RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

VIOLÊNCIA CONTRA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE: UM ESTUDO QUALITATIVO

VIOLENCE AGAINST HEALTH PROFESSIONALS IN THE CONTEXT OF A COMMUNITY CARE UNIT: A QUALITATIVE STUDY

VIOLENCIA CONTRA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN COMUNITARIA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Cátia Leira[1,2], Maria João Ferreira[3], Joana Nobre[4,5].

[1]Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central,
[2]Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal,
[3]Unidade de Cuidados na Comunidade Amadora+,
[4]Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre,
[5]VALORIZA – Research Center for Endogenous Resource Valorization.

Recebido/Received: 03-08-2023 Aceite/Accepted: 23-08-2023 Publicado/Published: 28-08-2023

DOI: http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(3).630.79-98

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2023 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2023 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 9 N.º 3 AGOSTO 2023

RESUMO

Introdução: A prestação de cuidados em contexto domiciliário e comunitário implica o contacto com a população fora do ambiente institucional, revelando-se um contexto muitas vezes desconhecido e pouco seguro, propenso a situações de violência. Esta traduz-se como um fenómeno de elevado impacto não só na saúde, como nas organizações e na economia. Pretende-se identificar as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados na Comunidade da região de Lisboa e Vale do Tejo, na área da segurança dos profissionais de saúde, na dimensão da prevenção da violência sobre os profissionais de saúde.

Métodos: Estudo exploratório, descritivo e transversal, de natureza qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, no período de junho de 2022 e abril de 2023. Amostra por conveniência constituída pelos profissionais de saúde que integravam a equipa multidisciplinar desta Unidade, mediante critérios de inclusão e exclusão pré-definidos.

Resultados: Verificou-se a escassa formação relativamente à temática da violência contra os profissionais de saúde. Constatou-se a desvalorização das situações de violência ocorridas no âmbito da atividade profissional, traduzindo-se numa subnotificação das mesmas, para além do desconhecimento relativamente aos procedimentos subsequentes.

Conclusão: É necessário capacitar e formar os profissionais de saúde das Unidade de Cuidados na Comunidade quanto ao fenómeno da violência sobre os profissionais no âmbito da atividade profissional, bem como dos procedimentos subsequentes, nomeadamente a notificação, permitindo definir estratégias para lidar com este fenómeno.

Palavras-chave: Notificação de Acidentes de Trabalho; Profissional de Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar; Serviços de Saúde Comunitária; Violência no Trabalho.

ABSTRACT

Introduction: Providing care in the home and community implies contact with the population outside the institutional environment, which is often an unknown and unsafe context, prone to situations of violence. Violence is a phenomenon that has a major impact, not only on health, but also on organisations and the economy. The aim is to identify the needs felt by health professionals in a Community Care Unit in the Lisbon and Tagus Valley region, in the area of health professional safety, in the dimension of preventing violence against health professionals.

Methods: An exploratory, descriptive and cross-sectional study of a qualitative nature, using semi-structured interviews and content analysis, between June 2022 and April 2023. Convenience sample made up of health professionals who were part of the multidisciplinary team at this Unit, using pre-defined inclusion and exclusion criteria.

Results: There was little training on the subject of violence against health professionals. It was noted that situations of violence occurring within the scope of professional activity were undervalued, resulting in their underreporting, as well as a lack of knowledge regarding subsequent procedures.

Conclusion: It is crucial to train health professionals in Community Care Units on the phenomenon of violence against professionals in the context of their professional activity, as well as the subsequent procedures, namely notification, which will allow them to define strategies for dealing with this phenomenon.

Keywords: Community Health Services; Health Personnel; Home Care Service; Occupational Accidents Registry; Workplace Violence.

RESUMEN

Introducción: La prestación de cuidados en contexto domiciliario y comunitario implica el contacto con la población fuera del ámbito institucional, revelándose como un contexto muchas veces desconocido e inseguro, propenso a situaciones de violencia. Esto se traduce como un fenómeno de alto impacto en la salud, en las organizaciones y en la economía. El objetivo es identificar las necesidades percibidas por los profesionales de la salud en una Unidad de Ciuidados en la Comunidad en la región de Lisboa y Valle del Tajo, en el área de seguridad de los profesionales de la salud, en la dimensión de prevención de la violencia contra ellos.

Métodos: Estudio exploratorio, descriptivo y transversal, de naturaleza cualitativa, utilizando entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido, de junio de 2022 a abril de 2023. La muestra por conveniencia consistió en los profesionales de la salud que formaban parte del equipo multidisciplinario de esta Unidad, según criterios de inclusión y exclusión predefinidos.

Resultados: Hubo poca capacitación sobre el tema de la violencia contra los profesionales de la salud. Se observó una desvalorización de las situaciones de violencia ocurridas en el ámbito de la actividad profesional, traduciéndose en subregistro de las mismas, además de un desconocimiento de los procedimientos posteriores.

Conclusión: Es necesario capacitar los profesionales de la salud de las Unidades de Cuidados en la Comunidad sobre el fenómeno de la violencia contra los profesionales en el ámbito

de la actividad profesional, así como los procedimientos posteriores, especialmente la notificación, para poder establecer estrategias para abordar este fenómeno.
Descriptores: Notificación de Accidentes del Trabajo; Personal de Salud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Salud Comunitaria; Violencia Laboral.

