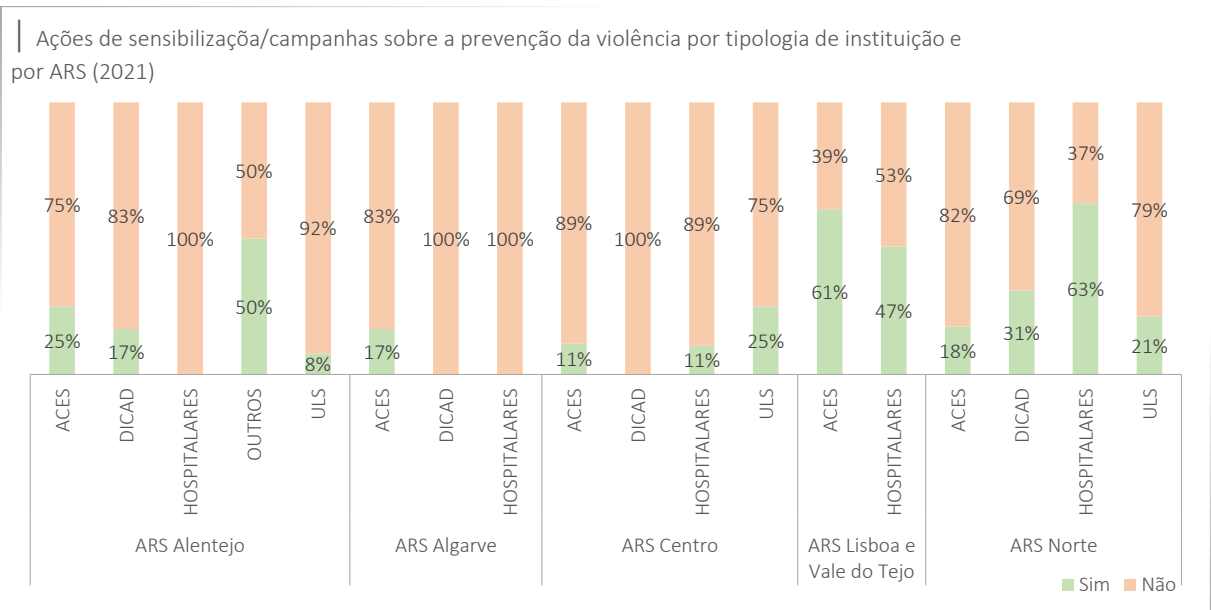
Excetuando a ARS Centro, em todas as restantes regiões de saúde constatámos que um maior número de unidades de saúde referiu ter realizado em 2021 um maior número de sessões de sensibilização/campanhas face a 2019.



Igualmente, apenas excetuando as ULS, em todas as restantes tipologias de instituição, constatamos um aumento desta atividade em 2021, quando comparado com 2019, sendo de destacar as campanhas/sessões de sensibilização realizadas nas unidades hospitalares, em que 38% dos respondentes afirmaram ter concretizado em 2021 este tipo de atividade, quando em 2019 apenas 19% o referiu ter feito.



Por fim, numa análise em cada uma das ARS, constatamos que na ARS Norte as instituições hospitalares mais apostaram em sessões e campanhas de sensibilização (63% das suas instituições hospitalares), na ARS LVT foi onde mais ACeS (61%) concretizaram este tipo de atividade.



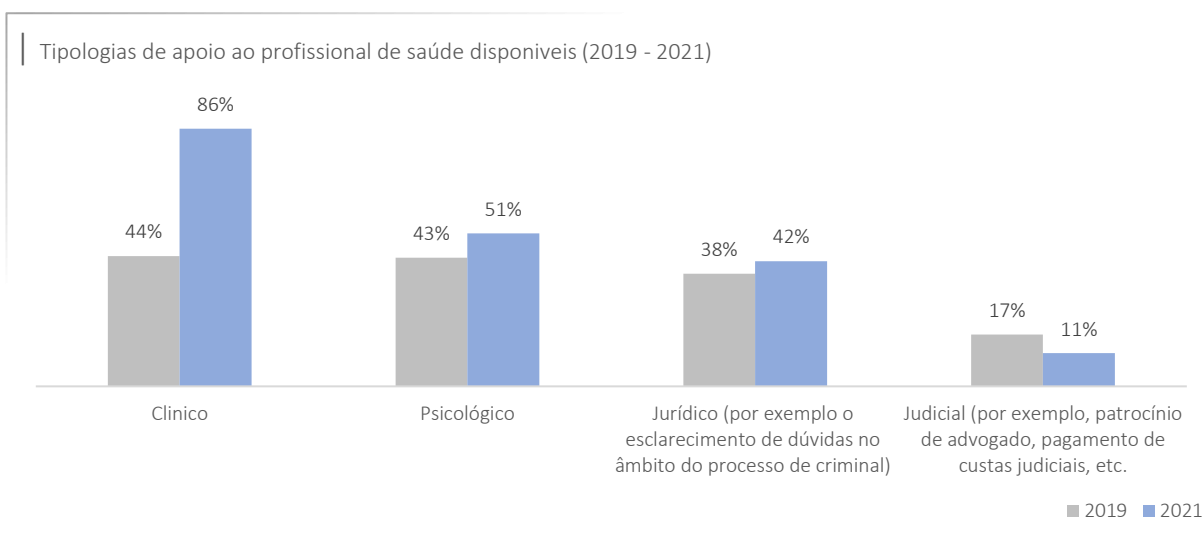
2.16. Apoio concedidos aos profissionais de saúde vítimas de episódios de violência?

Depois de um ato de violência ser cometido sobre um profissional de saúde importa que existam mecanismos de resposta robustos que permitam mitigar as consequências adversas da violência. De acordo com o Plano de Ação de Prevenção da Violência no Setor da Saúde existem mecanismos estruturados para apoio aos profissionais de saúde que tenham sofrido qualquer tipo de violência, designadamente, instrumentos de apoio clínico, psicológico e jurídico.

A RCM 1/2022 preconiza que as instituições implementem circuitos de acesso gratuito a apoio clínico, psicológico e jurídico para os profissionais de saúde que sejam vítimas de violência no âmbito das suas funções.

Assim, foram as unidades de saúde questionadas sobre a existência efetiva destes apoios, no sentido de perceber se a sua operacionalização a nível local estava, efetivamente concretizada, e quais os circuitos necessários para o seu acionamento.

Assim, face a 2019, constata-se que houve uma maior preocupação por parte das instituições em consolidar os vários circuitos de apoio ao profissional de saúde, verificando-se que em 2021, pese embora existam ainda algumas carências, ocorreu uma evolução positiva face ao último ano em análise. Destaca-se assim o apoio clínico que em 2019 apenas 44% das unidades referia que existia e, em 2021, 86% referem a sua existência, o apoio psicológico era referido em 2019 por apenas 43% das unidades e em 2021 passou ser disponibilizado em 51% das unidades, o apoio jurídico evoluiu de 38% em 2019 para 42% em 2021. Apenas no apoio judicial é referido uma quebra face a 2019.



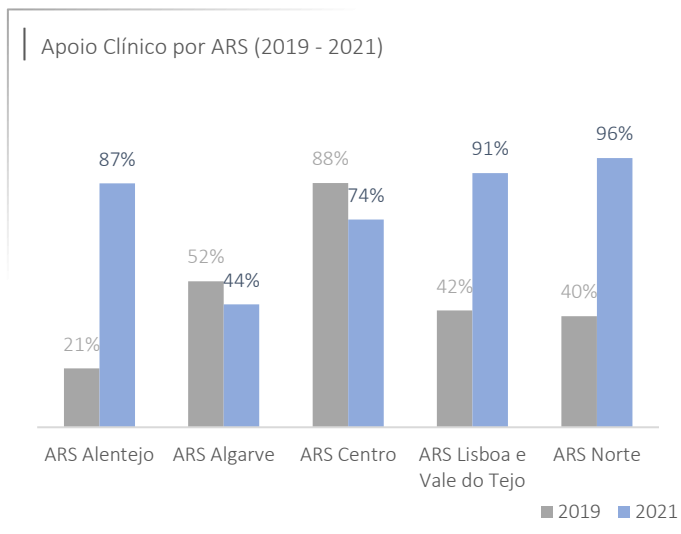
2.16.1. Apoio Clínico

À pergunta se é disponibilizado apoio clínico (gratuito) aos profissionais de saúde que foram vítimas de um episódio de violência no seu local de trabalho, constatamos que há um maior número de unidades a referir a prestação do apoio clínico, facto que se reflete nas respostas recolhidas da maioria das ARS, com especial relevo para a ARS Norte, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Alentejo onde 96%, 91% e 87% respetivamente, referiram a existência de apoio clínico, quando em 2019 se ficaram, na mesma ordem, pelos 40%, 42% e 21%. Já há ARS Centro e a ARS Algarve, além de evidenciarem decréscimos, face a 2019, na prestação deste apoio, evidenciam ainda uma menos resposta, sendo que 74% das unidades da ARS Centro referem este tipo de apoio, ficando a ARS Algarve, apenas pelos 44%.

Todos os episódios de violência devem ser participados e incluídos no âmbito dos procedimentos por acidente em serviço e, nessa medida, devem ser desencadeados os mecanismos para prestação de apoio clínico aos sinistrados, promovendo circuitos que não obriguem os lesados a suportar encargos (mesmo que em formato de adiantamento) pelos cuidados de saúde recebidos. Deve, assim, serem criados vias-verdes e protocolos entre as diferentes instituições de saúde, para melhorar o acesso dos profissionais.

Em nossa opinião e atendendo aos circuitos que as unidades informaram existir para a prestação dos

cuidados clínicos, pensamos que a dificuldade em prestar de forma gratuita este apoio clínico aos



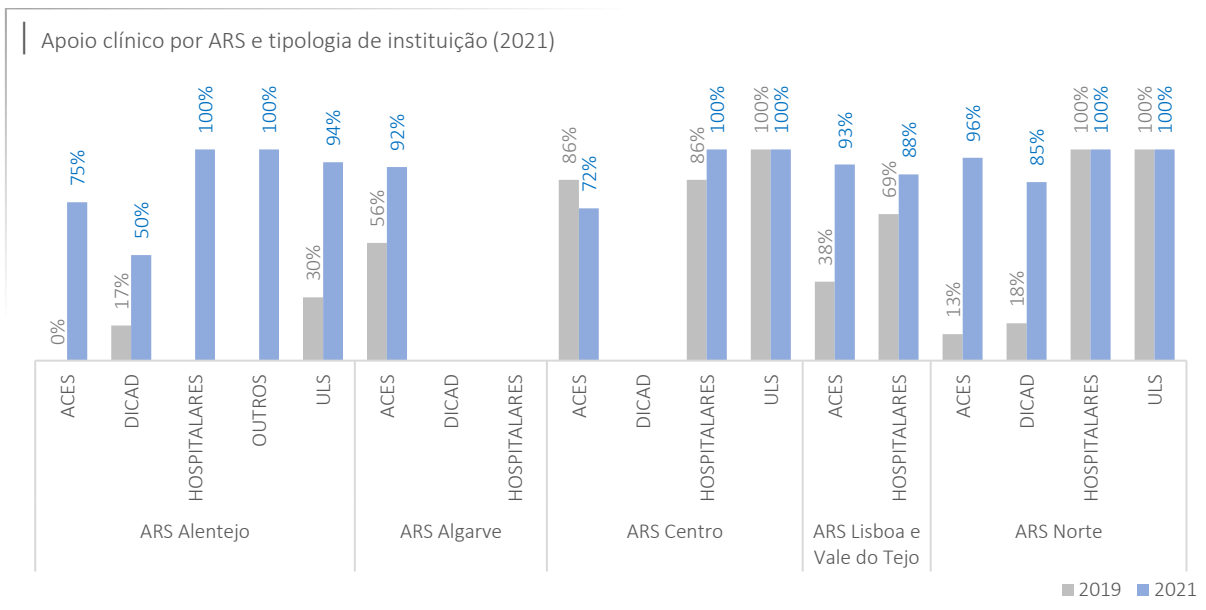
profissionais vítimas de violência, poderá ser uma questão legal, porquanto, são invocados diferentes regimes de prestação de trabalho, bem como, é invocado a necessidade de organização de um processo de acidente em trabalho, após o qual poderão ser os profissionais de saúde ressarcidos das despesas associadas. Contudo, importa salientar o artigo 14^a do novo Estatuto do SNS (DL nº 52/2022 de 4

de agosto), que refere no seu número 3, que as unidade do SNS devem garantir condições e ambientes de trabalho seguros e promotores de satisfação e desenvolvimento profissional, onde, na nossa opinião, deverá estar incluído o apoio clínico aos profissionais de saúde, como aliás é preconizado na RCM 1/2022 de 5 de janeiro de 2022.

Assim, perante esta problemática, consideramos que há margem para que os procedimentos sejam agilizados nesta temática, propondo-se o seguinte:

- Que perante um episódio de violência sobre um profissional de saúde seja prestado o respetivo apoio clínico, se necessário, em instituição ou unidade previamente definida;
- Que perante a comunicação da ocorrência como acidente de trabalho e independentemente do regime laboral da vítima, seja dispensado ao pagamento de qualquer encargo (taxas moderadoras, exames, etc.) referente à prestação dos respetivos cuidados de saúde;
- Caso, da conclusão do processo de sanidade por acidente em trabalho, se concluir que a ocorrência não decorreu do contexto da atividade profissional, deverá então o profissional de saúde ressarcir a respetiva instituição dos encargos suportados.

Numa análise com maior detalhe a cada uma das ARS, verificamos que todas as instituições hospitalares (exceto na ARS Algarve e em parte da ARS LVT) são garantidos os circuitos de apoio clínico aos profissionais de saúde, sucedendo o mesmo nas instituições do tipo ULS. Onde a grau de cobertura deste tipo de apoio parece não ser garantido na mesma medida, é ao nível da DICAD, em especial na ARS Centro e, novamente, na ARS Algarve. No que diz respeito aos ACeS, a situação é mais equilibrada entre todas as regiões de saúde, ainda assim, na ARS Alentejo e na ARS Centro, o grau de cobertura está ligeiramente abaixo da média nacional, sendo que na ARS Centro, foi o único indicador que piorou face a 2019.

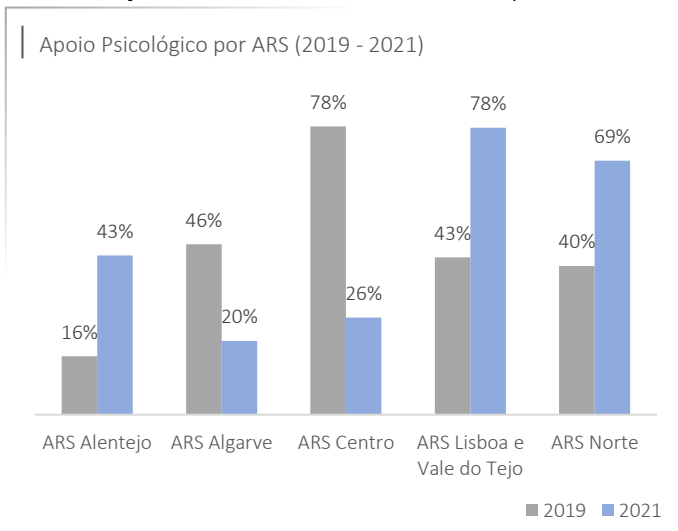


2.16.2. Apoio Psicológico

Sem prejuízo de mecanismos locais criados para o efeito, o apoio psicológico é também disponibilizado a nível nacional através da linha SNS 24. Contudo, apenas cerca de 51% das unidades de saúde que responderam ao inquérito indicam a existência de circuitos de apoio psicológico, sendo que é nas regiões de saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo onde mais unidades, respetivamente, 69% e 78% referiram a existência deste circuito.

O artigo 14º do novo Estatuto do SNS (DL nº 52/2022 de 4 de agosto), refere no seu número 3, que as unidades do SNS devem garantir condições e ambientes de trabalho seguros e promotores de satisfação e desenvolvimento profissional, onde, na nossa opinião, se incluiu a implementação de um circuito de apoio psicológico.

A informação recolhida demonstra ainda que a ARS Norte, LVT e Alentejo aumentaram o número de

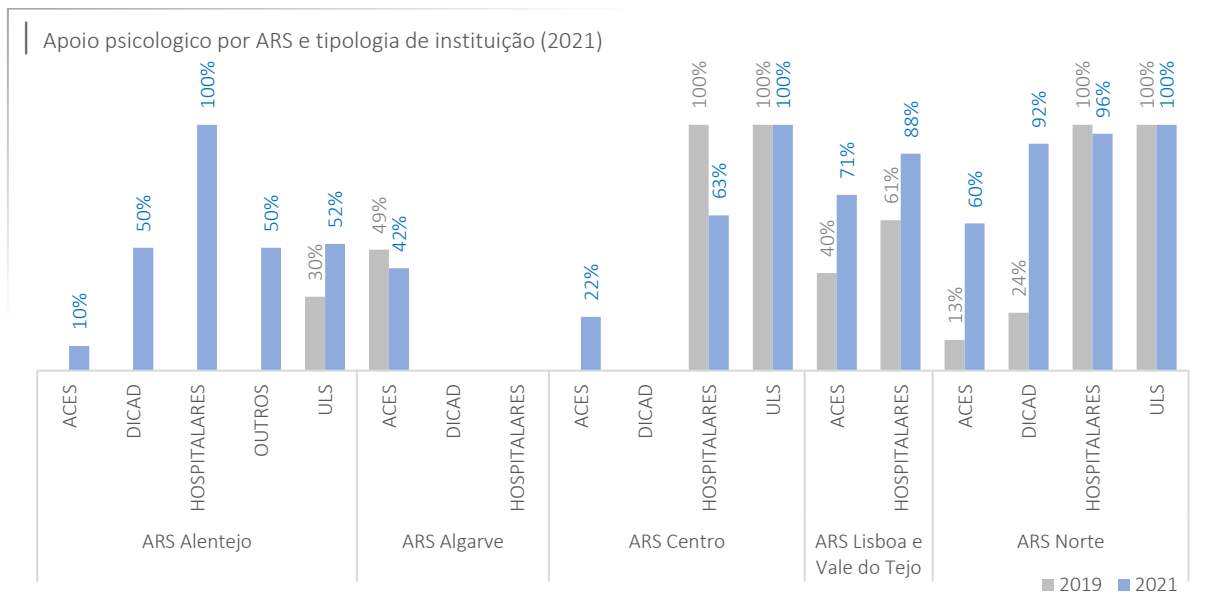


unidades onde este apoio é disponibilizado, em contrapartida e, inexplicavelmente, na ARS Algarve e na ARS Centro, ocorreu uma forte diminuição do número de unidades que refere a existência deste circuito de apoio psicológico. No caso da ARS Centro, em 2019 foi referido em 79% das unidades, a existência deste apoio e em 2021, apenas 26% das unidades o referiram, já na ARS

Algarve, passamos de uma cobertura de 46% em 2019, para apenas 20% em 2021, pelo que importa que estas ARS tomem iniciativas no sentido de corrigir esta situação.

Dos dados apurados importa ainda enaltecer que é nível das instituições de cuidados de saúde primários (ACES) e nas DICAD, onde parece residir um maior desconhecimento deste tipo de apoio, sem prejuízo

da evolução muito positiva registada na maioria das ARS, nomeadamente, na ARS Norte onde se passou de valores residuais em 2019 para uma cobertura robusta em 2021 ao nível dos cuidados de saúde primários (60%) e DICAD (92%).



