



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A violência contra os profissionais de saúde
durante a sua atividade profissional numa
Unidade de Cuidados na Comunidade**

Cátia de Jesus Leira

Orientação: Professora Doutora Joana Rita Pimenta Nobre

6ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Cátia de Jesus Leira

Orientação: Professora Doutora Joana Rita Pimenta Nobre

6ª Edição do Mestrado em Enfermagem Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Doutora Ana Paula Rodrigues Polido Rodrigues

Orientador: Professora Doutora Joana Rita Pimenta obre

Setúbal, 2023

Aquele que falha a planear está a planear falhar.

Winston Churchill

AGRADECIMENTOS

Não sou a mesma pessoa que já fui em tempos, o percurso desenvolvido para concluir esta etapa exigiu muitas coisas, muitas decisões, muita perseverança, não só de mim, mas também graças a muitas pessoas me ajudaram contribuindo (de forma direta e indireta) para a sua concretização.

À minha orientadora clínica, a Sr.^a Enfermeira M.J.B., pelo acolhimento, disponibilidade, incentivo, sabedoria transmitida e partilhada, bem como a liberdade e flexibilidade que me deu para liderar e construir este percurso.

À minha orientadora pedagógica, a Sra. Professora Doutora J.R.P.N. pelo incentivo, disponibilidade, orientação e sabedoria que gerou múltiplas reflexões e reformulações ao longo deste percurso.

Aos profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade onde decorreu o estágio, por me receberem de forma acolhedora, pela disponibilidade e apoio.

À minha família, amigos e colegas pelo apoio e compreensão pelos momentos abdicados em detrimento deste percurso.

Às minhas colegas de mestrado M., M. e R., pela amizade e por caminharem cominho neste trajeto académico.

Aos avós paternos da pequena C., que me permitiram, sempre que possível, cumprir as minhas responsabilidades pessoais, profissionais e académicas.

Ao J.C. que antes e, principalmente, depois de entrarmos numa nova fase de transição do nosso ciclo de vida, com várias adversidades e indesejáveis noites em claro, me apoiou e partilhou (em vez de ajudar), permitindo-me concretizar todo este percurso.

A todos, um muito obrigado!

RESUMO

A prestação de cuidados em contexto comunitário, ao se apresentar como um contexto por vezes desconhecido, pode ser mais propenso a situações de violência. A violência no local de trabalho, vivenciada no setor da saúde pelos profissionais de saúde, tem vindo a aumentar a um ritmo rápido e preocupante. Este fenómeno apresenta-se como um problema de saúde pública emergente, a nível mundial. Com o objetivo de contribuir para a capacitação dos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados na Comunidade na área da prevenção da violência sobre os profissionais de saúde e notificação destas situações foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Comunitária, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, sustentando-se no referencial teórico do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, dirigido aos profissionais de saúde. Foi realizado um diagnóstico de situação, com a aplicação de uma entrevista semiestruturada, tendo os resultados obtidos demonstrado escassa formação em relação ao tema da violência contra os profissionais de saúde, desvalorização de situações de violência ocorridas no âmbito da atividade profissional bem como desconhecimento relativamente aos procedimentos subsequentes, o que se traduziu numa subnotificação das mesmas. As intervenções implementadas visaram a capacitação e a formação dos profissionais de saúde das Unidades de Cuidados na Comunidade relativamente ao fenómeno da violência sobre os profissionais no âmbito da atividade profissional e os procedimentos subsequentes, em particular o processo de notificação, permitindo encontrar estratégias para lidar com este fenómeno e para notificar o mesmo. Com a intervenção obtiveram-se resultados positivos, o que demonstrou a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na capacitação e empoderamento da comunidade, nomeadamente, dos profissionais de saúde, visando a sua tomada de decisão na sua promoção da saúde e prevenção da doença. O presente relatório esboça o percurso efetuado, bem como o projeto desenvolvido.

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

ABSTRAT

Providing care in a community context, as it is sometimes an unknown context, can be more prone to situations of violence. Workplace violence, experienced in the healthcare sector by healthcare professionals, has been increasing at a rapid and worrying rate. This phenomenon presents itself as an emerging public health problem worldwide. With the aim of contributing to the training of health professionals at a Community Care Unit in preventing violence against health professionals and reporting these situations, a Community Intervention Project was developed, based on the Health Planning methodology, based on the theoretical framework of Betty Neuman's Systems Model, aimed at health professionals. A diagnosis of the situation was carried out, using a semi-structured interview, with the results obtained demonstrating little training in relation to the topic of violence against health professionals, devaluation of situations of violence occurring within the scope of professional activity, as well as lack of knowledge regarding subsequent procedures, which resulted in underreporting of them. The interventions implemented aimed at training health professionals at Community Care Units regarding the phenomenon of violence against professionals within the scope of their professional activity and the subsequent procedures, in particular the notification process, allowing strategies to be found to deal with this phenomenon and to notify the same. Positive results were obtained with the intervention, which demonstrated the importance of the role of the nurse specialist in community health and public health nursing in training and empowering the community, particularly health professionals, aiming at their decision-making in their health promotion and disease prevention. This report outlines the route taken, as well as the project developed.