INTRODUÇÃO

Os riscos psicossociais, em contexto de trabalho, apresentam-se como um desafio atual e pertinente para a saúde e segurança dos trabalhadores. Encontram-se relacionados com a natureza e as condições de realização da atividade profissional, dos riscos presentes no trabalho e no modo de organização e gestão dos serviços e programas de saúde[1], encontrando-se ligados a problemas no trabalho como o *stress* e violência[2,3].

No âmbito da atividade profissional, a violência apresenta-se como um dos problemas mais graves existentes no setor saúde, sendo que os profissionais de saúde apresentam um elevado risco de violência em todo o mundo[4].

A Organização Internacional do Trabalho considera a violência e assédio como um conjunto de comportamentos e práticas consideradas como inaceitáveis, ou ameaças dos mesmos, quer ocorra uma vez ou repetidamente, e que resultam ou podem resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou económicos[5]. Assim, a violência apresenta-se como um fenómeno complexo e multicausal, resultando em efeitos nefastos para os profissionais[3], a curto e longo prazo, variando desde a intensidade das lesões físicas, passando pelo trauma psicológico, bem como a ocorrência de situações de incapacidade temporária a permanente e, inclusivamente, a morte[3,4]. Contudo, as consequências também se manifestam a nível económico, pelos custos relacionados com a alteração do normal desenvolvimento das atividades, a diminuição da produtividade, o absentismo, os prémios de seguros e o usufruto dos serviços de saúde para acompanhamento após ocorrência da situação[4,6].

Conclui-se que estas situações afetam negativamente a prestação, a qualidade e a acessibilidade dos cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde[6,7], constituindo-se um obstáculo à sustentabilidade dos serviços devido às possíveis repercussões a nível da organização e na relação de trabalho, bem como no próprio desemprenho dos profissionais[8].

Apesar da violência contra os profissionais de saúde ser um problema fortemente reconhecido, é difícil de quantificar devido à sua subnotificação. Ainda que os estudos revelem elevadas taxas de violência contra profissionais de saúde, estatisticamente os relatórios apresentam dados bastante inferiores[9].

Encontram-se igualmente afetados tanto os profissionais envolvidos na prestação de cuidados a nível institucional como não institucional[4].

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), ao pretenderem melhorar o estado de saúde da população que se encontra na sua área geográfica de intervenção, revela um forte contexto de atividade no âmbito domiciliário e comunitário[10], ou seja, a nível não institucional.

Devido à natureza única destas unidades, ao prestarem cuidados em contexto domiciliário e comunitário, verifica-se a importância de um ambiente seguro e saudável para os profissionais de saúde que trabalham nesta área, o que evidencia o fenómeno da violência contra os profissionais de saúde no âmbito da sua atividade profissional nestes contextos como um problema relevante e contínuo.

Apesar de existirem diversos estudos sobre violência no local de trabalho contra profissionais de saúde em contexto domiciliário, na realidade não existem estudos relativos a, especificamente, UCC. Portanto, o objetivo deste estudo consiste em identificar as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde de uma UCC da região de Lisboa e Vale do Tejo, na área da segurança dos profissionais de saúde, na dimensão da prevenção da violência sobre os profissionais de saúde, realizando o Diagnóstico de Saúde desta população-alvo. De acordo com os resultados obtidos pretende-se, posteriormente, elaborar e desenvolver intervenções eficazes que visem dar resposta às necessidades sentidas pela população alvo, contribuindo para ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, de carácter exploratório, descritivo e transversal, recorrendo à entrevista e à técnica de análise de conteúdo.

Foi utilizada a *checklist Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)[11] como guia metodológico deste artigo.

Seleção dos participantes

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde da UCC, tendo-se recorrido à amostragem por conveniência. Definiram-se como critérios de inclusão: a) prestar cuidados diretos ao utente, à data da colheita de dados, e b) não estar ausente ao serviço. Dois investigadores (CL e MJB) determinaram todos os participantes elegíveis e, posteriormente, dessa lista elaborada, um investigador (CL), convidou pessoalmente cada participante. O número

total de participantes que constituíram a amostra foi condicionada pela saturação da informação obtida. A participação dos profissionais de saúde foi voluntária, não tendo existido havido recurso a compensações monetárias ou outras ofertas como incentivo à participação.

Contexto

As entrevistas foram realizadas presencialmente, nas instalações da UCC, em horário previamente acordado, conforme disponibilidade dos participantes. Decorreram apenas na presença de um investigador (CL) e do participante.

Cada entrevista teve uma duração média de 13 minutos, com uma duração que variou entre 7 a 25 minutos.