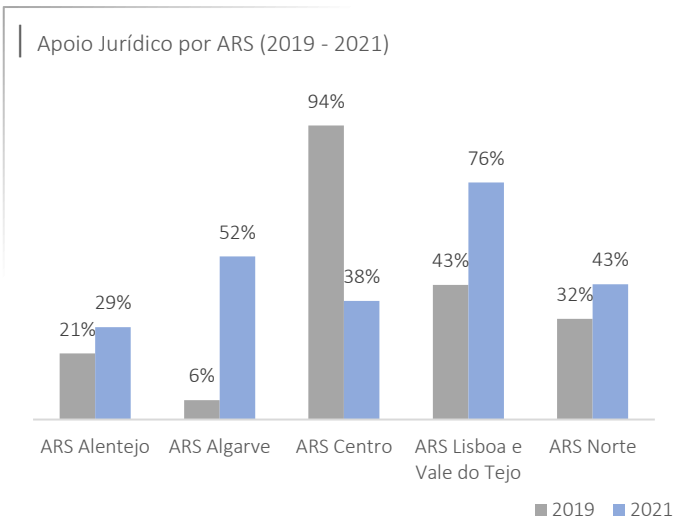
2.16.3. Apoio Jurídico

O apoio jurídico consiste na disponibilização de aconselhamento e esclarecimentos jurídico de dúvidas que as vítimas de violência têm relativamente às diligências necessárias para o desenvolvimento de processos criminais. Em muitos casos, este serviço acompanha ainda todo o processo judicial, permitindo que as instituições conheçam os desfechos penais associados aos episódios de violência cometidos sobre os seus profissionais de saúde.

O artigo 21º do novo Estatuto do SNS (DL nº 52/2022 de 4 de agosto), refere que os profissionais de saúde que, no âmbito do exercício das suas funções no SNS, sofram uma ofensa à integridade física ou psíquica têm direito, no correspondente processo judicial, a assistência e patrocínio judiciário.

Assim, este apoio, permite que as vítimas estejam mais esclarecidas e, desta forma, promove para que as denúncias sejam mais facilmente concretizadas, sendo que em muitos casos, estes serviços tomam ainda a iniciativa (obrigação legal) de consumir a denuncia dos crimes cometidos contra os profissionais de saúde de que tenham conhecimento. Importa, no entanto, ressaltar, que o novo estatuto do SNS vai mais além e prevê no seu artigo 21º que os profissionais de saúde, no âmbito do exercício das suas funções no SNS, se sofrerem uma ofensa à integridade física ou psíquica têm direito, no correspondente processo judicial, a assistência e patrocínio judiciário.

Assim, questionadas as várias unidades de saúde sobre a disponibilização deste serviço, verificamos uma

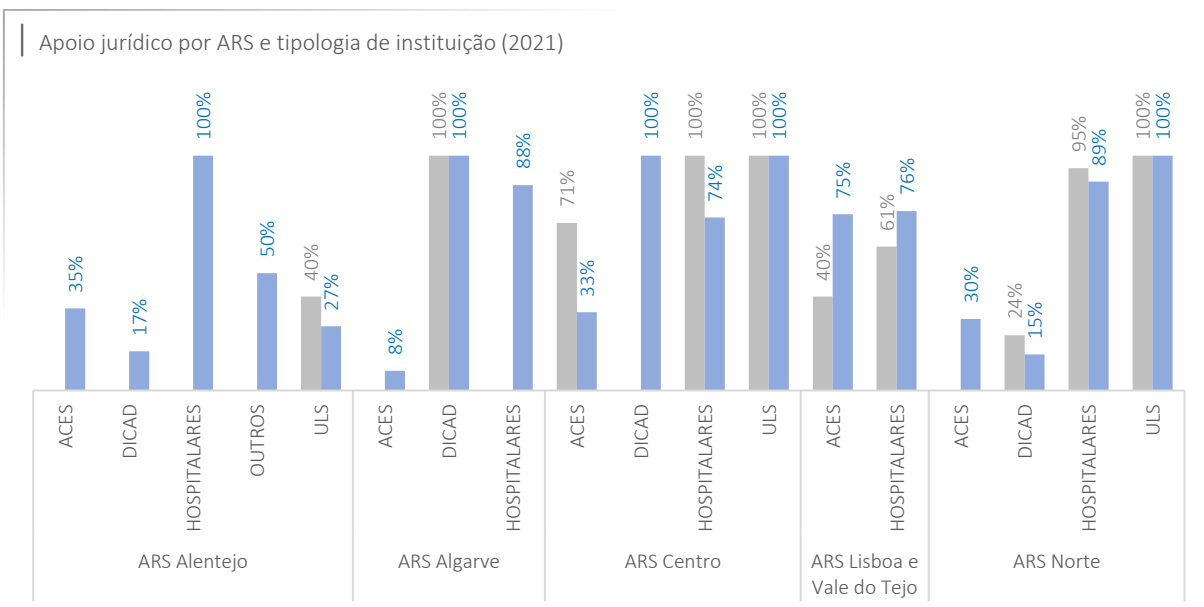


evolução muito positiva face a 2019, excetuando, mais uma vez, a ARS Centro, situação que nos deixa algo surpresos, porquanto era uma das regiões de saúde onde este circuito de apoio era mais consequente e conhecido dos profissionais de saúde. Ainda assim, julgamos que apesar da franca evolução registada nas restantes ARS, importa que este circuito seja devidamente consolidado e efetivo,

devendo assumir duas vertentes essenciais, por um lado, a de apoio aos profissionais de saúde, precavendo que os crimes de natureza semipúblico sejam alvo da necessária queixa dos lesados e, por outro lado, que ao nível da própria instituição, todos os crimes que sejam reportados sejam institucionalmente denunciados junto das forças de segurança ou do Ministério Público.

Conforme decorre da Lei, as instituições devem promover a denúncia (obrigatória) de todas os crimes de que tenham conhecimento, sugerindo-se que tal suceda com a intervenção das áreas jurídicas e das respetivas hierarquias institucionais.

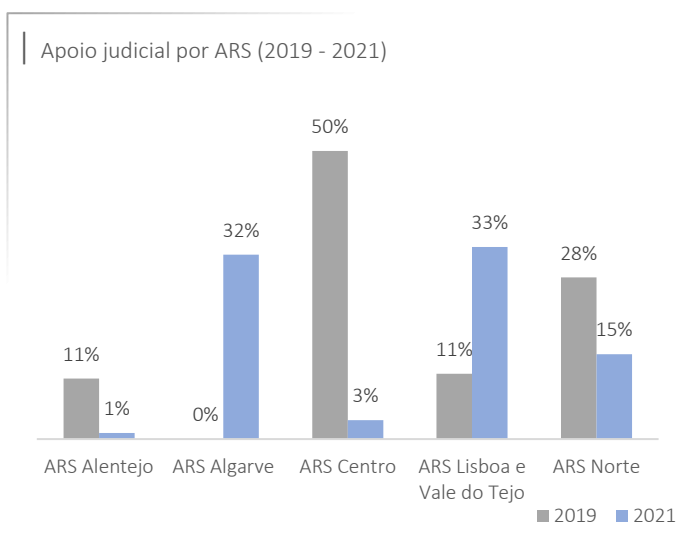
Ao nível de cada uma das ARS, confirmamos que são nos cuidados de saúde primários (ACeS) onde há uma menor cobertura de unidades (e profissionais) com acesso aos circuitos jurídicos, ainda assim, excetuando a ARS Centro, em todas as restantes regiões de saúde constatamos uma evolução muito positiva.



2.16.4. Apoio Judicial

Distinguimos apoio jurídico do apoio judicial ou judiciário do na medida em que o primeiro se resume a uma consulta com um profissional da área jurídica (podendo não ser advogado) para o esclarecimento técnico sobre o direito aplicável a questões ou casos concretos nos quais avulsem interesses pessoais legítimos ou direitos próprios lesados ou ameaçados de lesão, enquanto que o apoio judicial ou judiciário consiste na nomeação de advogado (constituição de assistente em processo criminal ou civil, por exemplo se pretender uma indemnização dos danos causados) e pagamento dos seus honorários ou do pagamento das custas judiciais ou taxas de justiça associadas.

Importa neste ponto salientar que a questão do apoio judiciário deveria ser objeto de uma uniformização de procedimentos a nível nacional, designadamente, dos critérios necessários para a sua atribuição, porquanto existem alguns locais onde é disponibilizado apoio judiciário e é suportado o pagamento de custas judiciais, enquanto que na maioria das unidades de saúde tal não acontece, pelo



que será importante que se defina inequivocamente, que situações são passíveis de enquadrar este tipo de apoio, situação aliás, já prevista no novo estatuto do SNS, que remete para a necessidade de elaboração de um regulamento próprio para atribuição de deste apoio, questão já por nós referida no INQSEG19.

Relativamente à disponibilização do apoio judiciário em cada uma das ARS,

constatamos que o mesmo está presente em todas as regiões de saúde, embora com uma implementação distinta, sendo que na ARS LVT (33%) e ARS Algarve (32%) foram as duas ARS onde este foi mencionado em maior número de unidades. Sabendo-se que o mesmo está disponível para algumas categorias de trabalhadores, por exemplo, ao abrigo do estatuto dirigente, não foi possível apurar, no âmbito das respostas recolhidas, qual o público alvo dos circuitos existentes.

2.17. Apoio e acompanhamento de profissionais de saúde vítimas de violência?

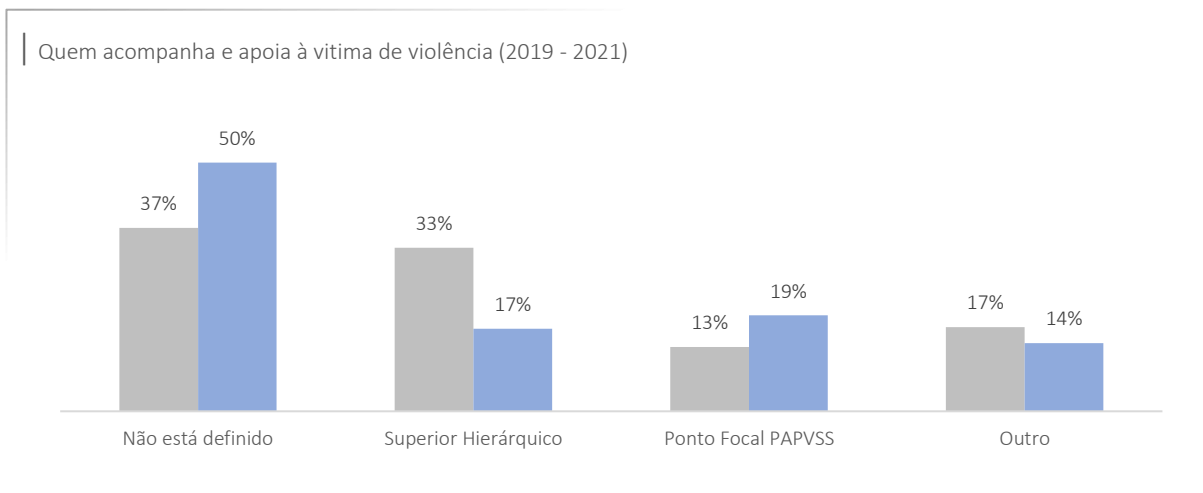
A primeira resposta disponibilizada a uma vítima é um momento crítico e ao mesmo tempo privilegiado.

Este primeiro encontro poderá determinar a forma com a vítima irá lidar com todo o processo de vitimização no futuro, razão pela qual deverá estar perfeitamente consolidado a nível local todos os procedimentos e diligências a realizar para apoiar a vítima. Após esta primeira intervenção, é igualmente

De acordo com a RCM 1/2022, de 5 de janeiro, é competência dos Pontos Focais, prestar o necessário acompanhamento às vítimas de violência.

importante que seja feito um acompanhamento regular da vítima, por forma a evitar situações de crise e para que esta não perca as capacidades de lidar com as circunstâncias.

Desta forma, no inquérito de segurança foram questionadas as entidades sobre a primeira resposta à



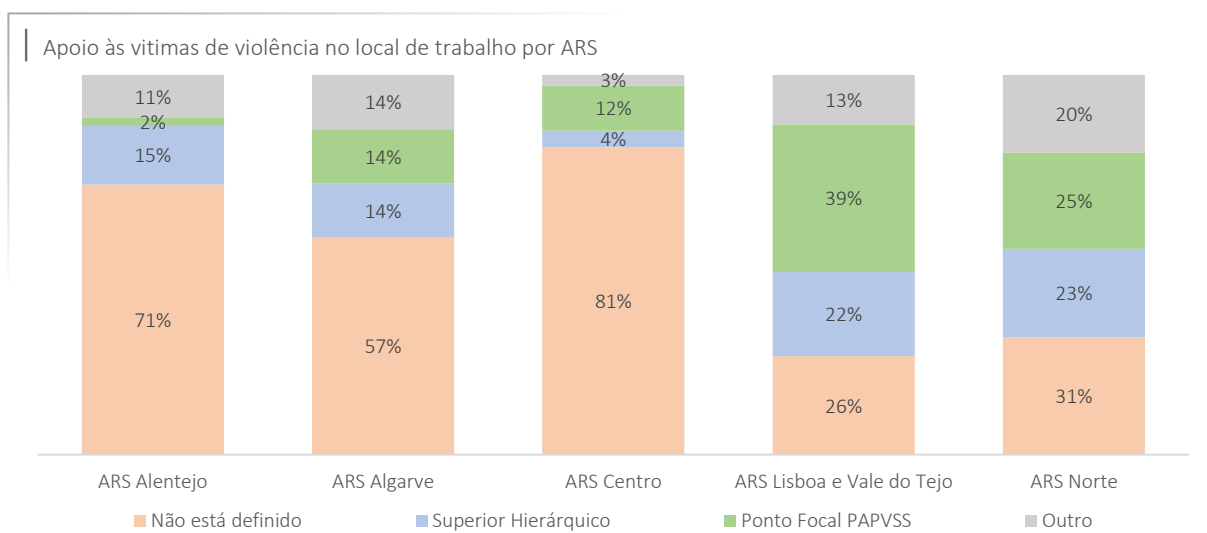
vítima e respetivo acompanhamento. De acordo com o já referenciado PAPVSS, o Ponto Focal Local (ou institucional) nomeado ao abrigo do PAPVSS deverá apoiar os trabalhadores, “ouvindo-os no pós-incidente”, contudo, para além da possibilidade de as unidades de saúde responderem o ponto focal, foi ainda permitido que como resposta fosse referido o superior hierárquico ou outro profissional.

Assim, a maioria (50%) referiu que este circuito de apoio não está consolidado, valor que nos surpreende por ser superior ao de 2019 (37%) e por todas as unidades terem já nomeados Pontos Focais Institucionais e muitas terem já constituído Grupos Operativos Institucionais, facto que se espelha em parte, na resposta de 19% das unidades, que referiram que compete ao Ponto Focal do PAPVSS a resposta e acompanhamento aos trabalhadores que sofrem violência no local de trabalho, valor ligeiramente superior ao de 2019, que se ficou pelos 13%.

Como forma de consolidar esta competência dos Pontos Focais, terá de ser equacionado um plano de formação que capacite estes profissionais com competências para lidar com a situação de violência e que permita esclarecer e encaminhar a vítima para os passos seguintes, designadamente, dos serviços que tem disponíveis (apoio clínico, psicológico e jurídico), bem como, das diligências mais burocráticas a realizar (participação por acidente em trabalho, notificação, denúncia criminal, etc.)

A estrutura nacional do PAPVSS deverá elaborar um plano de formação que capacite os Pontos Focais para lidar com os profissionais de sejam vítimas de violência.

Numa análise às respostas recolhidas em cada uma das ARS, verificamos que é na ARS LVT onde mais unidades referiram que o acompanhamento é realizado pelo Ponto Focal (39%), seguindo-se a ARS Norte (25%). Por outro lado, é na ARS Centro (81%) e na ARS Alentejo (71%) onde o número de unidades que refere não estar definido a pessoa que presta o apoio às vítimas de violência em contexto de trabalho é maior.



Por fim, perante estes dados importa reforçar que o apoio após uma situação de violência é essencial para que os danos resultantes da violência sejam mitigados, nesse sentido, é fundamental constituir um circuito que defina quais as pessoas com responsabilidade por promover as diligências pós vitimização. Nesse sentido consideramos que os Pontos Focais criados ao abrigo do Plano de ação de Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS) devem assumir um papel central neste acompanhamento, fazendo a respetiva interligação com todas as entidades que devam ter algum tipo de intervenção ou conhecimento.

2.18. Segundo a instituição, o que deve ser feito para melhor a organização de segurança foram questionadas as diferentes unidades sobre que medidas deveriam ser tomadas para reforçar a segurança dos profissionais de saúde no local de trabalho. Para o efeito, cada unidade deveria classificar um conjunto fechado de opções, desde o mais importante/necessário para o menos importante/necessário, sendo que o conjunto de opções de resposta eram as seguintes:

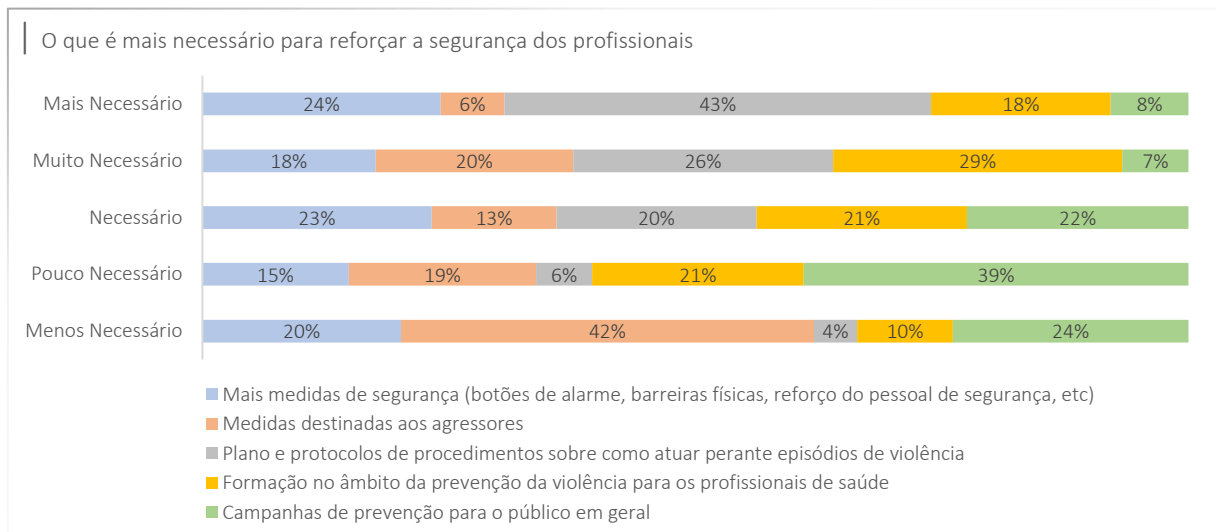
- Mais medidas de segurança (botões de alarme, barreiras físicas, reforço de pessoal de segurança, etc.;
- Medidas destinadas aos agressores;
- Planos e protocolos de procedimentos sobre como atuar perante episódios de violência;
- Formação no âmbito da prevenção da violência para os profissionais de saúde;
- Campanhas de prevenção para o público em geral.

Assim, como primeira opção, ou seja, o que foi considerado mais necessário pela maioria das unidades (43%) foi a definição de planos e protocolos de procedimentos sobre como atuar perante episódios de violência, 24% das unidades referiram ainda, como mais necessário, o reforço das medidas de segurança no local de trabalho.

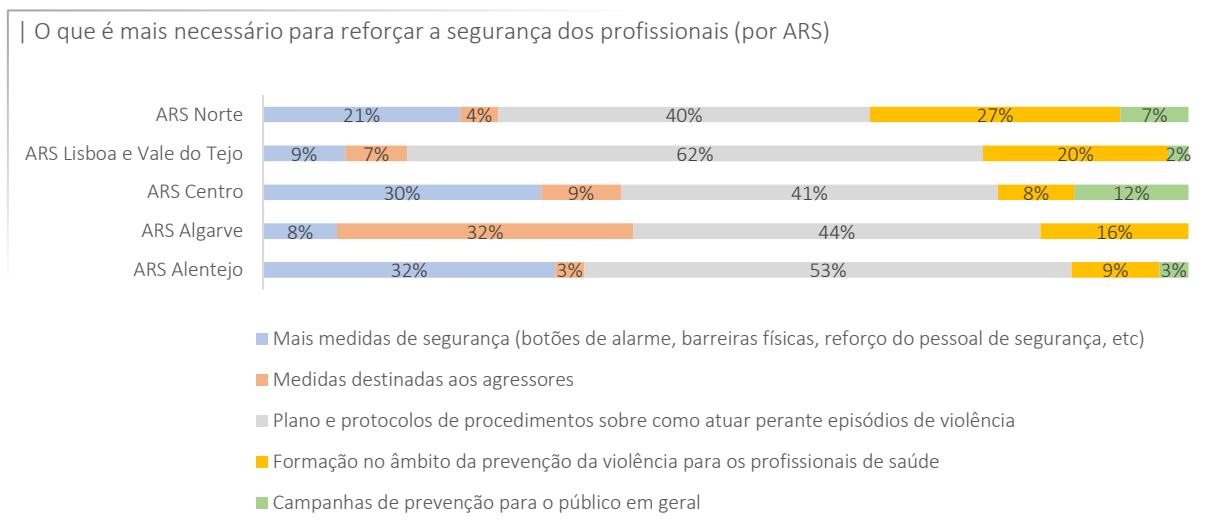
No extremo oposto, 42% das unidades consideraram como o menos necessário/importante a definição

de medidas destinadas aos agressores.