Colheita de dados

Procedeu-se, inicialmente, a uma estratégia de pesquisa, verificando-se a inexistência de um instrumento de colheita de dados que respondesse às ambições pré-estabelecidas. Deste modo, foi elaborado um guião de entrevista semi-estruturada, sendo que as questões foram contruídas segundo os objetivos do estudo, dividindo-se em quatro partes temáticas:

- Parte I – caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais da UCC, com aplicação de questões de resposta fechada relacionadas com o género, idade, habilitações académicas, número total de anos de exercício profissional e na UCC, áreas/projetos de intervenção onde exercem funções na UCC e a realização de formação na área da violência no trabalho;

- Parte II – caracterização do contexto de prestação de cuidados na comunidade: a) Considera que o contexto de prestação de cuidados na comunidade pode gerar ambientes vulneráveis, inseguros e propensos à violência? Quais os motivos que o levam a considerar isso?, b) Que medidas/comportamentos adota na prestação de cuidados na comunidade para minimizar o risco de gerar ambientes vulneráveis, inseguros e propensos à violência?;

- Parte III – Caracterização da frequência e do tipo de violência na prestação de cuidados na comunidade: a) O que entende por violência sobre os profissionais de saúde? Que tipo de situações enquadraria neste conceito?, b) Na sua atividade profissional, na prestação de cuidados na comunidade, vivenciou alguma situação de violência? (em caso de resposta negativa a entrevista terminará), c) Pode explicitar que tipo de situação, o número de vezes que ocorreu, descrevendo sumariamente a situação, nomeadamente o contexto, a caracterização do agressor, como reagiu? d) Considera que ter vivenciado este tipo de situação teve impacto na sua vida? De que forma? Como tentou ultrapassar estas consequências?; e

- Parte IV – caracterização da notificação de uma situação de violência na prestação de cuidados na comunidade: a) Após a situação vivenciada, notificou alguém?, b) Se não o fez, quais os motivos?, c) Se o fez, como procedeu e quem notificou?, d) Considerando uma escala de 0 a 5, em que 0 é nada satisfeito e 5 muito satisfeito, como considera o encaminhamento da situação? E o desfecho?

Recorreu-se à audiogravação de cada entrevista, com posterior transcrição.

A elaboração do guião de entrevista, a colheita e análise de dados, foi realizada entre junho de 2022 e abril de 2023.

Análise dos dados

Relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, procedeu-se a uma análise estatística descritiva com o cálculo da frequência absoluta e relativa, da média e do desvio padrão, com recurso ao programa Excel® versão 2019 do Microsoft 365®. Para a análise dos dados obtidos das questões abertas da entrevista, foi adotada uma abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo dos discursos através da técnica de análise categorial de Bardin, percorrendo-se as três fases preconizadas pela autora: 1) pré-análise, em que se realizou uma leitura flutuante das transcrições e se efetuaram procedimentos de edição das mesmas; b) exploração do material, tendo os autores codificado os dados de forma independente e recorrido à triangulação de investigadores para minimizar vieses; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, tendo emergido de forma indutiva 4 categorias e 12 subcategorias. Não foi utilizado nenhum *software* para a análise dos dados das questões abertas.

Durante o processo de análise, os autores procuraram garantir a objetividade e pertinência das categorias, a validade, a exaustividade, a credibilidade e a transferibilidade dos dados, tendo para tal efetuado várias discussões entre si em torno dos achados e do percurso metodológico.

Os resultados foram devolvidos aos participantes, os quais deram um *feedback* favorável.

Considerações éticas

Na realização do presente estudo cumpriu-se os requisitos éticos preconizados pela Declaração de Helsínquia bem como as orientações do documento "Normas De Submissão De Protocolos De Investigação Para Apreciação Por Comissões De Ética Da Região De Lisboa e Vale do Tejo"[12]. Obteve-se parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, da UCC e da Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde onde se insere a UCC.

Solicitou-se autorização para a realização da entrevista, incluindo a audiogravação, procedendo-se ao consentimento informado, livre e esclarecido, cujo termo foi assinado previamente. Os participantes foram informados previamente da possibilidade de declinarem a sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os mesmos.

De modo a manter o anonimato, as entrevistas foram codificadas. Posteriormente, procedeu-se à sua fiel transcrição. Foram tidas em atenção as características do local de realização das entrevistas de modo a assegurar a privacidade, o anonimato e a confidencialidade.

RESULTADOS

Características dos participantes

A amostra foi constituída por 8 profissionais de saúde, correspondendo a 44,44% da população alvo elegível (Tabela 1↗).

Assim, realizaram-se 8 entrevistas, sendo que todos eram da classe profissional de enfermagem. Os participantes eram predominantemente do sexo feminino (87,5%). À data da entrevista, a média de idades foi de 43 anos (com um desvio padrão de 6,61), variando entre os 35 e os 51 anos. A maioria apresentava formação superior à licenciatura, nomeadamente pós-graduação, especialidade e mestrado, verificando-se uma distribuição equitativa de 25% de cada uma das habilitações literárias referidas.

O tempo médio de experiência profissional total era de 20,25 anos (com um desvio padrão de 6,45), variando entre os 10 e os 27 anos. Na área dos cuidados na comunidade o tempo médio de experiência profissional era de 7,25 anos (com um desvio padrão de 4,17), variando entre 1 e 12 anos, sendo que cerca de 37,5% dos participantes exercia funções na área dos cuidados na comunidade há menos de 5 anos.

A maioria exercia funções nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (62,5%), seguindo-se a População Escolar (25%) e por último a área das Crianças e Jovens em Risco ou Vulnerabilidade (12,5%).

Apenas 1 (12,5%) dos 8 participantes referiu ter frequentado formação profissional na área da violência no trabalho, tendo a mesmo ocorrido há mais de 10 anos, e noutro contexto de trabalho que não a UCC.

Categorias e subcategorias

Relativamente à segunda parte da entrevista, obteve-se no total 4 categorias e 12 subcategorias (Quadro 1↗).

a) Perceção do contexto

1. Descrição da perceção do contexto

Todos os participantes concordavam que o contexto de prestação de cuidados na comunidade podia gerar ambientes vulneráveis, inseguros e propensos à violência justificando com o sentimento de falta de proteção (E1, E2, E3, E5, E7) "*Não consegues controlar o ambiente*" (E2) e "*Estamos a entrar no espaço delas e elas têm mais poder*" (E3), do receio pelo desconhecido e no sentimento de insegurança (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8) "*Não sabes quem está lá dentro*" (E2), agravados pelo contexto da "*Multiculturalidade*" (E1) e "*Bairros sociais*" (E7) existente no concelho onde exerciam funções, ou seja, a prestação de cuidados na comunidade apresentava um maior risco de exposição a situações de insegurança e violência por implicar a deslocação a espaços sem proteção direta associada.

2. Medidas adotadas nestes contextos

De modo a minimizar o risco foram referidos comportamentos relacionais/comunicacionais e comportamentos defensivos, Neste último foi referida a deslocação numérica de 2 profissionais sempre que possível (E2, E3, E7, E8), a organização dos agendamentos (E1, E2, E3, E5, E7) "*Organizamos em termos horários*" (E2), "*O aviso prévio de que a visita vai acontecer*" (E5), a gestão dos recursos "[levar] *telemóvel*" (E2 e E7), "*Ir com a carrinha identificada*" (E2) e a adoção de uma postura de defesa que permita visualizar o ambiente (E5) antecipando os riscos.

b) Conceito de violência

1. Natureza

A maioria dos participantes caracterizou violência conforme a natureza da mesma, complementando com a tipologia: Violência psicológica através da agressão verbal (E1, E2, E3, E7, E8) e Violência física (E1, E2, E3, E7, E8).

2. Tipologia

Foi ainda referida a natureza da violência interpessoal quando esta se manifesta a nível institucional "*Violência utente, violência com a própria equipa, e violência dos superiores hierárquicos*" (E4) e "*Utentes para com os profissionais de saude ou interprofissionais de saúde*" (E6).

c) Experienciação de situações de violência

1. Natureza da violência

Foram referenciadas situações de violência física (E2, E3) e de violência psicológica (E1, E2, E4, E6, E7, E8), esta última essencialmente através do insulto "*Linguagem mais imprópria ou mais agressiva*" (E1), da intimidação "*Vir encostar-se a nós*" (E2) e da ameaça "*Iriam ter comigo (...) com aquele tom ameaçador*" (E6).

2. Contexto

Explorando o local de ocorrência da situação vivenciada, esta ocorreu essencialmente no domicílio do utente (E2, E3) e aquando de estabelecimento de contacto telefónico (E6, E8).

3. Agressor

Foi referida violência pelo familiar do utente ou por quem o representava legalmente (E1, E2, E6, E8) e pelo próprio utente (E3, E8).

4. Reação à situação

A reação do participante perante a situação vivenciada foi bastante díspar. Desde a autodefesa "*Mantendo o distanciamento*" (E6) e "*Inconscientemente já observei o espaço físico todo*" (E6), passado pela solicitação à pessoa agressora para parar (E1, E4, E5, E7), à confrontação "*Acabei por contrapor o que ela disse*" (E2) e à desvalorização da situação e/ou tentativa de não se sobrepor/impor (E2, E3). *À posteriori*, verificaram-se situações de diálogo com a equipa e/ou a chefia (E2).

5. Impacto da situação

Decorrente da situação vivenciada, embora alguns dos participantes manifestarem que estas situações não tiveram impacto na sua vida "*Não, não tem tido consequências*" (E1), "*Não senti que me afetasse*" (E4), a maioria revela que sentiu a curto e a médio prazo ansiedade, *stress*, irritabilidade, tristeza e frustração (E2, E4, E6, E7, E8), condicionando, a prestação de cuidados aos outros utentes "*A forma como fui para os [outros] utentes a seguir*" (E8). Alguns participantes revelaram ainda ter sido um momento de aprendizagem para situações futuras (E4, E6). Apenas um participante referiu que no momento sentiu alteração "*a nível da satisfação profissional*" (E7).

6. Estratégias para lidar posteriormente

Alguns participantes referiram a verbalização de sentimentos entre equipa (E3, E7), verificando-se também a desculpabilização do agressor por parte da vítima "*Pensar que aquele comportamento não tem a ver connosco (...) é a própria pessoa que está em exaustão*" (E8). Alguns participantes revelaram ainda ter sido um momento de aprendizagem para situações futuras (E4, E6). Uma outra estratégia, no sentido de assegurar a continuidade aos cuidados que es-

-tavam a ser prestados, consistiu na transferência da prestação de cuidados ao utente para outra equipa de trabalho da UCC (E2).

d) Notificação do incidente

1. Motivos de não realização

A forma de notificação referida nas entrevistas consistiu em informar o superior hierárquico (E2), sendo que a maioria dos participantes referiu não ter notificado a situação por não ter valorizado (E1, E3, E6, E7) "*Pensei que pudesse ser um exagero da minha parte*" (E6) e "*Achamos que é normal, que faz parte do trabalho*" (E7), para além da sensação de falta de tempo (E8) e do desconhecimento sobre procedimentos, nomeadamente de como realizar uma notificação (E8).