O gráfico seguinte apresenta as várias opções de resposta (medidas) agrupadas do mais necessário para o menos necessário.



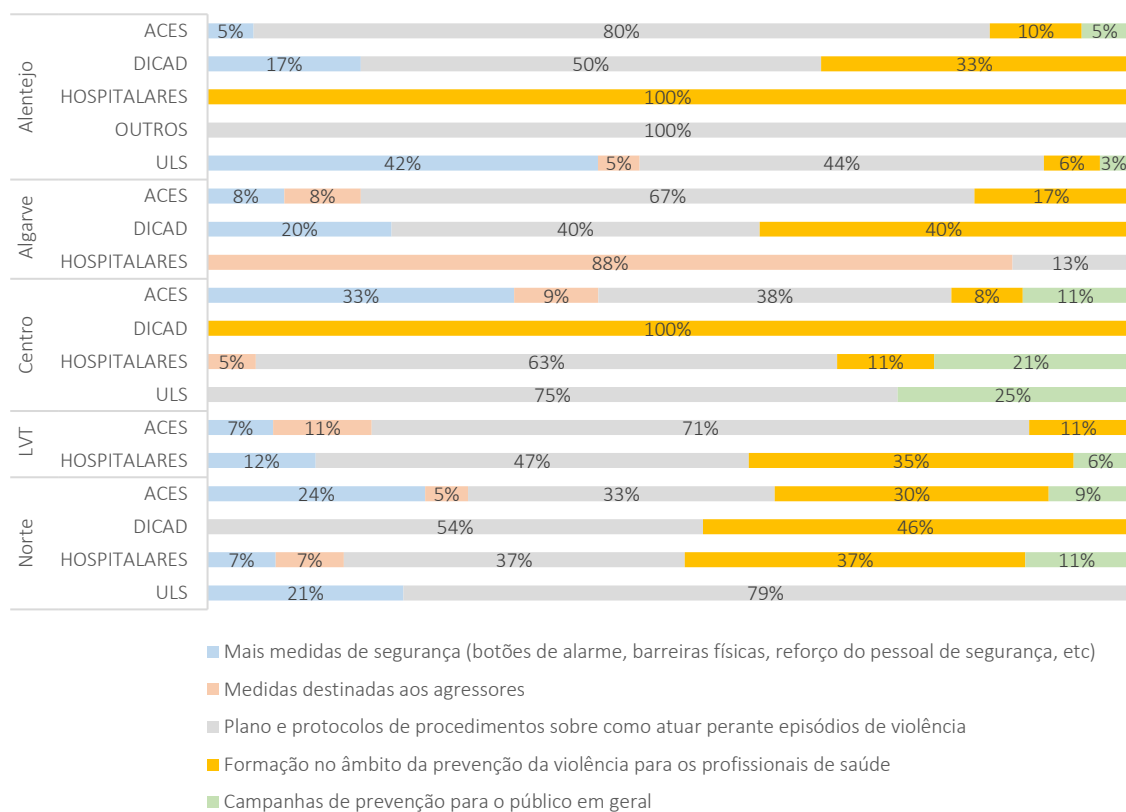
Desagregando a análise anterior por cada uma das ARS, constatamos que como primeira opção (o mais importante) verifica-se alguma homogeneidade nas respostas, confirmando-se que todas as ARS consideram como medida mais importante a elaboração de planos e protocolos de procedimentos sobre como atuar perante episódios de violência, sendo que na ARS Algarve é também atribuída muita importância (32%) à implementação de medidas destinadas aos agressores e, na ARS Alentejo (32%) à implementação de mais medidas de segurança e na ARS Norte, 27% das unidades referiram como mais importante o desenvolvimento de formação no âmbito da prevenção da violência para os profissionais de saúde.



Afunilando a análise anterior ao nível das diferentes tipologias de instituição e por cada uma das ARS, os resultados, apesar de estarem em linha com o que foi anteriormente referido, isto é, a maioria das

unidades referem como principal necessidade a implementação de planos e protocolos de atuação perante situações de violência, ainda assim constamos que algumas tipologias de instituições apresentam respostas dispare, sendo de destacar as unidades hospitalares da ARS Alentejo e a DICAD da ARS Centro, em que a totalidade das respostas refere como essencial ministrar mais formação sobre a temática da prevenção da violência. Devemos ainda referir que 88% das unidades hospitalares da ARS Algarve consideram como mais necessário a implementação de medidas de destinadas aos agressores. Por fim, nas instituições da ARS Norte, constatamos ainda a grande relevância que a maioria das unidades das diferentes tipologias de instituição atribuiu à necessidade de ser ministrada mais formação no âmbito da prevenção da violência no setor da saúde.

O que é necessário para reforço da segurança (por ARS e Tipologia de instituição)



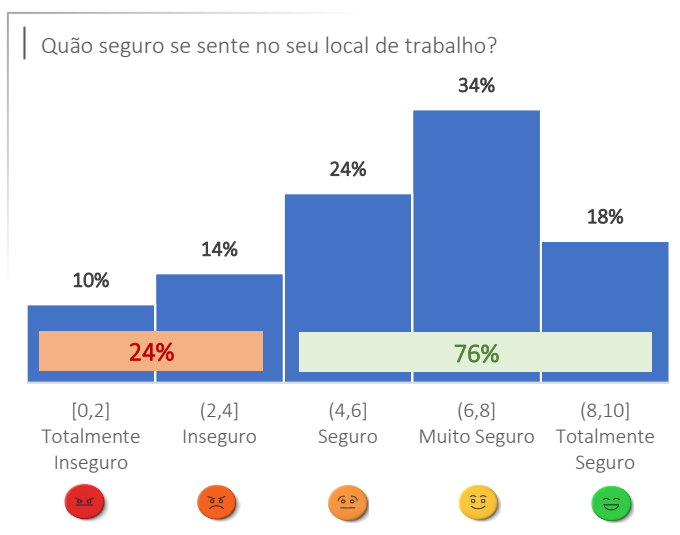
3. Discussão dos Resultados – Questionário aos profissionais

A avaliação do sentimento de segurança dos profissionais de saúde retrata uma inovação face ao inquérito de segurança anterior (INQSEG19), permitindo este questionário auscultar os profissionais de saúde e ajustar o caminho estratégico a seguir no reforço da segurança dos profissionais de trabalho no SNS.

Mais uma vez optámos por avaliar as respostas por cada uma das perguntas que foram colocadas aos profissionais de saúde, analisadas em cada um dos diferentes subcapítulos seguintes.

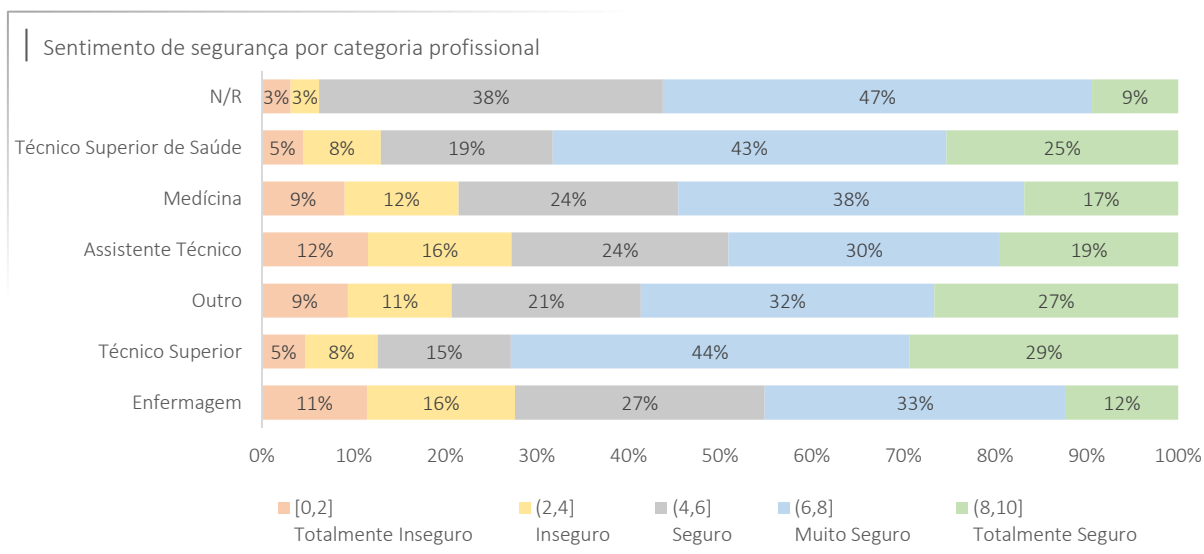
3.1. Quão seguro se sente no seu local de trabalho?

Questionados os profissionais de saúde sobre o sentimento de segurança no seu local de trabalho, as respostas evidenciam que 76% dos respondentes afirmam sentir-se seguros, dos quais 18% totalmente seguros, 34% muito seguros e 24% seguros.



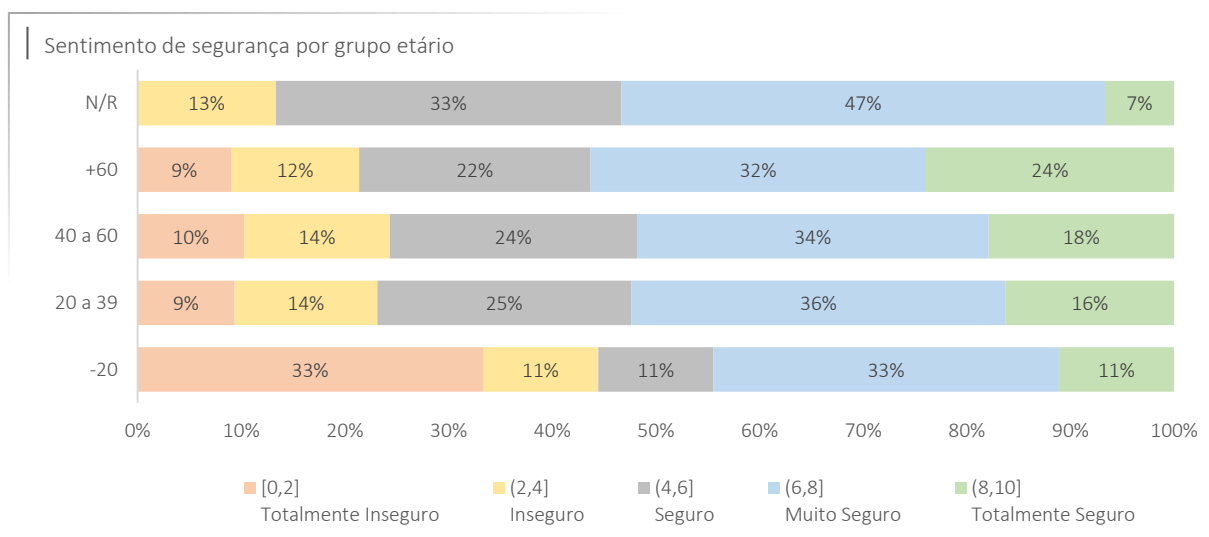
Ainda assim, devemos relevar que 24% dos profissionais que responderam ao questionário afirmaram sentir-se inseguros no seu local de trabalho, valor que nos deve preocupar e incentivar a implementar medidas que permitam combater este sentimento de insegurança.

Numa análise ao sentimento de segurança por categoria profissional, verificamos que são as categorias profissionais de enfermagem e assistente técnico os que referem sentir-se mais inseguros no local de trabalho, respetivamente 28% e 27%. Curiosamente, os profissionais que não

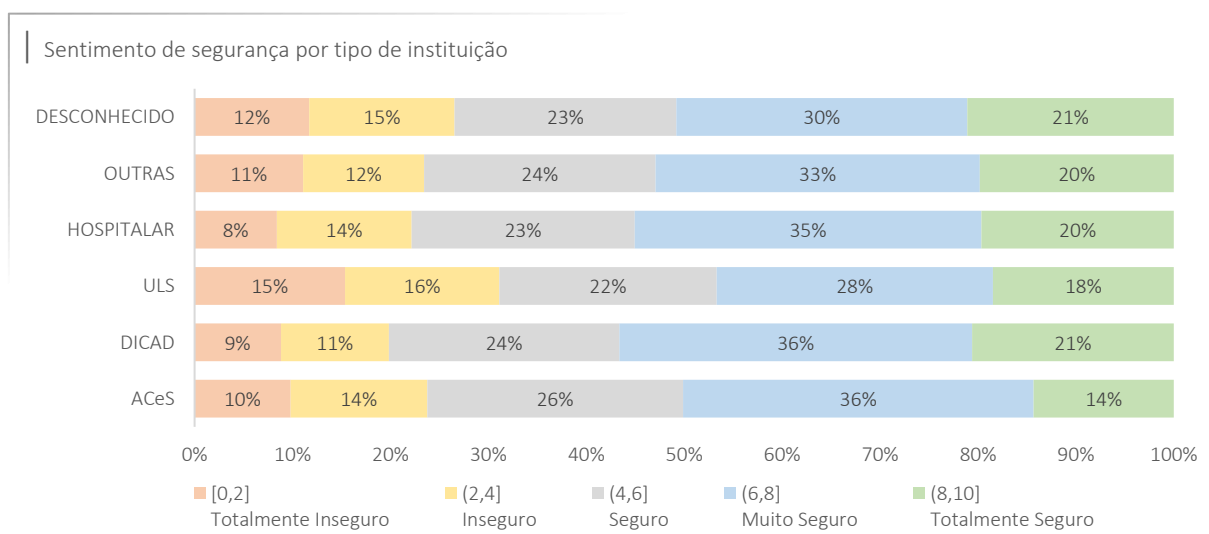


identificaram a sua categoria profissional são os que referem sentir-se mais seguros (94%). Igualmente, os Técnicos Superiores, eventualmente, por terem funções eminentemente de *BackOffice*, são também uma das categorias profissionais que afirma sentir-se mais segura no local de trabalho.

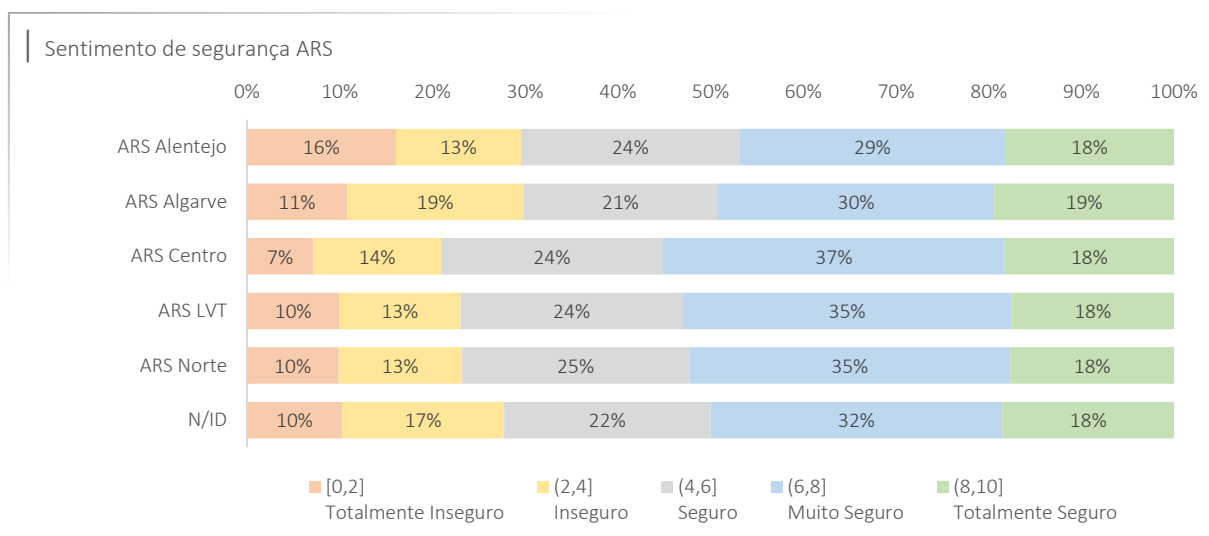
Confrontando as respostas à questão colocada sobre o sentimento de segurança, em razão do grupo etário do respondente, não se vislumbra uma correlação evidente entre a idade do profissional e o seu maior ou menor sentimento de segurança. A exceção reside nos profissionais que referiram ter menos de 20 anos, cujas respostas referem um maior sentimento de insegurança, contudo, atendendo que o número destes profissionais e o número de respostas é residual, consideramos que a sua análise não deve ser relevada.



Aferindo o sentimento de segurança expressão pelos profissionais de saúde em cada uma das diferentes tipologias de instituição, verificamos igualmente algum equilíbrio entre as diferentes tipologias de instituição, sobressaindo apenas ligeiramente, as ULS, onde 31% dos profissionais de saúde afirmam sentir-se inseguros no seu local de trabalho (15% totalmente inseguros e 16% inseguros).



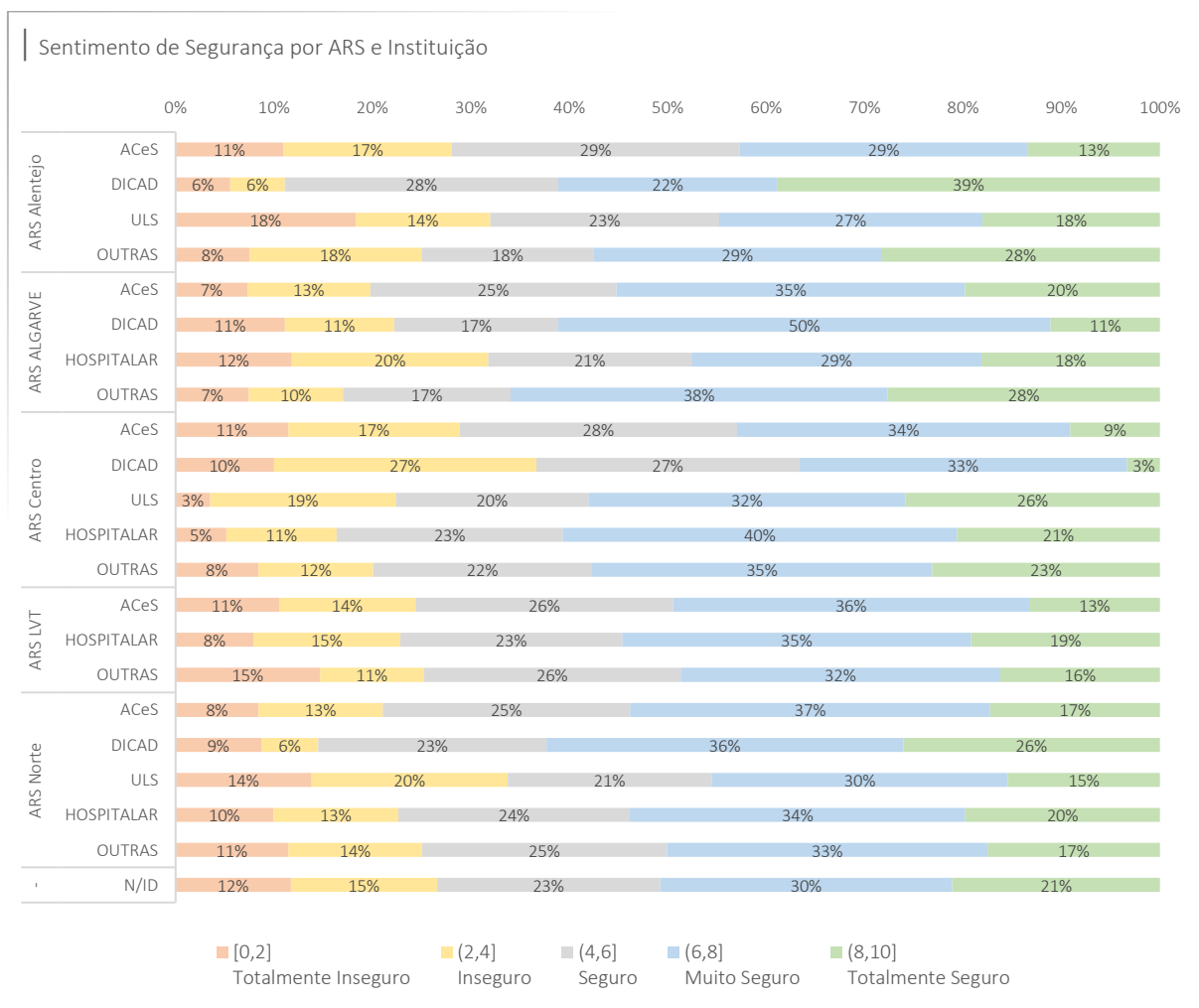
Numa avaliação deste indicador por cada uma das ARS encontramos algumas diferenças entre cada uma das regiões de saúde, assim, é de relevar que na ARS Alentejo e na ARS Algarve (a par com as respostas que não identificaram a ARS), foram os locais onde os profissionais de saúde afirmaram sentir-se mais inseguros (cerca de 30% dos respondentes), por oposição, foi na ARS Centro onde este sentimento é menos evidente, pois 21% afirmam sentir-se inseguros, mas 79% dos respondentes referem que sentem segurança no seu local de trabalho, dos quais 18% totalmente seguros e 37% muito seguros.