2. Satisfação

O participante que referiu ter notificado a situação ao superior hierárquico referiu ter ficado satisfeito quanto ao encaminhamento e ao desfecho da situação.

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou expor a violência contra profissionais de saúde nas UCC enquanto um fenómeno social de elevada relevância, complexo e preocupante. Como resultado foi possível identificar as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde de uma UCC, na dimensão da violência sobre os profissionais de saúde, tendo-se agrupado em 4 categorias.

Na categoria *perceção do contexto*, os participantes referiram o sentimento de baixa segurança no exercício da atividade em contexto domiciliário, indo ao encontro de alguns determinantes e fatores associados à violência já apontados, como o trabalhar sozinho em ambientes que não são institucionais ou em áreas isoladas[13,14,15] e a localização da residência dos utentes em bairros inseguros ou com altos índices de criminalidade também são apontados como fatores associados à violência[13-14].

Para prevenir a violência, a literatura sugere o treino de habilidades de comunicação, a garantia dos recursos e infraestruturas de segurança adequados nas unidades de saúde e o investimento financeiro para equipar os serviços[14,16] com adequados meios de deslocação, verificando-se já a adoção destas estratégias por parte dos participantes.

No que se refere à categoria do *conceito de violência*, verificou-se a classificação quanto à natureza, apontando-se essencialmente a violência física e a violência psicológica, esta última essencialmente através da agressão verbal.

De facto, na categoria da *experienciação de situações de violência* por parte dos participantes, foram referidas a violência física e, fortemente, a violência psicológica. Quando se pensa em violência rapidamente se associa a violência física, dado os efeitos visíveis provocados, contudo, a violência física é menos frequente que a violência psicológica, esta última na variante de agressão verbal[17]. Nesta perspetiva, pode-se assumir que, a facilidade em realizar violência verbal, pode aumentar a sua incidência.

Nesta perspetiva, também o estudo de Cenk, em 2019[17], apresenta semelhanças com o nosso estudo: a ocorrência de insultos e gritos, associados à intimidação e ameaça, corresponderam às formas mais comuns de agressão verbal e, por outro lado, o empurrar e o atirar objetos corresponderam às formas mais comuns de violência física. Outros estudos efetuados corroboram estes dados, onde a exposição a agressões verbais (violência psicológica) foi a mais relatada, seguido da violência física e, embora em minoria, a violência/assédio sexual[18,19,20]. A agressão verbal, que se apresenta como a forma mais comum de violência, manifesta-se frequentemente através da intimidação e ameaça, mais concretamente pela utilização do tom de voz[19,21,22,23].

Dados na literatura tanto apontam o agressor como sendo, mais frequentemente, o próprio utente[17,20,24,25] como sendo o acompanhante/familiar do utente, seguido do próprio utente[19], correspondendo este último caso ao nosso estudo. Tal pode dever-se ao tipo de projetos que são desenvolvidos nesta UCC.

Profissionais que trabalham isolados apresentam maior risco de experienciar situações de violência, as quais podem provocar consequências não só físicas como psicológicas[4,26]. Estes efeitos também foram referidos pelos participantes do nosso estudo. Destaca-se o *stress*, a ansiedade, o medo, a raiva e o sentimento de culpa, ou seja, a vitimização[23,27,28], bem como a diminuição da satisfação no trabalho[4,23,27] e o efeito negativo na motivação para o trabalho[4]. Por outro lado, importa salientar que o próprio desempenho profissional e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados, é afetada aquando e após a ocorrência de situações de violência no âmbito da atividade profissional[4,18,21,28], refletindo-se a nível económica, direta e indiretamente, nas instituições.

As estratégias para lidar posteriormente com estas situações, também expressadas pelos participantes, passaram pela expressão de emoções como o choro ou a raiva, a interpretação de pensamentos e ações que possam ter originado o conflito (e por vezes, a desculpabilização do agressor), e o estabelecimento de habilidades para lidar numa situação semelhante futura, ou seja, enquanto momento de aprendizagem. O apoio de colegas e do superior hierárquico revela-se como um recurso valioso para o processo de recuperação[28,29]. Um dos participantes indicou ter ocorrido, posteriormente, a transferência de um utente para outra

equipa prestadora de cuidados dentro da UCC; de facto, a OSHA[14] sugere, como estratégia a aplicar no campo da violência no local de trabalho, a supressão de uma situação perigosa através da eliminação ou substituição por outra prática de trabalho mais segura, o que pode incluir a transferência de um utente entre equipas ou até mesmo entre instituições.

Por fim, na categoria de *notificação do incidente*, os participantes corresponderam ao que é referenciado na literatura: apesar da elevada prevalência da violência contra os profissionais que exercem funções em contexto domiciliário e comunitário e do reconhecimento da gravidade deste fenómeno, existe uma subnotificação destes incidentes[30,31,32].

No nosso estudo, foi notória a subnotificação. Os estudos identificam como motivos mais frequentes para a não notificação a perceção de que a mesma seria inútil, crendo que nada seria realizado; a atribuição de baixo significado ao incidente; a atribuição da violência como parte do trabalho e o desconhecimento quanto aos procedimentos de notificação[10,24,25,32], situações também relatadas no nosso estudo. A OSHA[14] aponta ainda, como fator de risco de violência no local de trabalho, a perceção de que a violência é tolerável e que a denúncia de incidentes não tem efeito.

Apesar de um dos participantes ter realizado a notificação ao superior hierárquico, na realidade a não notificação através dos vários meios existentes previstos contribui para a subnotificação, dificultando por um lado a quantificação destas situações e, por outro lado, não beneficiando os profissionais a nível dos seus direitos, nomeadamente no facto da violência no local de trabalho poder ser considerado um acidente de trabalho, no apoio psicológico e jurídico, entre outros[7].

Face aos resultados obtidos neste estudo, verifica-se que é fulcral intervir nos profissionais, adotando diversas estratégias. Uma das estratégias poderá se centrar na realização de ações de formação, com vista à sensibilização e consciencialização do fenómeno da violência no setor da saúde, bem como no reforço dos conhecimentos sobre os procedimentos a adotar perante uma situação de violência no âmbito da atividade profissional. Outra estratégia consistirá na realização de reuniões formativas periódicas, e sempre que necessário, para discussão e reflexão de situações de violência no âmbito da atividade profissional.

Devido à natureza da prestação de cuidados – em contexto domiciliário e comunitário – poderá ser benéfico a realização de outras ações de formação complementares na área das habilidades comunicacionais (de modo a reduzir e resolver situações de conflito e violência) e no reconhecimento e prevenção de situações de violência bem como a gestão adequada destas situações, sendo fundamental o estabelecimento de parcerias para a sua concretização.

Do ponto de vista organizacional/institucional, a estratégia passará pela elaboração de um procedimento setorial onde seja uniformizada a forma de intervenção a adotar pelos profissionais de saúde da UCC na presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional.

Este estudo apresenta algumas limitações. Por um lado, baseia-se em dados auto-descritos e condicionados à memória, o que aumenta o risco de viés pela recordação dos fatos ocorridos. Por outro lado, foi utilizada uma amostragem por conveniência, pelo que os resultados poderão representar incorretamente a população e, consequentemente, apresentar viés. Deste modo, a generalização deste estudo às UCC poderá ser desaconselhada. Contudo, os nossos resultados estão de acordo com a literatura para outras áreas do setor da saúde, não existindo evidências que indiciem uma situação diferente.

Por último, aponta-se como dificuldade na realização deste estudo, bem como na comparação com a literatura existente, a escassa existência de estudos relativos a este tipo específico de contexto de prestação de cuidados, apesar da violência ser frequente em ambientes domiciliares[15].

CONCLUSÃO

A violência no local de trabalho apresenta-se como um risco profissional de impacto significativo na saúde e no bem-estar dos profissionais de saúde.

Após análise dos resultados obtidos constatou-se que vão ao encontro de diversas conclusões validadas em outros estudos. Infelizmente, o reduzido tamanho da amostra, bem como a especificidade do contexto não permite generalizar os resultados, embora corroborem muitos outros.

Considerando os resultados das entrevistas, constata-se que os diferentes tipos de violência vivenciados no âmbito da sua atividade profissional apresentam uma relação direta com o processo de trabalho, com as relações interpessoais estabelecidas e com o contexto onde a atividade profissional é desenvolvida. A violência psicológica, em especial a verbal, como a ameaça e a intimidação, foi a mais experienciada; contudo, a violência física, embora descrita de uma forma menos expressiva, não deixou de estar presente. No entanto, os profissionais de saúde revelaram não valorizar o impacto e os efeitos ocorridos após as situações de violência no âmbito da atividade profissional, o que justifica a subnotificação apresentada, para além do desconhecimento dos procedimentos a adotar perante uma situação de violência contra o profissional de saúde no âmbito da sua atividade profissional.

Devido à natureza única dos serviços de prestação de cuidados em contexto domiciliário e comunitário, destaca-se a importância de um olhar diferenciado, neste caso de um enfermeiro, visando o desenvolvimento de estratégias que promovam o bem-estar e a saúde dos profissionais de saúde no seu local de trabalho, durante a realização das suas funções.

Deste modo, sugere-se a utilização de diversas estratégias quer do ponto de vista profissional, quer do ponto de vista da organização, tendo em consideração o tipo de instituição e de cuidados de saúde prestados na mesma.

Escutar e proteger os profissionais de saúde, incutindo o sentimento de tolerância zero face a situações de violência no âmbito da atividade profissional e promovendo a notificação das suas situações de violência no âmbito da atividade profissional, permitirá obter mais dados sobre esta realidade, direcionando e otimizando as intervenções a realizar, especialmente em áreas tão especificas e pouco estudadas, como a prestação de cuidados de saúde em contexto domiciliário e comunitário.