No gráfico seguinte espelhamos as respostas dos profissionais agrupadas por ARS e tipo de instituição (não considerámos instituições com menos de 3 respostas), destacando-se as DICAD da ARS Norte e da ARS Alentejo, como as instituições onde os profissionais se sentem mais seguros (86% e 89%, respetivamente), por oposição, é também a DICAD, mas da ARS Centro, onde os profissionais afirmam sentir-se mais inseguros (37%).

Centrando a nossa atenção nos cuidados de saúde primários, é nos ACeS da ARS Algarve (80%) e da ARS Norte (79%) onde os profissionais se sentem mais seguros. Nos cuidados hospitalares, é na ARS Centro onde o número de profissionais que dizem sentir-se seguros (84%) é maior, por oposição à ARS Algarve, onde os profissionais dos cuidados hospitalares afirmam maior insegurança (32%).

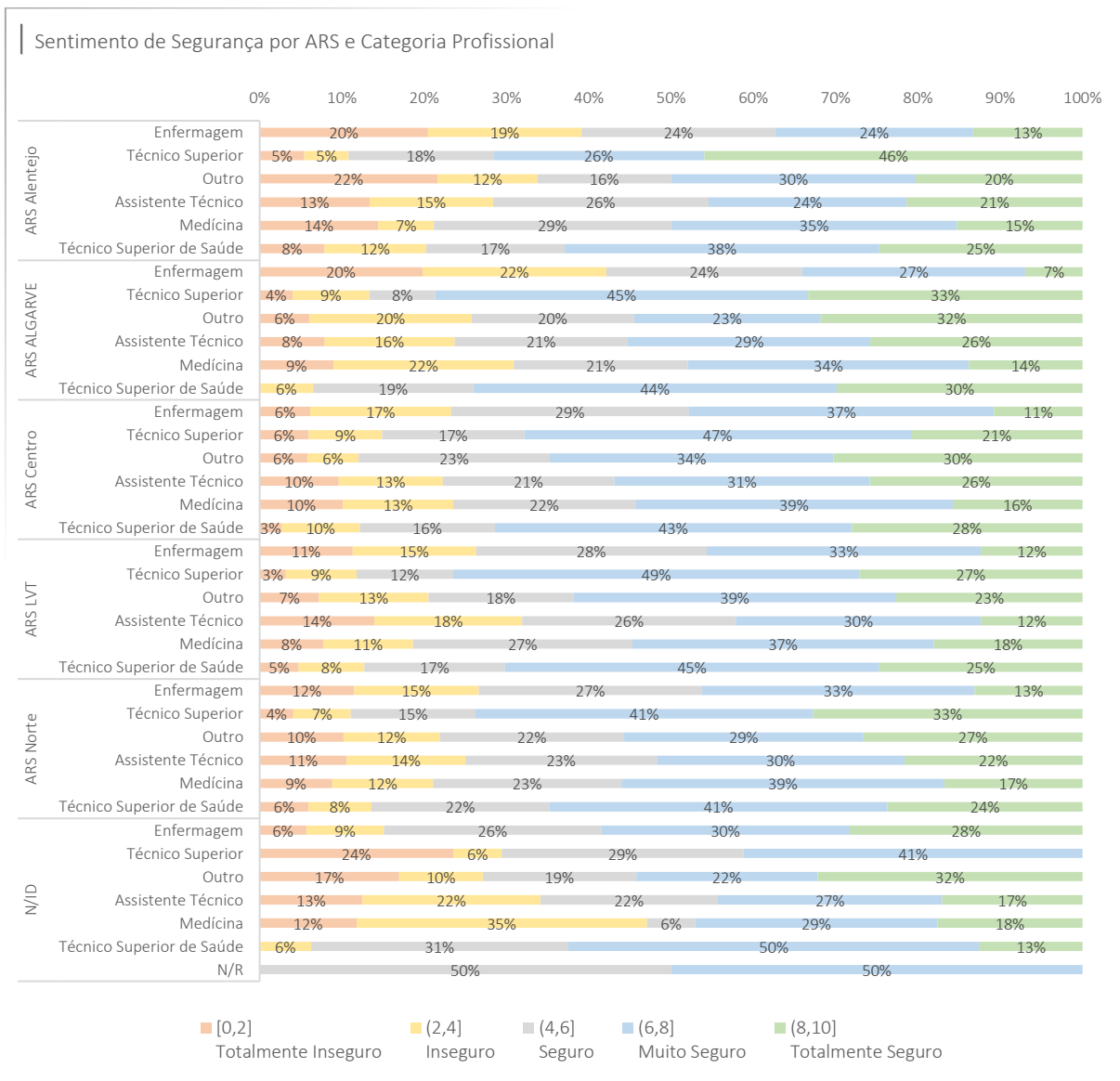
Finalmente, nas ULS, é na região norte (34%) e Alentejo (32%), onde os profissionais de saúde afirmam sentir-se mais inseguros, o que contrasta com a ARS Centro, onde apenas 22% dos profissionais das ULS se sentem inseguros.



Numa avaliação a cada ARS, mas considerando as diferentes categorias profissionais, constatamos que 47% dos médicos que não identificaram a sua ARS, dizem sentir-se inseguros, logo seguidos de 42% dos enfermeiros da ARS Algarve e 39% dos da ARS Alentejo. É na ARS Centro (23%) a região de saúde onde os enfermeiros afirmam sentir-se menos inseguros, já os médicos, é na ARS LVT (19%) onde referem menos índices de sentimento de insegurança.

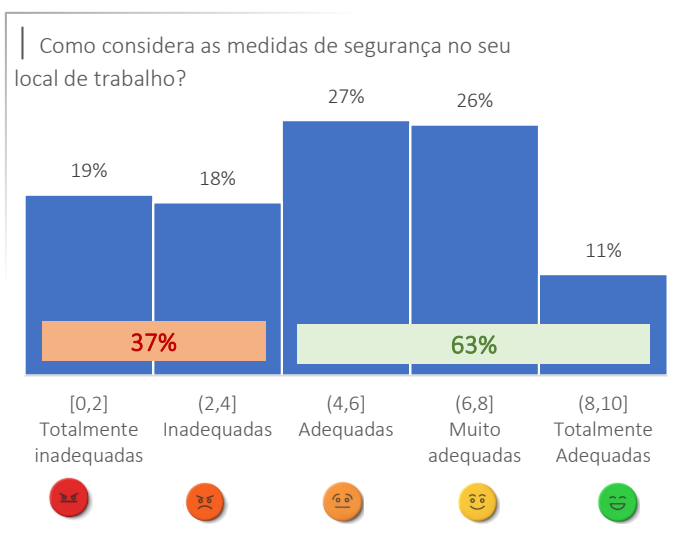
Os assistentes técnicos que, como dissemos, são os que a nível nacional apresentam maiores sentimentos de insegurança, espelharam de forma mais inequívoca este indicador, na ARS LVT (32%) e na ARS Alentejo (28%).

Confirma-se que os grupos profissionais dos técnicos superiores, são os que em regra nas ARS apresentam melhores índices de sentimento de segurança, sendo ainda de referir, de igual forma, os técnicos superiores de saúde.



3.2. Como considera as medidas de segurança existentes no seu local de trabalho

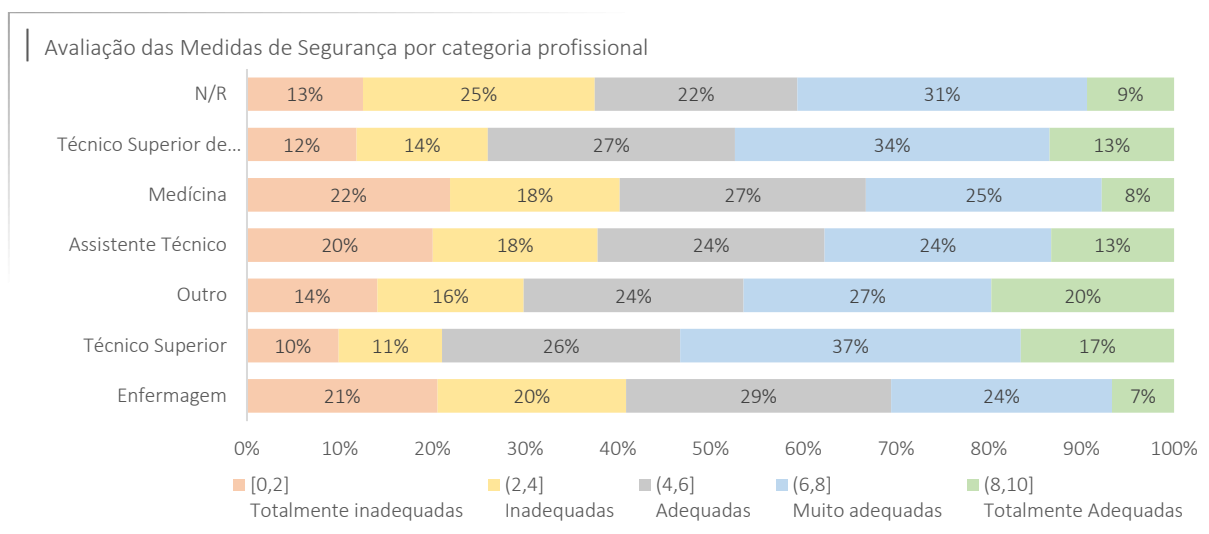
Questionados os profissionais de saúde para avaliarem as medidas de segurança existentes no seu local



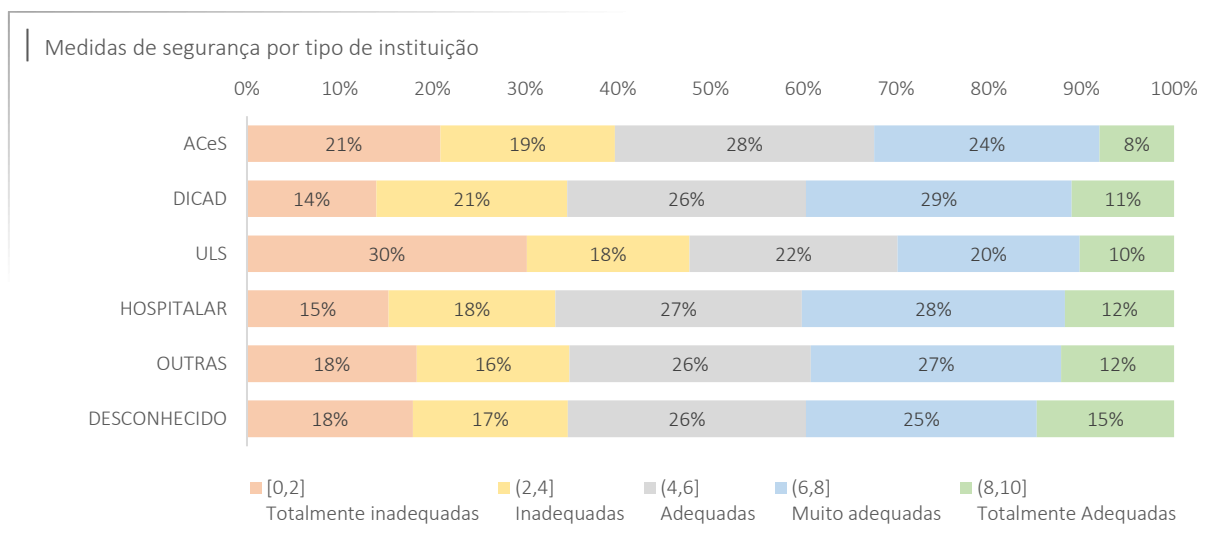
de trabalho, as respostas foram menos positivas quando comparadas com a aferição do sentimento de segurança, quês isto dizer, que apesar das medidas de segurança não serem consideradas as mais ideais pelos profissionais de saúde, ainda assim, há uma tendência para se sentirem seguros. Neste sentido, 37% consideram as medidas de segurança inadequadas, mas apenas 24% se sentem inseguros, por

oposição, 63% consideram as medidas adequadas (27% adequadas, 26% muito adequadas e 11% totalmente adequadas), mas 76% sentem-se seguros no seu local de trabalho. Ainda assim, existe alguma correlação entre a avaliação feita às medidas de segurança e o respetivo sentimento de segurança, ou seja, quanto melhor avaliado as medidas de segurança, melhor o sentimento de segurança aferido pelo profissional.

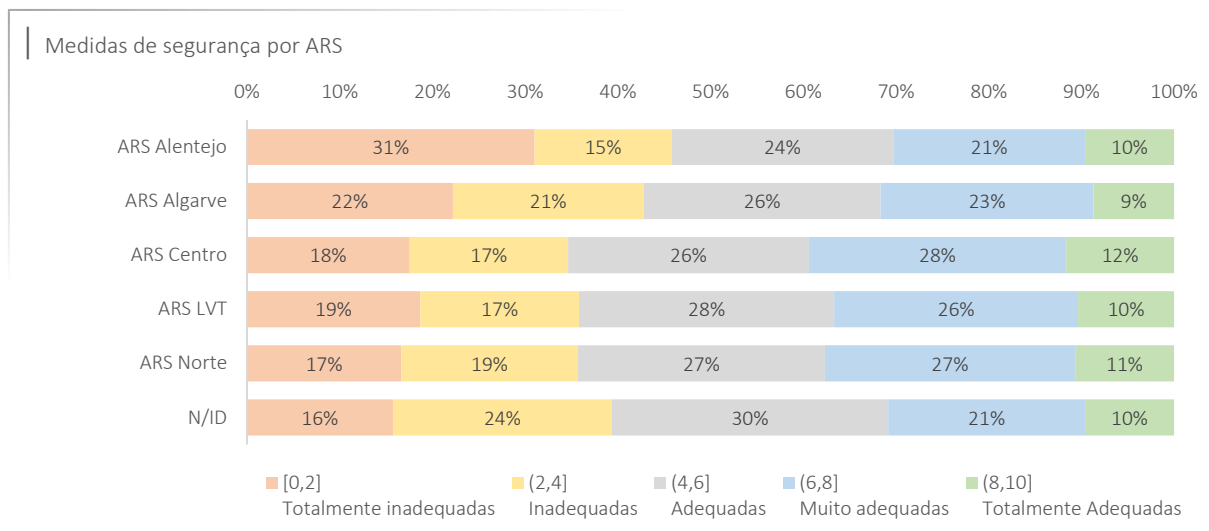
Os grupos profissionais dos enfermeiros e dos médicos são os mais críticos quanto às medidas de segurança existentes, no primeiro caso, 41% dos enfermeiros e 40% dos médicos, consideram as medidas de segurança inadequadas ou totalmente inadequadas.



No que diz respeito à avaliação das medidas de segurança existentes nas diferentes tipologias de instituição, verificamos algum equilíbrio entre elas, destacando-se as ULS como o tipo de instituição onde um maior número de profissionais (48%) avaliou de forma mais negativa as medidas de segurança, em que 30% considerou as mesmas totalmente inadequadas e 18% inadequadas.



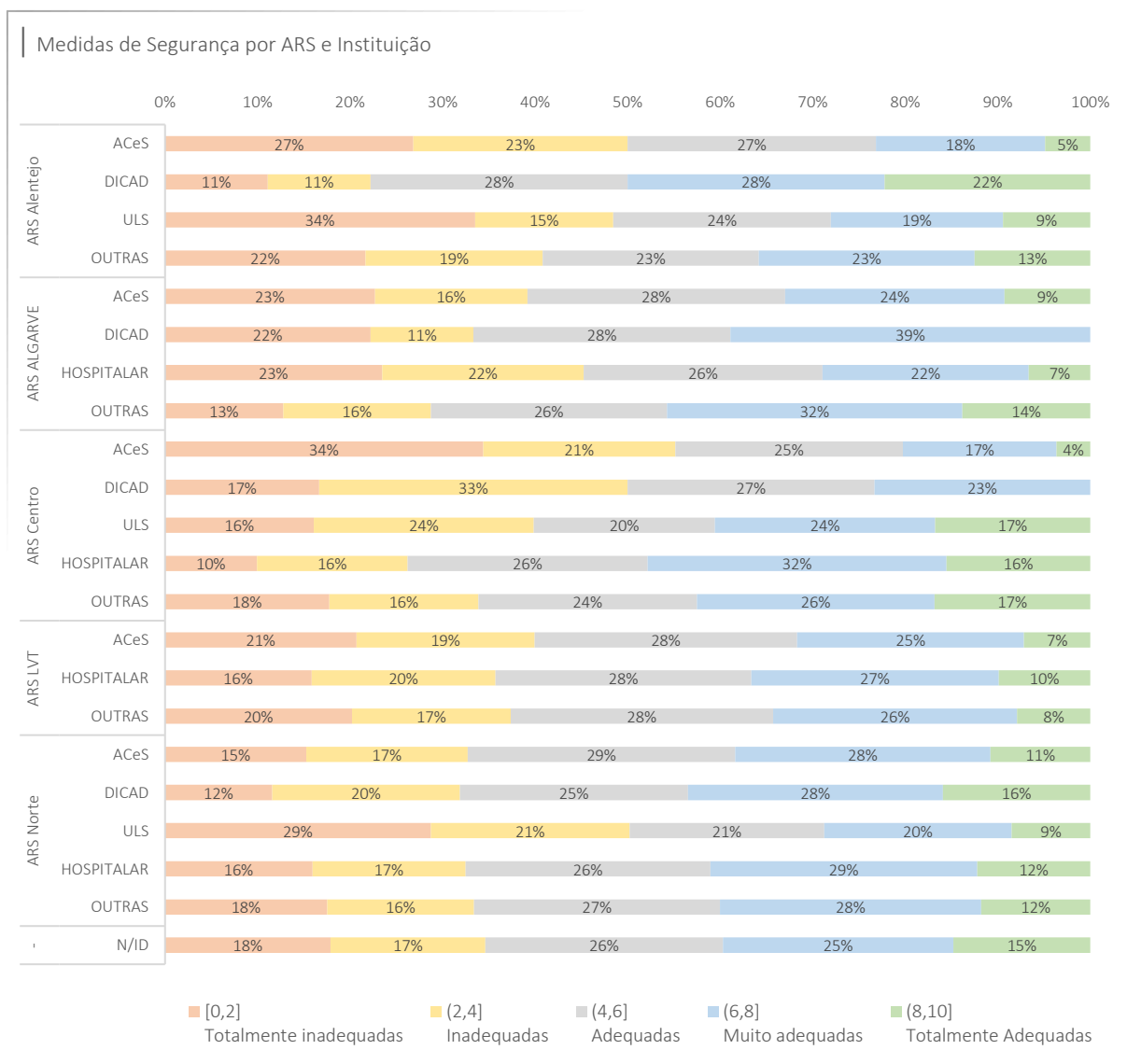
Focando a nossa atenção nas diferentes ARS, constatamos que foi na ARS Alentejo (46%) e na ARS Algarve (43%), as regiões de saúde em que os profissionais classificaram mais negativamente as condições de segurança existentes, onde 31% dos profissionais da ARS Alentejo e 22% da ARS Algarve consideraram as medidas existentes totalmente inadequadas, conforme se espelha no gráfico seguinte.



Continuando a análise à avaliação que os profissionais de saúde fazem das medidas existentes no seu local de trabalho, constatamos que em regra, são nos ACES onde mais regiões de saúde obtêm uma avaliação negativa, com destaque para a ARS Algarve (55%) e ARS Alentejo (50%) em que metade ou mais dos profissionais consideram as medidas existentes inadequadas ou totalmente inadequadas. Nesta tipologia de instituição (ACeS) a ARS Norte é onde os profissionais são menos críticos, mas ainda assim, 33% consideram que as medidas de segurança são inadequadas ou totalmente inadequadas.

Também nas ULS a avaliação das medidas de segurança por parte dos profissionais de saúde é bastante incisiva, destacando-se as ULS na região Norte e da região do Alentejo, em que 50% e 48% respetivamente, consideram as medidas de segurança inadequadas ou totalmente inadequadas.

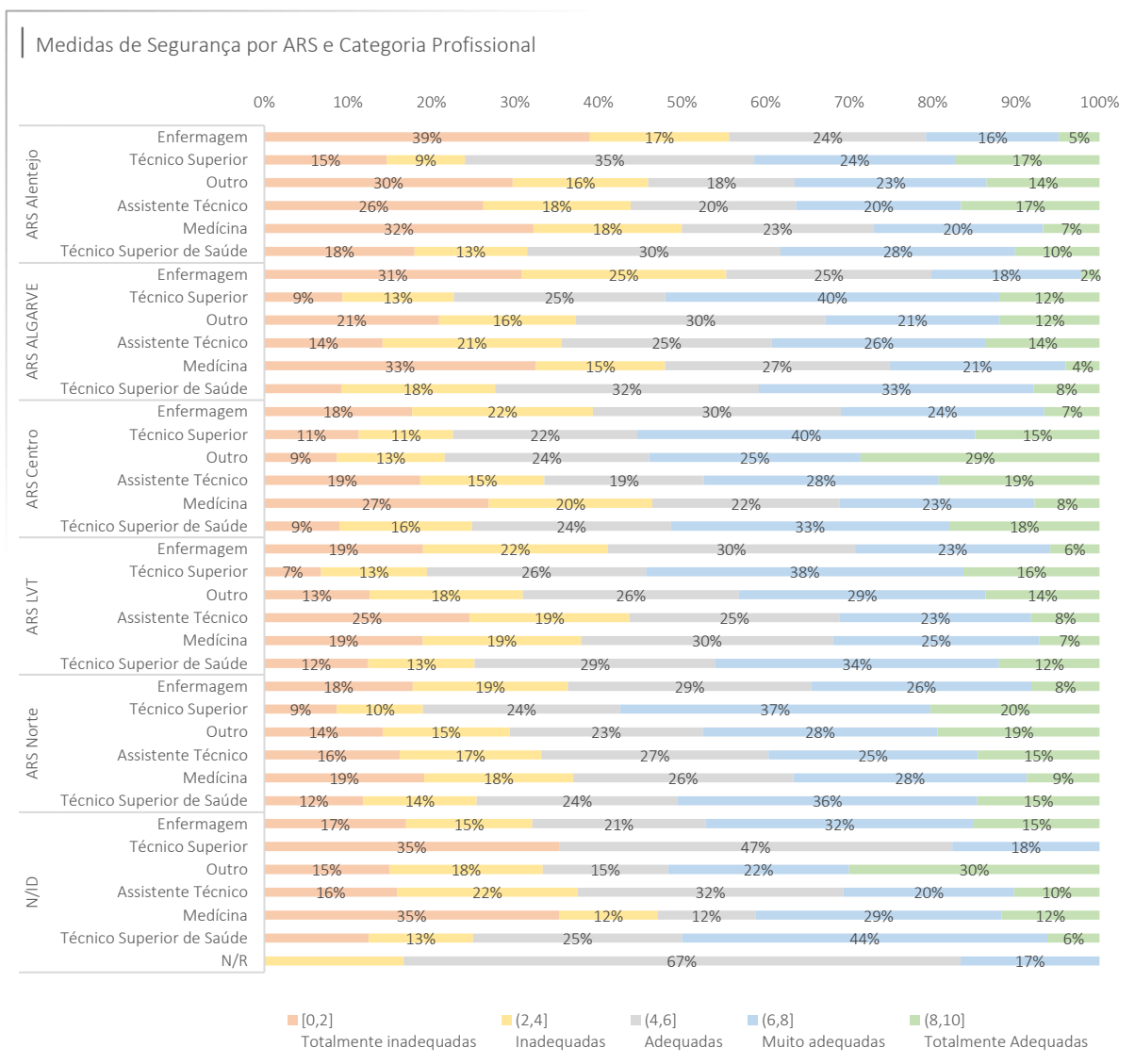
Em sentido oposto, é na DICAD da ARS Alentejo e nas instituições hospitalares da ARS Centro onde os profissionais consideram as medidas de segurança melhores, no primeiro caso, 78% dos respondentes afirmou que as medidas de segurança da DICAD da ARS Alentejo são adequadas, muito adequadas ou totalmente adequadas, e 74% dos profissionais da ARS centro referiram o mesmo relativamente às instituições hospitalares.



Por fim, numa análise a cada ARS e à avaliação que os profissionais de saúde fazem sobre as medidas de segurança, confirmamos que os grupos profissionais dos enfermeiros e dos médicos assumem, em regra, o maior pendor crítico neste indicador. Na ARS Alentejo, os enfermeiros (56%) e os médicos (50%) consideram as medidas de segurança inadequadas ou totalmente inadequadas, semelhantemente na ARS Algarve, onde enfermeiros (55%) e médicos (48%), expressam a mesma opinião.

NA ARS Centro o grupo profissional mais crítico é o dos médicos (46% classificam negativamente as medidas de segurança), na ARS LVT são os assistentes técnicos (44%) e a Norte, embora menos incisivos

na avaliação negativa, destacam-se novamente os grupos profissionais dos médicos e enfermeiros.



3.3. Sugestões dos profissionais de saúde para se melhorar a segurança no local de trabalho

Os profissionais de saúde foram questionados sobre que medidas deveriam ser tomadas para reforçar a sua segurança no local de trabalho. Para o efeito, cada respondente deveria classificar um conjunto fechado de opções, desde o mais prioritário/necessário para o menos prioritário/necessário, sendo que o conjunto de opções de resposta, semelhantes às questões colocadas às próprias instituições, como vimos no capítulo anterior, foram as seguintes:

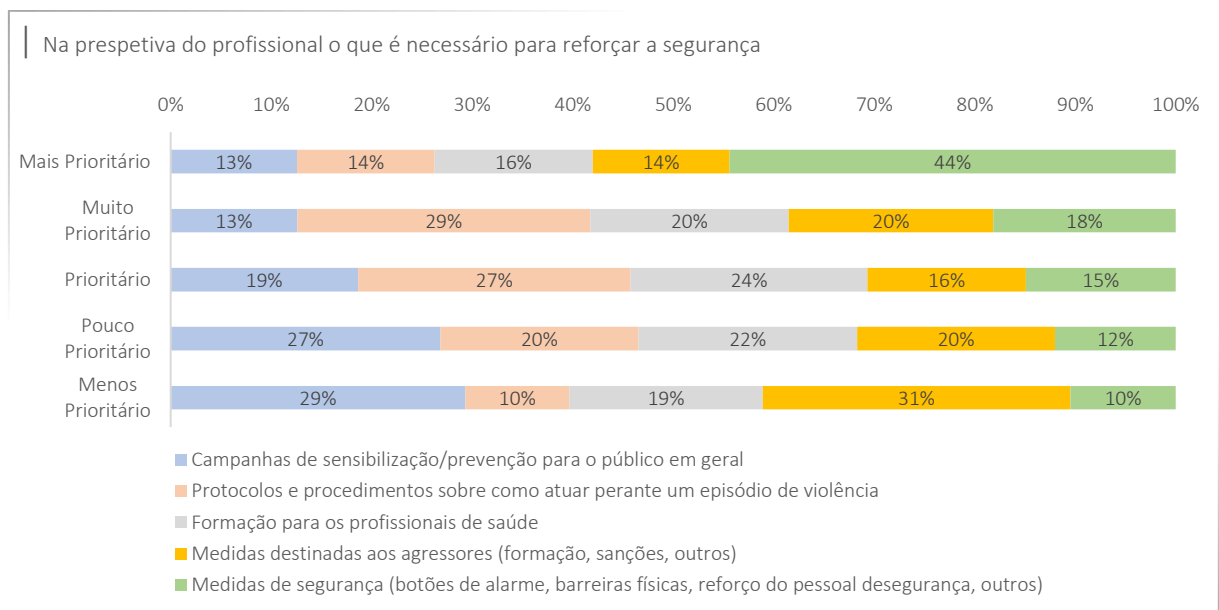
- Campanhas de sensibilização/prevenção para o público em geral;
- Protocolos e procedimentos sobre como atuar perante um episódio de violência;
- Formação para os profissionais de saúde;

- Medidas destinadas aos agressores (formação, sanções, outros);
- Medidas de segurança (botões de alarme, barreiras físicas, reforço do pessoal de segurança, outros).

Assim, como primeira opção, ou seja, o que foi considerado mais necessário pela maioria dos profissionais de saúde (44%) foi a implementação de medidas de segurança no local de trabalho. Comparando com as respostas institucionais (capítulo 2, subcapítulo 18), apenas 24% das unidades considerou a implementação de medidas de segurança como mais prioritário. Já a definição de protocolos de atuação foi considerada a medida mais importante pelas instituições (43%), mas apenas 14% dos profissionais de saúde consideraram esta medida como mais prioritária.

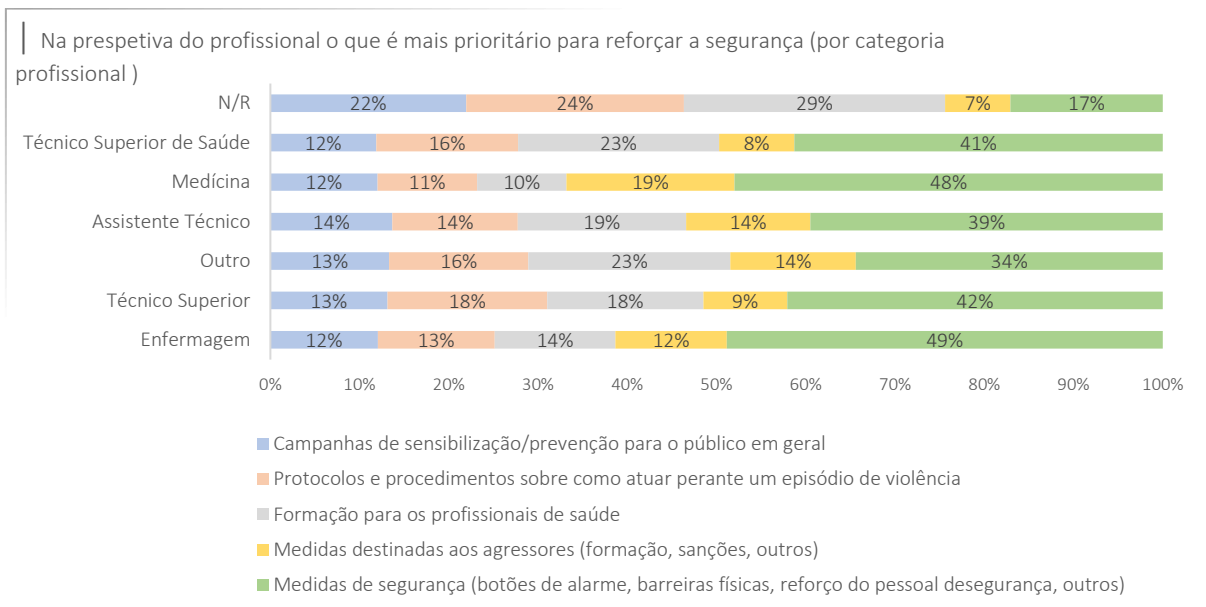
No extremo oposto 31% dos profissionais de saúde consideram as medidas destinadas aos agressores como a medida menos importante, constatando-se aqui um paralelismo com as respostas dadas pelas unidades de saúde, em que 42% das mesmas consideraram como o menos necessário/importante.

O gráfico seguinte apresenta as várias opções (medidas) agrupadas do mais prioritário para o menos prioritário, segundo as respostas dos profissionais e saúde.

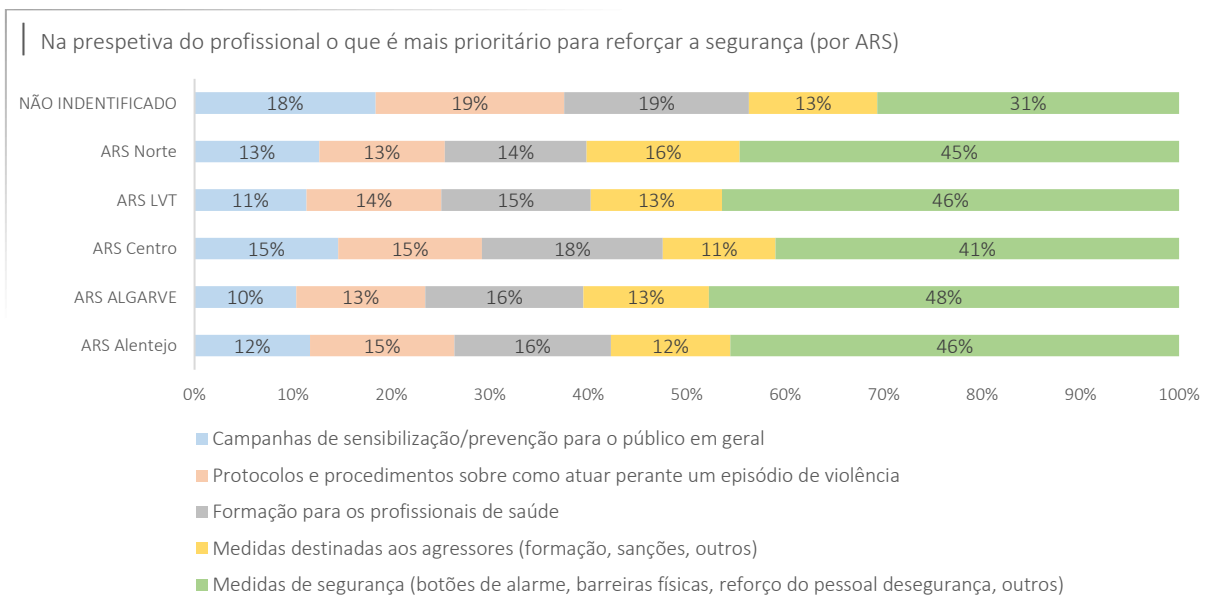


Considerando apenas a opção mais prioritária constatamos que a resposta por grupo profissional tem adesão à análise global que acabámos de realizar. Desta forma, todos os grupos profissionais consideraram a implementação de medidas de segurança como o aspeto mais prioritário para reforçar a segurança dos profissionais de saúde, destacando-se os médicos (48%) e os enfermeiros (49%) como os grupos que mais priorizaram esta opção. Neste ponto referimos que os profissionais que não indicaram a sua categoria profissional consideram em maior número (29%) que a formação profissional sobre a temática da violência como medida mais prioritária.

Salientamos ainda, que excetuando os médicos, todos os restantes grupos profissionais indicaram, imediatamente a seguir às medidas de segurança, a formação como medida prioritária. No caso dos médicos 19% selecionou a opção referente às medidas destinadas aos agressores.

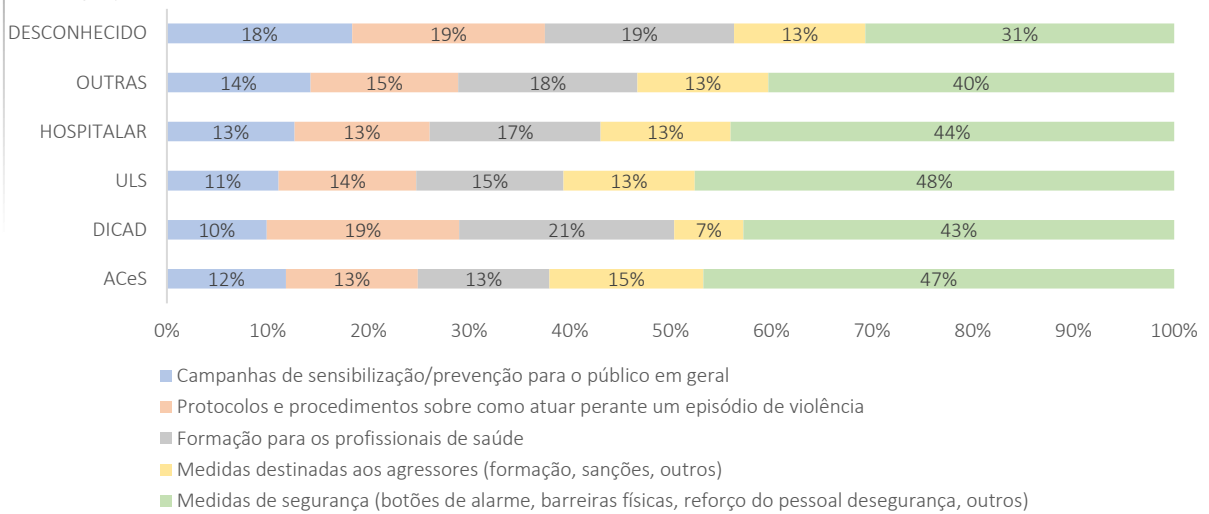


Distribuindo as respostas dos profissionais pelas várias ARS, confirmamos mais uma vez, que os profissionais de todas as ARS consideram como mais prioritário a implementação das medidas de segurança, conforme se expõe no gráfico seguinte.