REFERÊNCIAS

1. Lopes N (Coord.), Ribas A, Lopes C, Rodrigues E, Alves F. Estudo de Avaliação dos Riscos Psicossociais na Administração Pública. 2021. Disponível em: https://www.dgaep.gov.pt/upload/Estudos/2021/Relatorio_Global_Avaliacao_de_Riscos_Psicossociais%20-%20NOV2021.pdf

2. Chagas D. Riscos psicossociais no trabalho: causas e consequências. Revista INFAD de Psicología [Internet]. 25 de junho de 2015 [citada em 6 jul 2023];2(1):439-46. Disponível em: https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/24, https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.24.

3. EU-OSHA. Riscos psicossociais no trabalho e stress. 2020 [citada em 6 jul 2023]. Disponível em: https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress.

4. World Health Organization. Preventing violence against health workers [Internet]. 2023 [citada em 6 jul 2023]. Disponível em: https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers.

5. International Labour Organization. C190 – Convenção sobre Violência e Assédio, 2019 (n.º 190). [Internet]. 2019 [citada em 6 jul 2023]. Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190.

6. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida – Plano de ação para a prevenção da violência no setor da saúde. Direção-Geral da Saúde. 2020. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Plano_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf.

7. Watson A, Jafari M, Seifi A. The persistent pandemic of violence against health care workers. The American Journal of Managed Care. 2020. 26(12), e377-e379. Disponível em: https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.88543.

8. Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, da Presidência de Conselho de Ministros. Aprova o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 3. P. 7-19. 2022.

9. García-Pérez MD, Rivera-Sequeiros A, Sánchez-Elías TM, Lima-Serrano M. Workplace violence on healthcare professionals and underreporting: Characterization and knowledge gaps for prevention. Enferm Clin (Engl Ed). 2021;31(6):390-395. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.05.001.

10. Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, 1.ª série – N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008. 2008. Disponível em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675.

11. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. Int. J. Qual. Heal. Care. 2007,19(6):349-357. Disponível em: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

12. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Normas De Submissão De Protocolos De Investigação Para Apreciação Por Comissões De Ética Da Região De Lisboa e Vale do Tejo. 2021. Disponível em: https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2021/08/Normas_de_submiss_o_de_protoclos_de_investiga__o_vers_o_jan_2021.pdf.

13. Macdonald M, McLean H. Home care and home support worker safety: a scoping review. Vancouver. Perspectives, Journal Canadian Gerontological Nurses Association. 2018. 40 (1), 18-26.

14. OSHA. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. 2022. Disponível em: https://www.oshatrain.org/courses/studyguides/776studyguide.pdf.

15. OSHA. Workplace Violence. (s.d.). [citada em 6 jul 2023]. Disponível em: hhttps://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/index.html.

16. Shaikh S, Baig LA, Hashmi I, Khan M, Jamali S, Khan MN, Saleemi MA, Zulfiqar K, Ehsan S, Yasir I, Haq ZU, Mazharullah L, Zaib S. The magnitude and determinants of violence against healthcare workers in Pakistan. BMJ Glob Health. 2020;5(4):e002112. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002112.

17. Cenk SC. An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. Turk J Emerg Med. 2018;19(1):21-25. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.09.002.

18. Arif S, Baig LA, Shaikh S, Hashmi I, Sarwar Z, Baig ZA. Violence against health care workers in rural areas of Sindh, Pakistan. J Pak Med Assoc. 2022;72(11):2150-2153. Disponível em: https://doi.org/10.47391/JPMA.3120.

19. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, Yan S, Sampson O, Xu H, Wang C, Zhu Y, Chang Y, Yang Y, Yang T, Chen Y, Song F, Lu Z. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2019;76(12):927-937. Disponível em: https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849.

20. Pai DD, Sturbelle ICS, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. Texto contexto – enferm. 27 (1). 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016.

21. Kowalczuk K, Krajewska-Kułak E. Influence of selected sociodemographic factors on psychosocial workload of nurses and association of this burden with absenteeism at work. Med Pr. 2015;66(5):615--624. Disponível em: https://doi.org/10.13075/mp.5893.00076.

22. Aristidou L, Mpouzika M, Papathanassoglou EDE, Middleton N, Karanikola MNK. Association Between Workplace Bullying Occurrence and Trauma Symptoms Among Healthcare Professionals in Cyprus. Front Psychol. 2020;11:575623. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.575623.

23. Ielapi N, Andreucci M, Bracale UM, et al. Workplace Violence towards Healthcare Workers: An Italian Cross-Sectional Survey. Nurs Rep. 2021; 11(4):758-764. Disponível em: https://doi.org/10.3390/nursrep11040072.

24. Campo VR, Klijn TP. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2017;25,e2956. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956.

25. Small TF, Gillespie GL, Hutton S, Davis KG, Smith CR. Workplace Violence Prevalence and Reporting in Home Health Care: A Cross Sectional Survey. Home Health Care Management & Practice. 2023;35(1):31-39. Disponível em: https://doi.org/10.1177/10848223221116144.

26. Organização Internacional do trabalho. Ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio – Genebra, OIT. 2020. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_783092.pdf.

27. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, Zoccali RA. Violência no local de trabalho contra profissionais de saúde: uma revisão sistemática. Agressão. Comportamento violento. 2020;51, 101381.