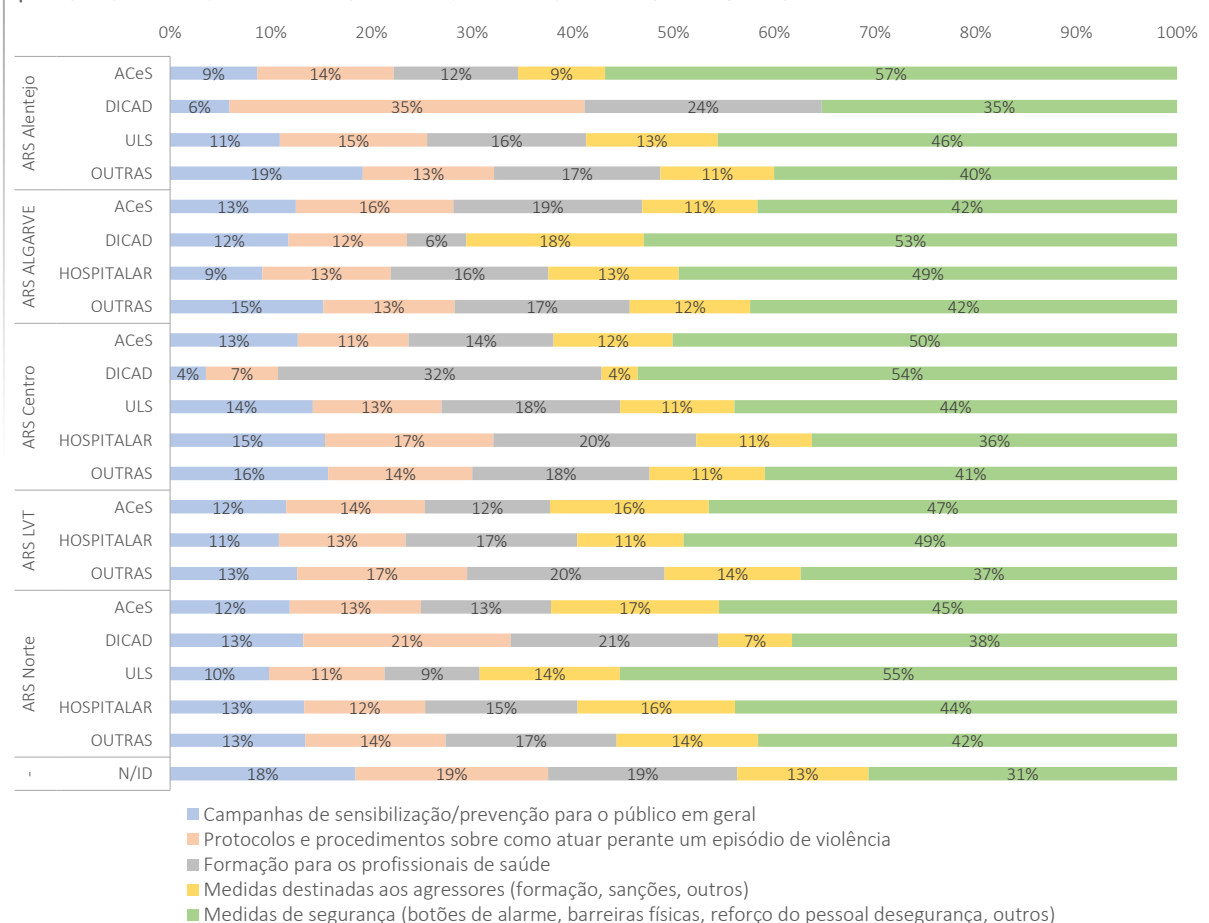
Observando as respostas por tipo de instituição confirmamos que, independentemente do tipo da instituição a que pertencem os profissionais de saúde, a maioria refere as medidas de segurança são o aspeto mais prioritário a ser reforçado, conforme se verifica no gráfico seguinte.

Na perspetiva do profissional o que é mais prioritário para reforçar a segurança (por tipo de Instituição)

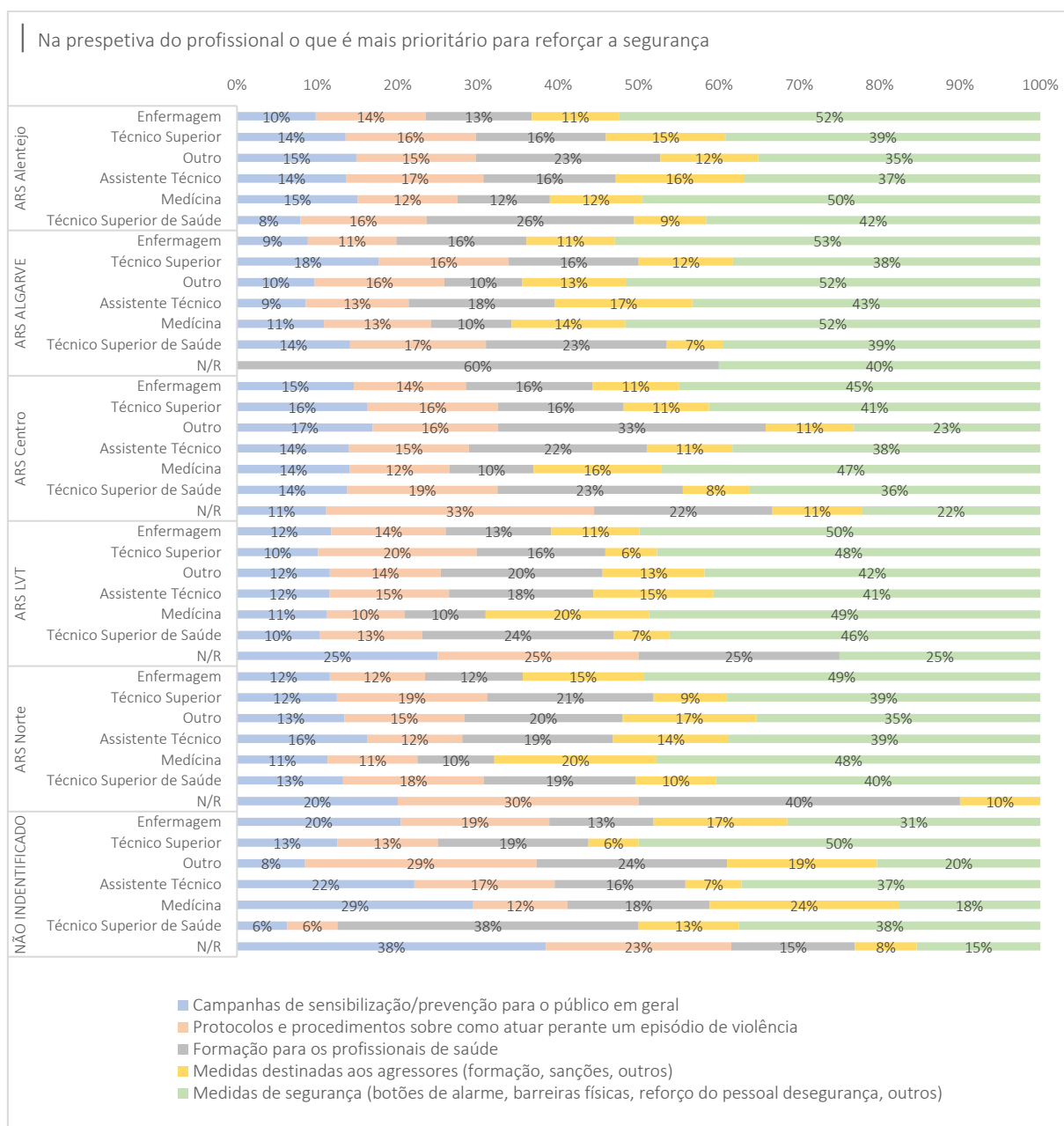


Numa análise às diferentes tipologias de instituição existentes nas diferentes ARS, verificamos que os profissionais mantêm como mais prioritário o reforço das medidas de segurança, sendo que é nos ACeS da ARS Alentejo (57%), nas ULS da ARS Norte (55%) e na DICAD da ARS Centro (54%) onde esta opção foi mais evidente.

Na perspetiva do profissional o que é mais prioritário para reforçar a segurança



Por fim, analisando as respostas das várias categorias profissionais, nas diferentes ARS, podemos afirmar que se mantém o mesmo padrão de resposta, ou seja, independentemente do tipo da região de saúde, do tipo de instituição ou da categoria profissional, em regra, é considerado como mais prioritário para reforçar a segurança do profissional de saúde, o reforço das medidas de segurança no local. Surpreendentes também o facto das medidas destinadas aos agressores (por exemplo sanções) não assumirem, como maior prioridade, um maior volume de respostas.



4. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde (IGSISS)

4.1. Metodologia

Com base no inquérito de segurança realizado e considerando as respostas produzidas, pretendemos organizar um índice de segurança com as várias instituições que reponderam ao inquérito. Para tal, iremos organizar as respostas em 4 grandes grupos de acordo com o ciclo PDCA (*Plan* - planear, *Do* - executar, *Check* – controlar/monitorizar e *Adjust* - ajustar), sendo desta forma mais facilmente avaliado em que área as instituições devem introduzir melhorias. Cada grupo tem uma valorização de 25 pontos, pelo que no seu conjunto podem ser alcançados um total de 100 pontos, sendo que a contribuição de cada uma das variáveis é a que se apresenta de seguida:

- **Planeamento (25 pontos)**
 - Identificação/nomeação do Ponto Focal Institucional do PAPVSS (5 pontos);
 - Identificação/nomeação do Ponto Focal Local do PAPVSS (2 pontos);
 - Identificação do Ponto Oficial de Contacto das Forças de Segurança (5 pontos);
 - Existência de Plano de Segurança (5 pontos);
 - Existência de Protocolos de Atuação perante episódios de violência (5 pontos);
 - Existência de Código de Conduta (3 pontos).
- **Execução (25 pontos)**
 - Desenvolvimento da Avaliação do Risco de Violência (2 pontos);
 - Implementação das recomendações da Avaliação do Risco de Violência (3 pontos);
 - Desenvolvimento de Ações de Formação na área da Violência (3 pontos);
 - Desenvolvimento de Ações de Sensibilização na área da Violência (3 pontos);
 - Medidas de Segurança Implementadas por Unidade de Saúde (5 pontos);
 - Disponibilização de Apoio Clínico (3 pontos);
 - Apoio Psicológico (3 pontos);
 - Disponibilização de Apoio Jurídico (3 pontos).
- **Controlo (25 pontos)**
 - Registos dos Incidentes de Segurança (10 pontos)
 - Conhecimento dos Episódios de Violência Ocorridos (10 pontos)
 - Conhecimento dos Episódios de Violência Ocorridos, por tipologia (5 pontos).
- **Ajustamento (25 pontos)**
 - Monitorização e análise aos episódios de violência (5 pontos)
 - Número de Episódios de Violência (INQSEG) por 1000 profissionais (3 pontos)
 - Número de notificações registadas no Notific@ por 1000 profissionais (3 pontos)

- Sentimento de Segurança dos Profissionais de Saúde (7 pontos)
- Avaliação das medidas de segurança por parte dos Profissionais de Saúde (7 pontos).

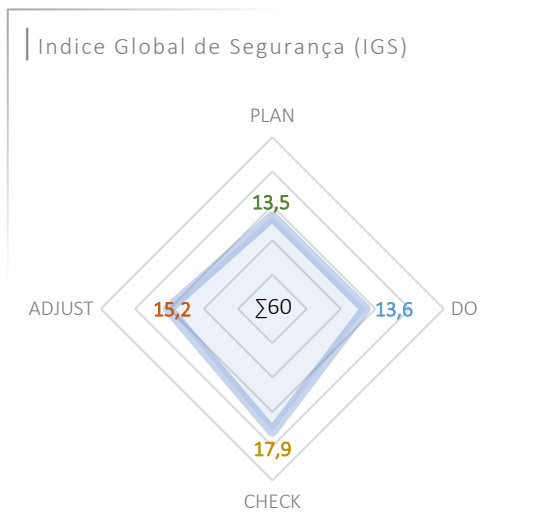
A avaliação de cada variável é concretizada pelas respostas dadas no inquérito de segurança, verificando-se, contudo, algumas particularidades. Em regra, será considerado a percentagem das respostas positivas em cada uma das questões, por exemplo, à pergunta “se existe um plano de segurança” todas as unidades de determinada instituição responderam afirmativamente, então será atribuída a pontuação total naquele indicador. Proceder-se de forma distinta para o indicador referente às medidas de segurança, em que neste caso são contabilizadas as medidas de segurança implementadas e calculada a média por unidade de saúde. As instituições que estiverem acima da média nacional adquirem a totalidade da pontuação e, as restantes, na respetiva proporção desta. A pontuação atribuída ao indicador relativo às notificações por 1000 trabalhadores (informação constante no inquérito de segurança e notifica), é também apurado de forma distinta, assim, se as instituições tiverem conhecimento do mesmo número ou mais de notificações registadas no Notifica, recebem metade da pontuação (as outras não pontuam), indicador que poderá ser incrementada, caso o seu valor seja inferior ao rácio da média nacional (registos por 1000 profissionais), situação em que recebem a totalidade da pontuação, já as que estejam acima do rácio da média nacional são pontuadas de acordo com o respetivo afastamento para a média. No caso das notificações apuradas no Notifica, a sua pontuação decorre da mesma forma.

Quanto à avaliação expressa pelos profissionais de saúde, adquire a pontuação máxima quem obtenha o valor máximo (10 pontos) que os profissionais poderiam expressar em cada uma das questões (sobre o sentimento de segurança e sobre as medidas de segurança), pelo que o valor do indicador é calculado conforme o respetivo afastamento para esta referência.

Por fim, importa salientar que em anexo ao presente relatório (anexo 3 e seguintes), existe uma ficha resumo de cada uma das instituições que responderam ao INQSEG21, que pretende constituir-se como um documento de apoio para que em cada uma delas possam ser implementadas soluções que permitam aumentar os níveis securitários do sistema. Será também elaborada uma ficha para as instituições que, embora não tenham respondido ao INQSEG21, os seus profissionais responderam ao questionário a si dirigido.

4.2. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde (IGSISS)

Neste momento importa referir que a construção deste índice assume uma natureza meramente

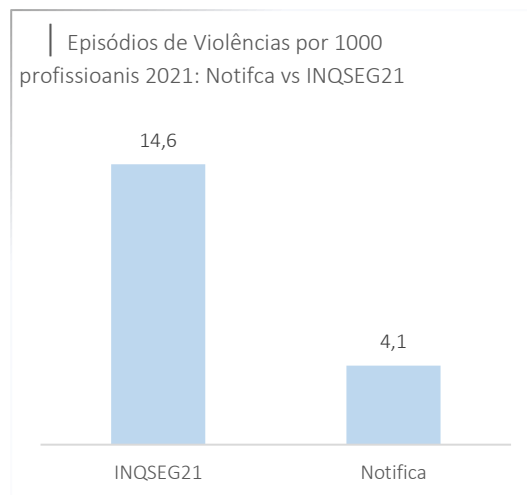
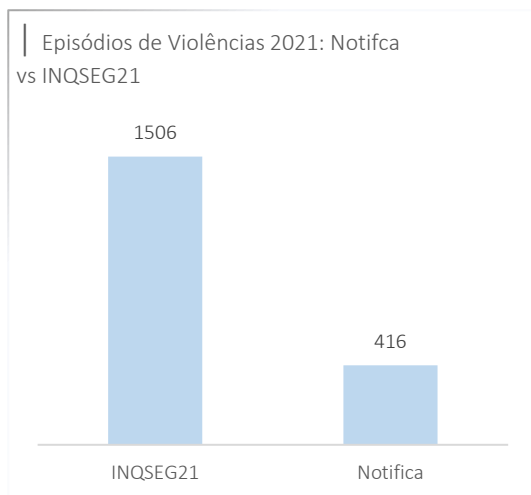


indicativa, no sentido de promover junto das instituições o desenvolvimento de boas práticas de segurança e o reforço de uma cultura de segurança. Desta forma, o índice constitui uma referência, no sentido de se apurar em ocasiões futuras os desenvolvimentos implementados em cada instituição.

Pretendemos, pois, que cada instituição observe a sua ficha de avaliação e segurança (anexo 3 e seguintes), resultante do presente inquérito e procure melhorar de acordo com as recomendações nela constantes.

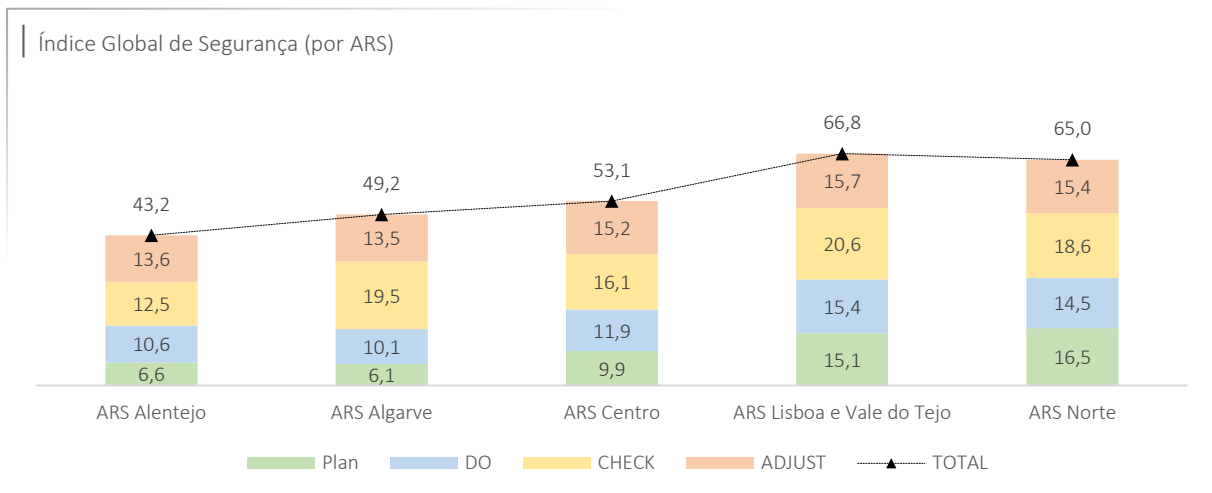
Assim, globalmente as instituições apresentam uma avaliação positiva no índice de segurança (60 pontos em 100 possíveis), verificando-se que há ainda uma larga margem para melhorar ao nível do planeamento do modelo de segurança e da implementação de medidas de segurança e execução de formação, campanhas e apoios aos profissionais de saúde.

Ao nível da monitorização constatamos que individualmente, as instituições têm em regra implementados circuitos de registo das situações de violência, razão pela qual, neste INQSEG foram participados 1506 adverbos adversos relacionados com violência, enquanto que na plataforma Notifica da DGS, apenas estão registados 416 referentes a estas mesmas entidades.



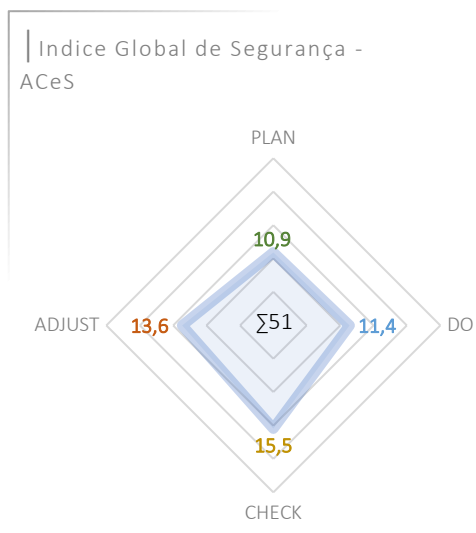
Situando a nossa análise no desempenho das diferentes instituições por localização regional, constatamos que a ARS LVT e ARS Norte apresentam um maior equilíbrio nos diferentes indicadores em análise e, por isso, alcanças perto de 70 pontos (em 100) no índice global de segurança, enquanto que as restantes ARS denotam algum potencial de melhoria ao nível do planeamento e reforço das medidas

de segurança, conforme se verifica no gráfico seguinte.



4.3. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde - ACES

Os ACES alcançaram uma média de 55 pontos (de 100 possíveis), sendo que na sua generalidade verificou-se existir oportunidade para se introduzirem melhorias ao nível do planeamento (10,9 pontos

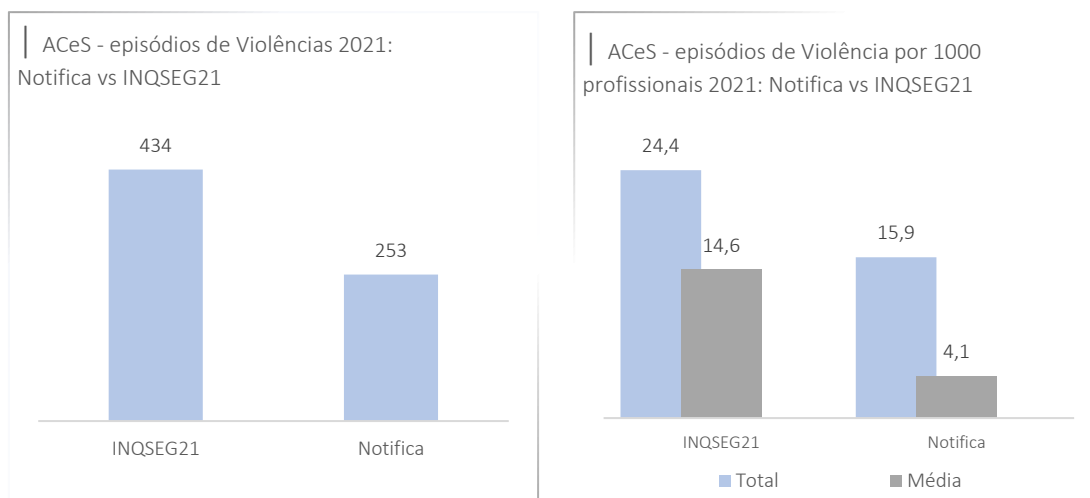


alcançados em 25 possíveis), isto é, a elaboração de planos de segurança e outros documentos que permitam enquadrar todo o fenómeno da violência contra os profissionais de saúde, bem como, da identificação do Ponto Focal Institucional ao abrigo do PAPVSS.