28. Han CY, Chen LC, Lin CC, Goopy S, Lee HL. How Emergency Nurses Develop Resilience in the Context of Workplace Violence: A Grounded Theory Study. J Nurs Scholarsh. 2021;53(5):533-541. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jnu.12668.

29. Hollywood L, Phillips KE . Nurses' resilience levels and the effects of workplace violence on patient care. Applied nursing research: ANR, 2020;54, 151321. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151321.

30. Green O, Ayalon L. The contribution of working conditions and care recipient characteristics to work-related abuse and exploitation of migrant home care workers. Employee Relations. 2017; Vol. 39 No. 7, pp. 1001-1014. Disponível em: https://doi.org/10.1108/ER-07-2016-0136.

31. Campbell CL. Incident Reporting by Health--Care Workers in Noninstitutional Care Settings. Trauma Violence Abuse. 2017;18(4):445-456. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1524838015627148.

32. Al Anazi RB, AlQahtani SM, Mohamad AE, Hammad SM, Khleif H. Violence against Health--Care Workers in Governmental Health Facilities in Arar City, Saudi Arabia. ScientificWorldJournal. 2020;2020:6380281. Disponível em: https://doi.org/10.1155/2020/6380281.

33. Zhong XF, Shorey S. Experiences of workplace violence among healthcare workers in home care settings: A qualitative systematic review. Int Nurs Rev. 2022;10.1111/inr.12822. Disponível em: https://doi.org/10.1111/inr.12822.

Autoras
Cátia Leira
https://orcid.org/0009-0009-9866-4756
Maria João Ferreira
https://orcid.org/0000-0003-4539-5950
Joana Nobre
https://orcid.org/0000-0002-8125-5384

Autor Correspondente/Corresponding Author:
Cátia Leira – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.
210531056@estudantes.ips.pt

Contributos dos autores/Authors' contributions
CL: Desenho do estudo, colheita, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
MJF: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
JN: Análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas
Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures
Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2023 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2023 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra da UCC.

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Frequência	Percentagem %
1 Género		
Feminino	7	87,5
Masculino	1	12,5
2 Idade (faixa etária)		
31-40 anos	3	37,5
41-50 anos	4	50
51-60 anos	1	12,5
Mínimo	35	
Máximo	51	
Média de idades	43	
Desvio padrão	6,61	
3 Formação académica (mais elevada)		
Bacharelado	1	12,5
Licenciatura	1	12,5
Pós-graduação	2	25
Mestrado	2	25
Outro	2	25
4 Número de anos de exercício profissional		
6-10 anos	1	12,5
11-15 anos	2	25
16-20 anos	2	25
21-25 anos	1	12,5
26-30 anos	3	37,5
Mínimo	10	
Máximo	27	
Média de anos	20,25	
Desvio padrão	6,45	
5 Número de anos de exercício profissional na Unidade de Cuidados na Comunidade		
1-5 anos	3	37,5
6-10 anos	2	25
11-15 anos	3	37,5
Mínimo	1	
Máximo	12	
Média de anos	7,25	
Desvio padrão	4,17	
6 Áreas/Projetos de Intervenção onde exerce principalmente funções		
Equipas de Cuidados Continuados Integrados	5	62,5
na População Escolar	2	25
na Área da Saúde Reprodutiva	0	0
das Crianças e Jovens em Risco ou Vulnerabilidade	1	12,5
Outra	0	0
7 Frequentou alguma formação na área da violência no trabalho?		
Sim	1	12,5
Não	7	87,5
7.1. Se sim, há quanto tempo?		
Menos de 10 anos	0	0
Mais de 10 anos	1	100

Quadro 1 – Análise de conteúdo das entrevistas.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Perceção do contexto	Descrição da perceção do contexto	• Falta de proteção
		• Receio pelo desconhecido
		• Insegurança
	Medidas adotadas nestes contextos	• Comportamento relacional/ comunicacional
		• Comportamento defensivo
Conceito de violência	Natureza	• Violência física
		• Violência psicológica (verbal)
	Tipologia	• Violência interpessoal (a nível institucional)
Experienciação de situações de violência	Natureza da violência	• Violência física
		• Violência psicológica
	Contexto	• Domicílio do utente
		• Não presencial (contacto telefónico)
		• Outro local
	Agressor	• Familiar do utente/representante legal
		• Utente
		• Outro
	Reação à situação	• Autodefesa
		• Solicitação à pessoa agressora para parar
		• Confrontação
		• Desvalorização da situação
		• Tentativa de não se sobrepor/impor
		• Diálogo com a equipa e/ou chefia
	Impacto da situação	• Ansiedade/*stress*/irritabilidade/tristeza
		• Preocupação com o outro
		• Qualidade dos cuidados prestados
		• Satisfação profissional
		• Irrelevante/sem impacto
	Estratégias para lidar posteriormente	• Verbalização de sentimentos
		• Desculpabilização do agressor
		• Momento de aprendizagem
Notificação do incidente	Motivos de não realização	• Desvalorização da situação
		• Falta de tempo
		• Desconhecimento sobre procedimentos
	Satisfação	• Encaminhamento
		• Desfecho