Igualmente, na parte da execução (11,4 pontos alcançados em 25 possíveis), importa que se reforcem as medidas de segurança em muitos locais, bem como, se promova a realização de ações de formação e de

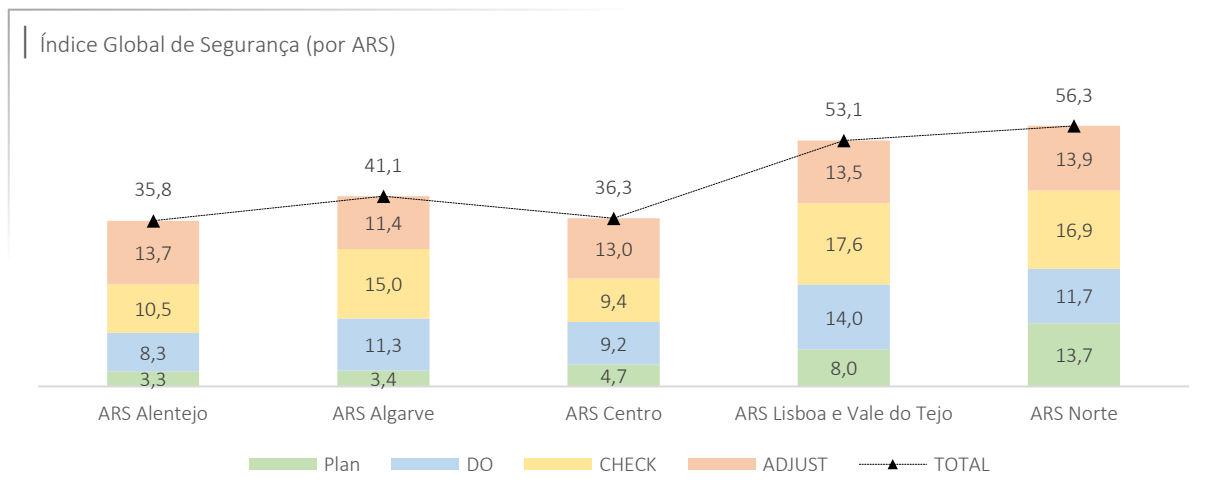
treino junto dos profissionais de saúde. Também os apoios que se pretendem disponibilizar às vítimas de violência em contexto laboral, parecem não estar devidamente difundidas e acessíveis aos profissionais de saúde.

Ao nível da monitorização, a situação é um pouco mais animadora (15,5 pontos alcançados em 25 possíveis), porquanto em grande parte das instituições é feito o registo dos episódios de violência e há um conhecimento, consolidado do quadro de violência existente, quer no geral, quer por tipologia.



Também nos indicadores relacionados com os ajustamentos (13,6 pontos em 25 possíveis), a avaliação é positiva, pois parece existir uma efetiva análise aos episódios de violência, facto realçado por os ACeS terem identificaram no INQSEG21 um volume muito superior de situações de violência (434) do que as que estão registadas na plataforma Notifica da DGS (253), muito embora, em ambas as situações o rácio de situações de violência por cada 1000 profissionais seja muito superior à média nacional (o que contribuiu negativamente para a classificação neste indicador). Também das respostas recolhidas junto dos profissionais de saúde, quer quanto ao sentimento de segurança (6,15 numa escala de 10), quer quanto à avaliação das medidas de segurança implementadas nas unidades (5,03 numa escala de 10), são em média positivas, embora posicionados ligeiramente abaixo das médias nacionais, respetivamente 6,34 e 5,46).

Ao nível das ARS verificamos uma equiparação das ARS Norte e LVT, ambas, posicionadas próximo dos 55 pontos no índice de segurança e onde muitas instituições apresentam medidas implementadas nos vários agrupamentos em análise (PDCA). As restantes regiões de saúde surgem num segundo patamar,

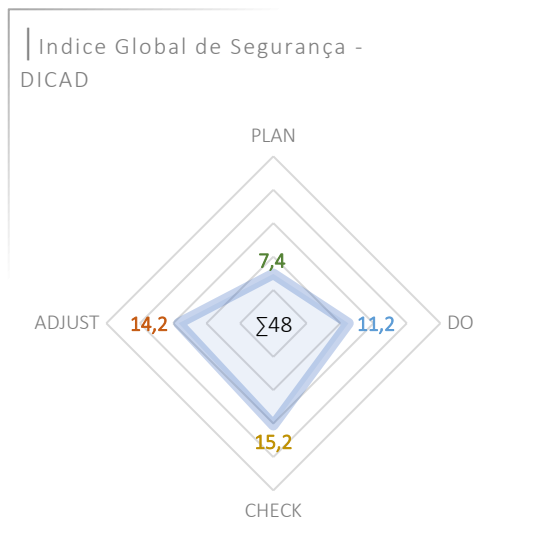


verificando-se a necessidade de estender medidas nas vertentes de planeamento e execução.

Em suma, verifica-se alguma heterogeneidade a nível nacional do contexto situacional de segurança entre os vários ACES, pelo que importa desenvolver de uma forma mais sistémica um quadro de medidas a implementar em todas estas instituições.

4.4. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde - DICAD

As Divisões de Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências obtiveram,

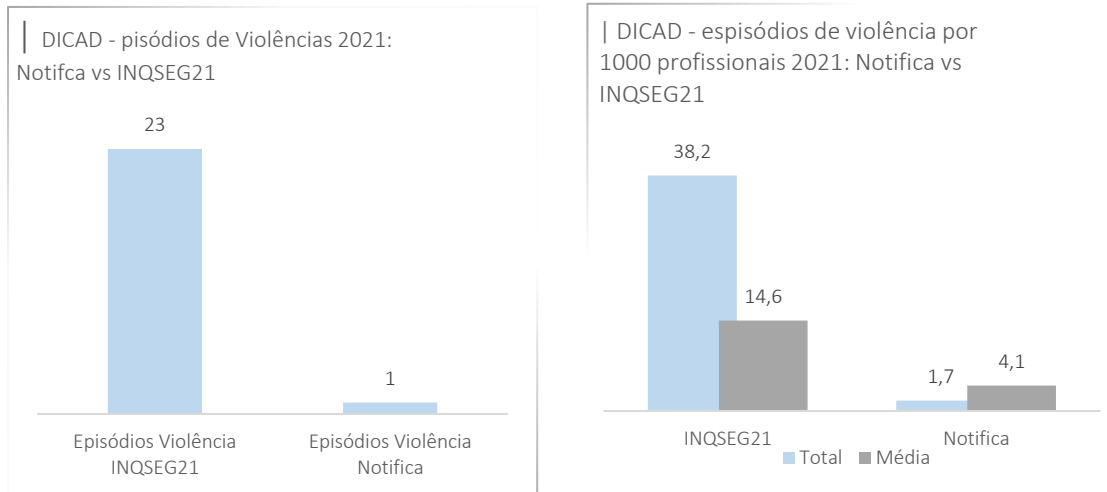


aproximadamente, 48 pontos no Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde, verificando-se a necessidade destas instituições concretizarem um esforço ao nível do planeamento (7,4 pontos em 25), sendo fundamental que desenvolvam todos os documentos (planos, protocolos, códigos de conduta) necessários à sistematização da intervenção em contexto de violência no setor da saúde, que consolidem a estrutura prevista no PAPVSS, nomeadamente, a designação dos pontos focais

institucionais e dos respetivos grupos operativos institucionais, bem como, atendendo à elevada dispersão territorial destas instituições, a nomeação dos pontos focais institucionais.

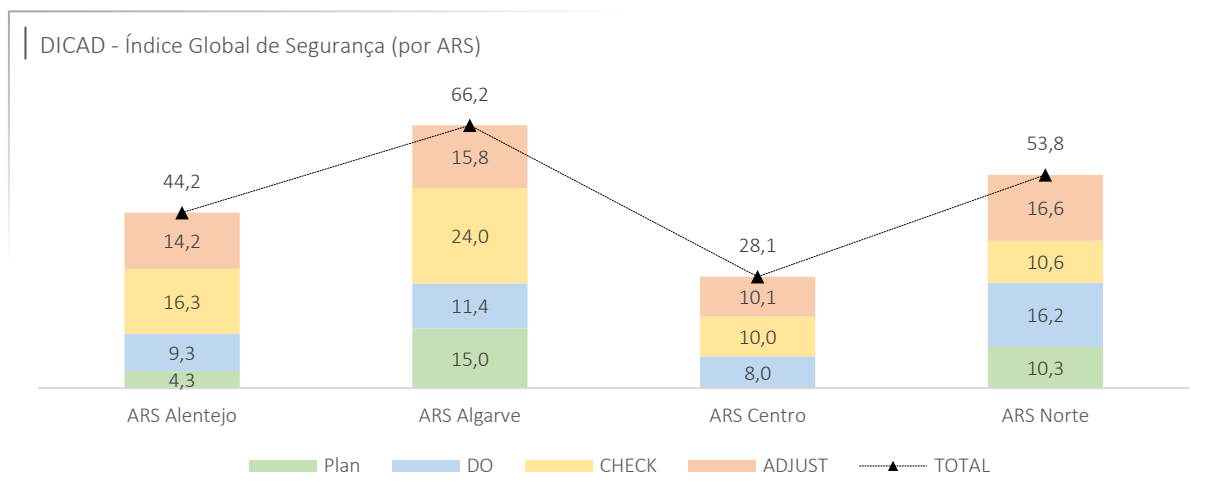
Também ao nível da execução (11,2 pontos em 25), importa incrementar o número de ações de formação e sensibilização, bem como, explicitar a forma de aceder aos apoios dirigidos aos profissionais de saúde vítimas de violência, em concreto, os apoios psicológicos e jurídicos.

No que diz respeito à monitorização (15,2 pontos em 25) a avaliação é mais positiva, porquanto existem circuitos de registo e acompanhamento dos episódios de violência devidamente implementados, razão pela qual, também ao nível das atividades de ajustamento (14,2 pontos em 25) a avaliação é também positiva, verificando-se que o número de situações de que têm conhecimento é muito superior aos registos na plataforma Notifica, contudo, o número de episódios de violência por 1000 profissionais (38,2) é muito superior à média nacional (14,6), mas inferior quando comparados os registos do Notifica (1,7), conforme se espelha nos gráficos seguintes.



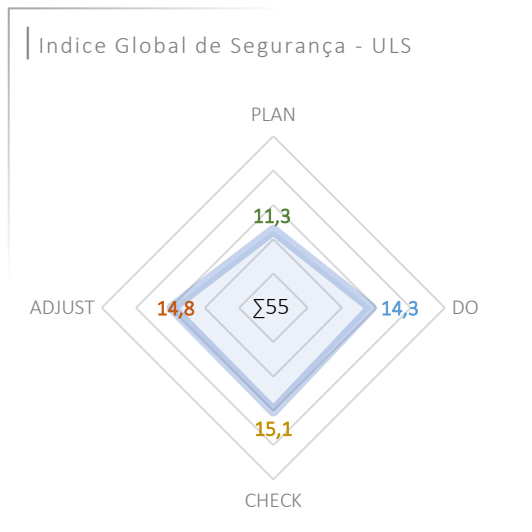
Na avaliação recolhida junto dos profissionais de saúde, os indicadores são positivos e estão em linha com a média nacional, quer no que diz respeito ao sentimento de segurança (6,33), quer da avaliação que os profissionais expressaram quanto às medidas de segurança existentes no seu local de trabalho (5,38).

Numa avaliação regional, expressa no gráfico seguinte, constatamos que é na ARS Algarve e na ARS Norte onde as avaliações são mais positivas e onde o grau de concretização e implementação do PAPVSS é superior. Em sentido contrário, na ARS Centro, é onde se verifica a necessidade de maiores desenvolvimentos na área da prevenção da violência.



4.5. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde - ULS

As ULS são instituições muito particulares na medida em que contemplam na sua estrutura várias

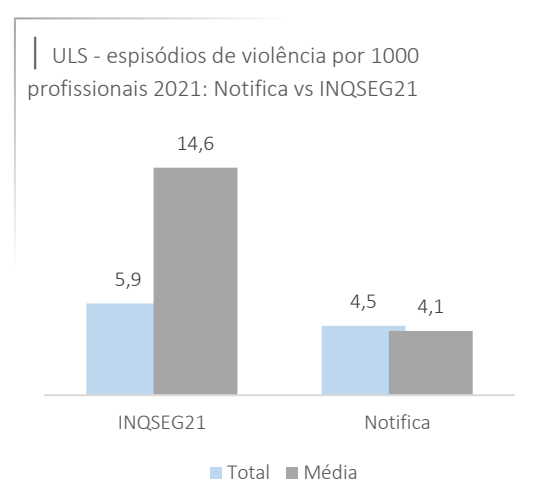
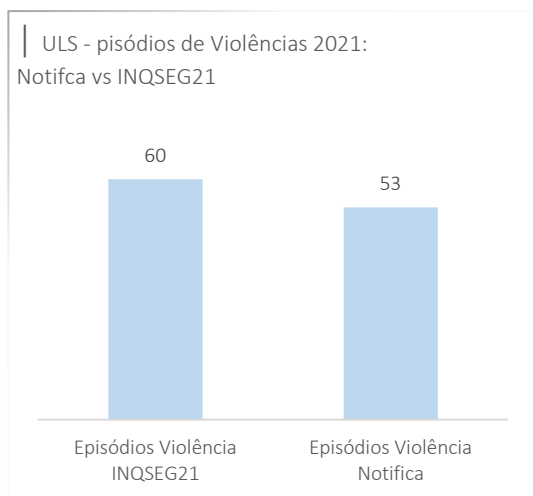


tipologias de unidades de saúde, desde as hospitalares às unidades de saúde primária.

Neste inquérito de segurança as ULS alcançaram uma média próximo dos 55 pontos (de um total de 100 do IGSISS) o que as posicionam num patamar positivo de organização em matéria de segurança. Dos quatro parâmetros em avaliação aqueles onde demonstraram menor capacidade foi na vertente do planeamento (11,3 pontos em 25 possíveis), uma vez que algumas das instituições que responderam ao questionário não

apresentaram de forma consolidada a indicação dos pontos focais e de contacto, bem como, demonstraram ausência de alguns documentos importantes na área da prevenção da violência.

Nos restantes indicadores as avaliações são já positivas, (à volta dos 14 a 15 pontos em 25 possíveis), importando destacar a necessidade de reforçar o volume de ações de formação e sensibilização, bem como as medidas de segurança existentes, cujas respostas ficaram abaixo da média nacional.

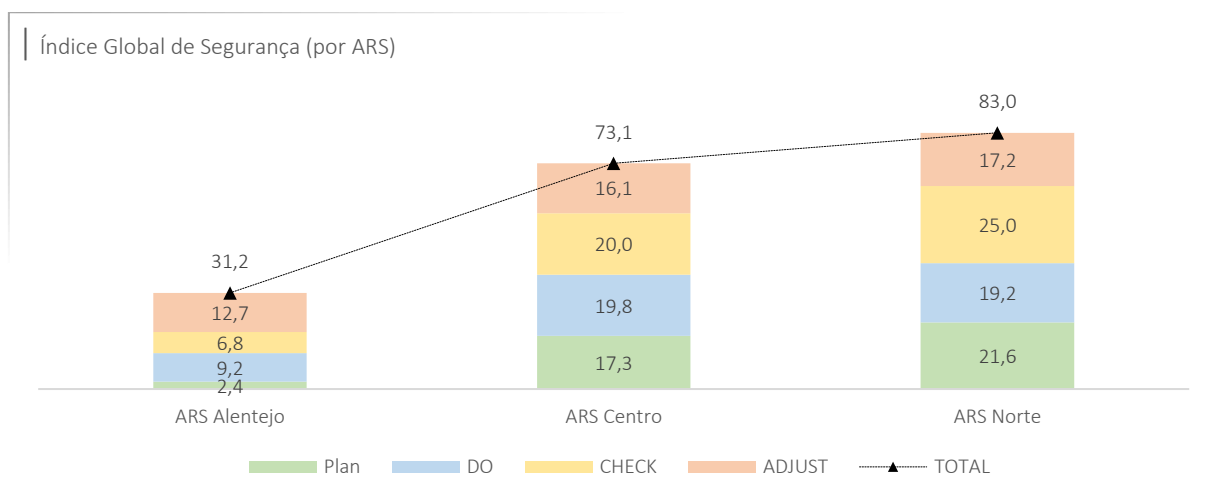


De realçar ainda que o volume de registos referidos no INQSEG21 é apenas ligeiramente superior aos registos existentes no notifica, pelo que podemos inferir que a maioria das instituições usa o sistema da DGS, ou tem a preocupação de fazer respaldar os registos na plataforma. Já ao nível do rácio de episódios de violência por cada 1000 profissionais verificamos que se situa em 5,9, de acordo com a informação recolhida no INQSEG e em 4,1 conforme dados do Notifica, no entanto, se neste último caso o indicador posiciona-se próximo da média nacional, já no caso dos dados do INQSEG21, o indicador (5,9) fica substancialmente abaixo da média nacional apurada (14,6), conforme se retrata nos gráficos

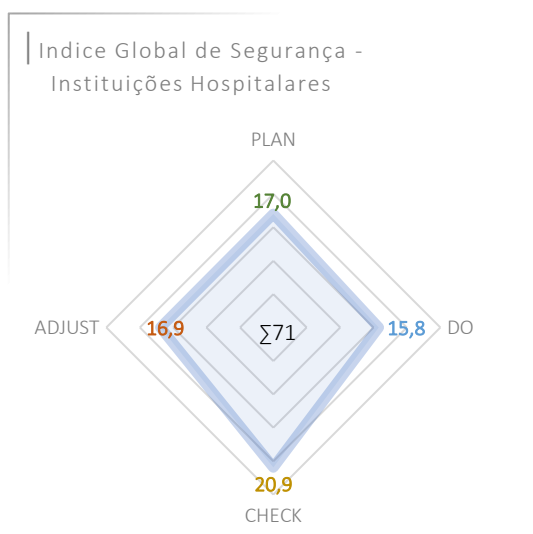
seguintes.

Importa ainda realçar que a avaliação dos profissionais de saúde limitou também um melhor resultado das ULS no IGSISS, porquanto, quer o sentimento de segurança (6,07) ficou abaixo da média nacional (6,34), mas também, especialmente, a avaliação das medidas de segurança por parte dos profissionais de saúde (4,82) posicionou-se consideravelmente abaixo da média nacional (5,46).

Ao nível de cada uma das ARS, podemos afirmar que os resultados globais foram, particularmente, influenciados pelos indicadores das ULS da ARS Alentejo, cuja média global obtida no índice é substancialmente inferior às ULS da ARS Centro e ARS Norte.



4.6. Índice Global de Segurança das Instituições do Setor da Saúde – Cuidados Hospitalares
As instituições hospitalares alcançaram uma média de 71 pontos (em 100) no IGSISS, valor mais elevado entre as diferentes tipologias de instituição que vimos a abordar no presente INQSEG21 e que evidencia a maior organização (e recursos) que as instituições hospitalares detêm, quando comparadas com as restantes.

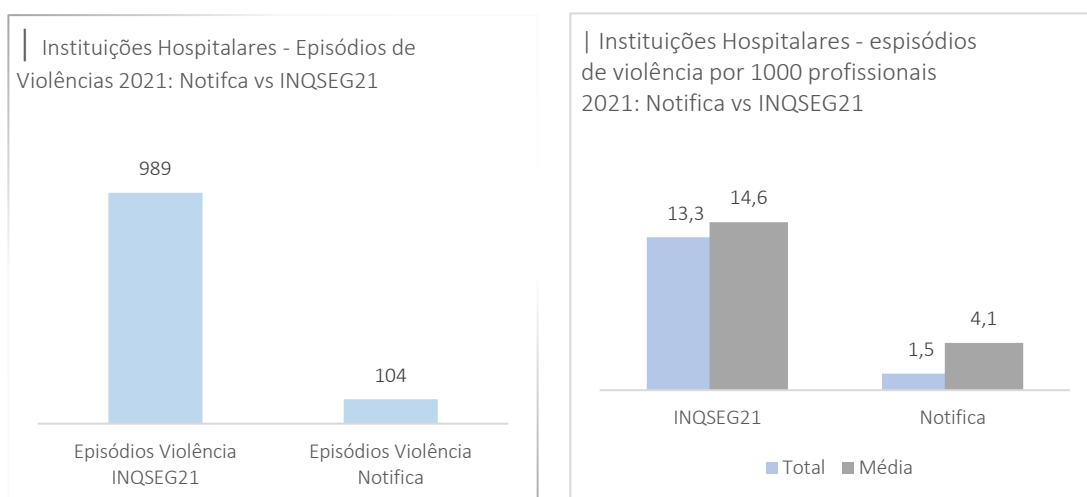


Assim, importa enaltecer o facto de as instituições hospitalares de saúde revelarem bons níveis de planeamento (protocolos de atuação, código de conduta, etc.) e de implementação das estruturas do PAPVSS (17 pontos em 25). Ao nível da execução (16 pontos em 25) constatamos que os indicadores parcelares que menos contribuíram para a pontuação global do indicador foram a pouca realização de ações de sensibilização e formação na área da prevenção da violência, a não realização das avaliações do risco de

violência e implementação das respetivas medidas corretivas, bem como, em alguns casos, a pouca acessibilidade aos apoios aos profissionais de saúde vítimas de violência (apoio psicológico e jurídico).

Na monitorização (21 pontos em 25), a maioria das instituições utiliza sistemas informáticos próprios, razão pela qual asseguram o acompanhamento do fenómeno da violência na respetiva instituição, sucedendo o mesmo, ao nível dos necessário ajustamentos para prevenir novos episódios de violência, ainda que por se tratarem de instituições organicamente mais rígidas e complexas, este processo seja mais difícil.

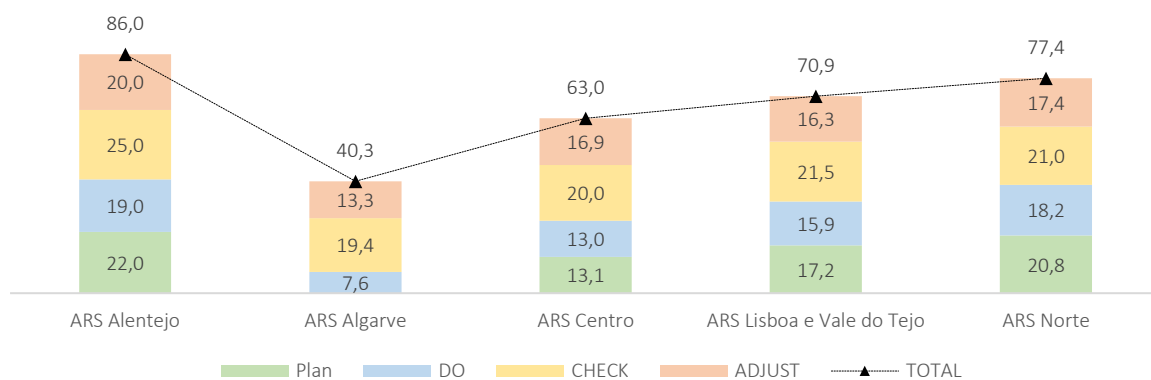
O facto de as instituições hospitalares terem reportado 989 situações de violência no INQSEG21, quando na Plataforma Notifica da DGS apenas estão registadas 104 situações, demonstra que há um efetivo acompanhamento das situações de violência, ainda assim, a média de episódios de violência por cada 1000 profissionais (13,3) é ligeiramente inferior á média nacional. Neste ponto, recordamos novamente, a recomendação deixada em capítulo anterior, sobre a importância das instituições refletirem os seus registos na plataforma da DGS.



Ao nível da avaliação que os profissionais de saúde concretizaram no questionário a eles dirigido, os indicadores são positivos e posicionam-se ligeiramente acima da média nacional, quer no que diz respeito ao sentimento de segurança (6,56), quer da avaliação que os profissionais expressaram quanto às medidas de segurança existentes no seu local de trabalho (5,97).

Numa análise por cada uma das ARS, constatamos que apenas a ARS Algarve se posiciona abaixo da metade da escala do índice, destacando-se a existência de um maior equilíbrio entre as instituições hospitalares a nível nacional, sobressaindo, no entanto, a ARS Alentejo, conforme se verifica no gráfico seguinte.

Instituições Hospitalares - Índice Global de Segurança (por ARS)



Conclusão

Tendo presente o despacho nº 2102/2020 dos Gabinetes do Ministro da Administração Interna e da Ministra da Saúde que cria o Gabinete de Segurança para a Prevenção e o Combate à Violência contra os Profissionais de Saúde e que refere a necessidade de avaliação e gestão das condições de segurança e fatores que potenciem fenómenos de violência contra profissionais de saúde e a implementação de medidas de segurança, em especial no que respeita a instalações, equipamentos, estruturas e circuitos das organizações de saúde, em articulação com o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) e com a Coordenação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), foi desenvolvido o presente Inquérito de Segurança, do qual se enfatiza o seguinte:

- Obtivemos 69% de respostas, face ao universo total de instituições a que foi remetido o questionário;
- 44% das unidades refere a inexistência do Ponto Focal Institucional do PAPVSS;
- 48% conhece o Ponto Oficial de Contacto da PSP ou da GNR, responsável pela sua instituição de saúde;
- 74% tem implementado um circuito de registo dos episódios de violência, quando em 2019 apenas acontecia em 53% das unidades;
- 58% identificou a plataforma Notifica da DGS como instrumento para o registo da violência, quando em 2019 apenas 24% referiu a existência da plataforma Notific@. Contudo, tal como em 2019, na maioria das vezes a plataforma da DGS é referida em complementaridade com outras soluções locais para o registo dos episódios de violência;
- 73% das unidades que têm implementados circuitos de registo dos episódios de violência realizam a respetiva análise aos mesmos (em 2019 apenas 54% das unidades o fazia), retirando ilações e propondo medidas corretivas;
- Foram referidos no inquérito 1506 episódios de violência (+1% que em 2019, que foram 1493), dos quais:
 - 21% por violência física;
 - 15% assédio moral;
 - 60% violência psicológica que não o assédio moral;
 - 4% violência patrimonial;
- 8% das instituições concentram 49% dos episódios de violência e 35% das instituições concentram 90% dos episódios de violência;
- Em 79% das instituições não existe qualquer plano de segurança, no entanto, em 2019, 85% referiu a ausência deste documento;

- Em 51% não existem protocolos de atuação ou circuitos definidos (68% em 2019);
- Em 63% das unidades não existe código de conduta (93% em 2019);
- Das várias medidas de segurança implementadas nas unidades de saúde, destacam-se, entre outras, as seguintes medidas:
 - Em 67% dos locais existem barreiras de separação entre funcionários e utentes (62% em 2019);
 - Em 54% existem circuitos de atendimento e espera delimitados (igual a 2019);
 - Em 47% dos locais existem agentes de segurança privada (46% em 2019)
 - Em 6% dos locais foi ainda referido a existência de mecanismos de alarme (7% em 2019), tendo-se apurado a existência de 821 botões de pânico (292 “botões de pânico” em 2019);
- A intervenção das forças de segurança é descrita por 60% das instituições como boa ou muito boa, não existindo avaliações negativas;
- A intervenção da segurança privada é descrita por 61% das instituições como boa ou muito boa, mas 4% considera a qualidade do serviço prestado pela segurança privada como mau ou muito mau;
- Apenas 13% das unidades ministrou formação na área da violência (22% em 2019), tendo sido referido a participação de 2652 profissionais de saúde nas mesmas;
- Em apenas 19% das unidades foram desenvolvidas ações/campanhas de sensibilização na área da violência sobre os profissionais de saúde (7% em 2019);
- No que diz respeito aos apoios prestados aos profissionais de saúde, no seguimento de um episódio de violência, foi referido o seguinte:
 - 66% dispõe de circuitos definidos para a prestação de apoio clínico (44% em 2019);
 - 51% dispõe de circuitos definidos para a prestação de apoio psicológico (43% em 2019);
 - 42% dispõe de circuitos definidos para a prestação de apoio jurídico (38% em 2019);
 - 11% dispõe de circuitos definidos para a prestação de apoio judicial (17% em 2019).
- 43% das instituições considera como mais prioritário a implementação de planos e protocolos de procedimentos sobre como atuar perante situações de violência;
- 76% dos profissionais de saúde sentem-se seguros no seu local de trabalho, mas apenas 63% considera que as medidas de segurança existentes são adequadas.
- 44% dos profissionais de saúde considera como mais importante e prioritário a implementação e reforço das medidas de segurança no seu local de trabalho;
- Globalmente a apreciação de segurança realizado sobre as instituições que responderam ao inquérito de segurança 2021 é positivo,

- Aproximadamente 62% das instituições que responderam ao inquérito apresentam um padrão de segurança pelo menos satisfatório, muito embora as restantes, em especial os ACES, expõem a necessidade de se desenvolver um elevado esforço para melhorar a organização de segurança.

Lisboa, 19 de outubro de 2022,

ANEXOS

Anexo 1 – Formulário do Inquérito de Segurança – Instituições

Anexo 2 - Formulário do Inquérito de Segurança – Profissionais de Saúde

Anexo 3 a Anexo 77 – Ficha Avaliação de Segurança das instituições

Inquérito de Segurança 2021

Tendo presente o despacho nº 2102/2020 dos Gabinetes do Ministro da Administração Interna e da Ministra da Saúde que cria o Gabinete de Segurança para a Prevenção e o Combate à Violência contra os Profissionais de Saúde e que refere a necessidade de avaliação e gestão das condições de segurança e fatores que potenciem fenómenos de violência contra profissionais de saúde e a implementação de medidas de segurança, em especial no que respeita a instalações, equipamentos, estruturas e circuitos das organizações de saúde, em articulação com o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) e com a Coordenação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS).

Considerando a RCM 1/2022, que aprova o PAPVSS, e prevê na sua medida 14 a avaliação do risco de violência nos diversos serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Atendendo à realização do Inquérito de Segurança em 2020, cujos resultados foram já difundidos pelas várias instituições que responderam ao mesmo.

Importa proceder a uma nova avaliação de segurança (Inquérito de Segurança 2021), comparando resultados, pelo que se solicita o preenchimento do presente inquérito.

Por favor, marque a resposta que melhor expressa a realidade ou escreva (consoante a situação).

Agradecemos a sua colaboração.

1. A que ARS pertence? *

- ARS Norte
- ARS Centro
- ARS Lisboa e Vale do Tejo
- ARS Alentejo
- ARS Algarve

2. Qual a sua Instituição de Saúde? *

3. Caso na pergunta anterior tenha selecionado a opção "outro", indique qual a instituição: *

Caso a instituição de saúde tenha vários edifícios, ou seja, edifícios que não estejam localizados no mesmo complexo, deve ser preenchido um inquérito por cada um deles.

4. Qual o Concelho onde se localiza o edifício ou complexo em análise neste inquérito? *

5. Qual a Freguesia onde se localiza o edifício ou complexo em análise neste inquérito? *

6. Qual a morada completa deste edifício? *

7. Identifique a(s) unidade(s)/departamento(s)/serviço(s) existentes neste edifício: *

8. Qual a força de segurança responsável pelo policiamento onde se insere este edifício? *

- Polícia de Segurança Pública (PSP)
- Guarda Nacional Republicana (GNR)
- Não sabe

9. Quantos trabalhadores prestam serviço neste edifício?

(quer a tempo total, quer parcial) *

Relativamente ao edifício anteriormente identificado e considerando o ano de 2021, responda às seguintes questões:

10. Existe algum responsável de segurança?

(O Responsável de Segurança é a pessoa que deverá promover pela manutenção de ambientes de trabalho seguros. Por exemplo, o Ponto Focal Institucional / Local do PAPVSS). *

Sim

Não

11. Se sim, a que serviço pertence?

12. É feito o registo dos episódios de violência? *

Sim

Não

13. Se faz o registo dos episódios de violência, indique como: *

Acidente em Serviço

Plataforma Notifica da DGS

HER +

Livro de Registo / Livro de Bordo de cada Unidade

Formulário próprio interno

Por e-mail para hierarquia

Outro

14. **Se outro, descreva:**

15. **É feita a monitorização e análise (causa raiz) dos episódios de violência registados? ***

Sim

Não

16. **Se, sim, por quem (função)?**

17. **Sabe quantos episódios de violência ocorreram neste edifício em 2021? ***

Sim

Não

18. **Se sim, quantos? ***

19. **É possível quantificar o número de episódios de violência por tipologia? ***

Sim

Não

20. **Quantos episódios de Violência Física?**

Engloba atos como empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver, inclusive, tentativa ou, mesmo, homicídio da vítima

*

21. Quantos episódios de Violência Psicológica (exceto assédio moral)?

Inclui insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revista a objetos pessoais (ex., agenda, telemóvel, computador), privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros. Muito embora seja difícil operacionalizar o conceito de violência psicológica, ela é geralmente descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano, também simbólico em quem é vítima, ou em que haja a intenção de causar danos nesta

*

22. Quantos episódios de Assédio Moral?

Comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em fator de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador

*

23. Quantos episódios de Violência Sexual?

Passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação no contexto conjugal, que muitas vezes não é entendida pelas vítimas enquanto tal

*

24. Quantos episódios de Violência contra o Património?

Violência exercida sobre as coisas da vítima como meio indireto de agressão física ou como meio de pressão psicológica.

*

25. Existe algum Plano de Segurança e Prevenção da Violência que contemple a prevenção e atuação em casos de episódios de violência? *

Sim

Não

26. **Existem protocolos de atuação/normas ou procedimentos formais sobre como atuar perante um episódio de violência? ***

Sim

Não

27. **Existe algum código de conduta para o combate ao assédio no local de trabalho? ***

Sim

Não

28. **Foi realizada ou revista a avaliação do risco de violência? ***

Sim

Não

29. **Foram implementadas algumas medidas decorrentes da avaliação do risco? ***

Sim

Não

30. **Foi ministrada formação sobre a prevenção da violência no local de trabalho? ***

Sim

Não

31. **Se sim, quantas pessoas receberam a formação? ***

32. **No último ano foram elaboradas sessões de sensibilização para a prevenção da violência contra os profissionais de saúde? ***

Sim

Não

33. **Das seguintes medidas de segurança indique quais existem/estão implementadas? ***

Segurança Privada

Posto Policial da PSP existente no edifício

Posto Policial da GNR existente no edifício

Elementos da PSP em em Regime de Remunerado

Elementos da GNR em em Regime de Remunerado

Mecanismos de Alarmística (por exemplo botões de pânico).

Sistema de video-vigilância

Existência de Portas de Fuga.

Barreira para separação entre funcionários e utentes (por exemplo nos balcões de atendimento).

Controlos de acesso com mecanismos eletrónicos.

Controlos de acesso com elementos da segurança privada.

Circuitos de atendimento e espera delimitados. (gabinetes separados dos locais receção e espera dos utentes)

Áreas reservadas aos profissionais separadas das áreas de atendimento e receção.

Reorganização de espaços dos gabinetes de forma a permitir a fuga.

Linhas telefónicas diretas para a segurança.

...

34. **Se referiu "outras" medidas de segurança, descreva:**

35. **Existem vigilantes de segurança privada no edifício? ***

Sim

Não

36. **Se tem Segurança Privada indique se estão em permanência? ***

Sim

Não

37. **Quantos elementos da Segurança Privada em simultâneo?**

38. **Como avalia o serviço prestado pelos elementos de segurança privada? ***

	Muito Mau	Mau	Suficiente	Bom	Muito Bom
Proatividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Globalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. **Existem elementos da PSP ou GNR em permanência total ou parcial no edifício? ***

- Sim
- Não

40. **Se existem elementos da PSP ou da GNR em permanência total ou parcial no edifício, indique quantos em simultâneo? ***

41. **Como avalia o serviço prestado pelos elementos da PSP e GNR em serviço remunerado? ***

	Muito Mau	Mau	Suficiente	Bom	Muito Bom
Proatividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Globalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. **Se existem botões de "pânico" no edifício, indique quantos: ***

43. **Que apoios são assegurados aos profissionais de saúde, vítimas de violência no local de trabalho? ***

- Clínico
- Psicológico
- Jurídico (por exemplo o esclarecimento de dúvidas no âmbito do processo de criminal)
- Judicial (por exemplo, patrocínio de advogado, pagamento de custas judiciais, etc.)

44. Está nomeado o Ponto Focal Institucional / Grupo Operativo Institucional do PAPVSS da sua instituição? *

Sim

Não

45. Está nomeado o Ponto Focal Local / Grupo Operativo Local do PAPVSS das unidades existentes neste edifício? *

Sim

Não

46. Quem acompanha os profissionais de saúde vítimas de violência, até à sua recuperação? *

Ponto Focal PAPVSS

Superior Hierárquico

Não está definido

Outro

47. Sabe quem é o Ponto Oficial de Contacto da PSP ou GNR designado para a sua instituição? *

Sim

Não

48. O que pensa ser necessário para melhorar a segurança dos profissionais de saúde que trabalham no edifício em análise? Organize do mais importante ao menos importante.

*Utilize as setas do lado direito de cada uma das opções e ordene de acordo com a sua importância. **

Plano e protocolos de procedimentos sobre como atuar perante episódios de violência

Medidas destinadas aos agressores

Campanhas de prevenção para o público em geral

Formação no âmbito da prevenção da violência para os profissionais de saúde

Inquérito de Segurança 2021 - Profissionais de Saúde

A violência no setor da saúde é um processo que afeta a vários níveis os profissionais de saúde, sendo essencial termos uma visão o mais próximo possível da realidade.

Assim, convidamo-lo(a) a participar através do preenchimento do questionário que se segue, que demorará cerca de 3 minutos e cujas respostas serão totalmente anónimas e confidenciais. As respostas serão objeto de tratamento estatístico agregado e não de uma análise individual.

Os dados serão apresentados por instituição (por ex ACeS ou Hospital) e não por serviço ou unidade.

O questionário é da responsabilidade do Gabinete de Segurança para a Prevenção e Combate à Violência contra os Profissionais de Saúde (Gabinete de Segurança), e apenas o coordenador do Gabinete de Segurança terá acesso à base de dados.

Agradecemos a sua colaboração,

1. A que Instituição de Saúde pertence?

2. Qual a sua categoria profissional?

- Medicina
- Enfermagem
- Técnico Superior de Saúde
- Técnico Superior
- Assistente Técnico
- Outro

3. Qual a sua idade?

- +60
- 40 a 60
- 20 a 39
- 20

Considerando Segurança como uma manifestação de bem-estar e de ausência de preocupações pessoais (por exemplo, de sofrer violência no local de trabalho), responda às seguintes questões.

4. Quão seguro(a) se sente no seu local de trabalho?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada seguro

Extremamente seguro

5. Como considera as medidas de segurança existentes no seu local de trabalho

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada Adequadas

Extremamente Adequadas

6. No âmbito da sua atividade profissional, em 2021, com que frequência se sentiu inseguro(a)? *

- Raramente
- Poucas Vezes
- Algumas Vezes
- Bastantes Vezes
- Não sabe/responde

7. O que pensa que se poderia fazer para melhorar a segurança no local de trabalho (coloque por ordem decrescente de importância. No topo, coloque a mais importante e, na base, a menos importante)?

Utilize as setas do lado direito de cada uma das opções e ordene de acordo com a sua importância.

Campanhas de sensibilização/prevenção para o público em geral
Formação para os profissionais de saúde
Medidas de segurança (botões de alarme, barreiras físicas, reforço do pessoal de segurança, outros)
Protocolos e procedimentos sobre como atuar perante um episódio de violência
Medidas destinadas aos agressores (formação, condições, outros)