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

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
DGS – Direção-Geral da Saúde
ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados
Enf.^a – Enfermeira
ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work
FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos
GOI – Grupo Operativo Institucional
GOL – Grupo Operativo Local
GOL-UCC – Grupo Operativo Local da Unidade de Cuidados na Comunidade
ILO – International Labour Organization
INE – Instituto Nacional de Estatística
MS – Ministério da Saúde
N.º – Número
NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAPVSS – Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde
PNPVCV - Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
PNS – Plano Nacional de Saúde
PS – Profissional/profissionais de saúde
PSP – Polícia de Segurança Pública
s.p. – sem página
LVT – Lisboa e Vale do Tejo
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
WHO – World Health Organization

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 19 |
| 1.1 RISCOS OCUPACIONAIS..... | 19 |
| 1.2 A VIOLÊNCIA | 21 |
| 1.2.1 O fenómeno da violência | 21 |
| 1.2.2 A violência no local de trabalho no setor da saúde | 23 |
| 1.2.3 A violência nos profissionais de saúde no mundo e em Portugal..... | 27 |
| 1.2.4 O impacto e os custos da violência no local de trabalho..... | 29 |
| 1.3 AS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE | 31 |
| 1.4 MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN | 32 |
| 2 ENQUADRAMENTO PRÁTICO..... | 35 |
| 2.1 A COMUNIDADE..... | 35 |
| 2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE | 39 |
| 3 METODOLOGIA..... | 42 |
| 3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO..... | 43 |
| 3.1.1 Determinação da população-alvo | 43 |
| 3.1.2 Instrumento de colheita de dados | 44 |
| 3.1.3 Desenho do estudo..... | 45 |
| 3.1.4 Colheita de dados | 45 |
| 3.1.5 Análise de dados | 45 |
| 3.1.6 Procedimentos e considerações éticas..... | 46 |
| 3.1.7 Resultados..... | 47 |
| 3.1.7.1 Caracterização da população-alvo | 47 |
| 3.1.7.2 Identificação dos problemas / necessidades | 48 |
| 3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES | 52 |
| 3.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS | 55 |
| 3.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS | 61 |
| 3.5 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO | 66 |
| 3.5.1 Intervenções do projeto de intervenção comunitária | 66 |
| 3.5.2 Comunicação e divulgação do projeto | 75 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 3.5.3 | Previsão orçamental..... | 76 |
| 3.5.4 | Cronograma de atividades | 77 |
| 3.6 | PLANEAMENTO DA MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO | 79 |
| 3.6.1 | Monitorização do projeto..... | 79 |
| 3.6.2 | Avaliação do projeto | 82 |
| 4 | OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS | 92 |
| 5 | AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS - ANÁLISE REFLEXIVA ... | 94 |
| 5.1 | COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 94 |
| 5.2 | COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA — NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA | 97 |
| 5.3 | COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE..... | 100 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 103 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 106 |
| | APÊNDICES..... | 113 |
| | ANEXOS..... | 140 |

APÊNDICES

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO E GUIÃO DE ENTREVISTA APLICADOS | 114 |
| APÊNDICE II – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA DA UCC, ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS EFETUADAS | 118 |
| APÊNDICE III – ANÁLISE DE CONTEÚDO, SEGUNDO BARDIN (2018), DAS ENTREVISTAS EFETUADAS | 120 |
| APÊNDICE IV – PLANO DAS REUNIÕES E AGENDAMENTOS | 128 |
| APÊNDICE V – PLANO DE SESSÃO DA SESSÃO FORMATIVA DIRIGIDA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UCC | 132 |
| APÊNDICE VI – RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO PUBLICADO | 135 |
| APÊNDICE VII – RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NO 5º ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS | 137 |

ANEXOS

| | |
|---|------------|
| ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO À COORDENADORA DA UCC..... | 141 |
| ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO À DIRETORA EXECUTIVA DO ACES AA | 143 |
| ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARSLVT E ADENDA RELATIVA À ALTERAÇÃO DO CRONOGRAMA DO PROJETO | 145 |
| ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA | 148 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 <i>Listagem ordenada dos principais fatores de risco de morte prematura (YLLs) e variação percentual, por fator, da taxa (por 100.000 habitantes) de YLLs, em ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019</i> | 20 |
| Figura 2 <i>Tipologia e natureza da violência</i> | 23 |
| Figura 3 <i>Desenvolvimento dos objetivos específicos pelos três objetivos gerais do PAPVSS</i> | 25 |
| Figura 4 <i>Interseção dos eixos de atuação e dos objetivos do PAPVSS</i> | 25 |
| Figura 5 <i>Modelo de Sistemas de Betty Neuman</i> | 33 |
| Figura 6 <i>Área geográfica da Região de LVT, NUTS III e Municípios, em 2022</i> | 35 |
| Figura 7 <i>Estrutura etária da população no concelho (município), nas NUTS e em Portugal, em 2021</i> | 36 |
| Figura 8 <i>Etapas do processo de Planeamento em Saúde</i> | 42 |
| Figura 9 <i>Estrutura de divisão do trabalho – Work-Breakdown Structure (WBS)</i> | 65 |
| Figura 10 <i>Cronograma de atividades do PIC</i> | 78 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 <i>Taxa de criminalidade, em percentagem, por localização geográfica e categoria de crime, nos anos de 2016 e 2022</i> | 38 |
| Tabela 2 <i>Crimes registados pela polícia, por tipo de crime, a nível de Portugal e no concelho AA, em 2021, em percentagem e respetiva taxa de variação comparativamente a 2016-2021</i> | 38 |
| Tabela 3 <i>Análise de conteúdo das entrevistas</i> | 49 |
| Tabela 4 <i>Comparação por pares</i> | 54 |
| Tabela 5 <i>Objetivos específicos, metas, respetivos indicadores e fórmulas de cálculo</i> | 57 |
| Tabela 6 <i>Matriz dos subdomínios de Literacia em Saúde, baseados no modelo concetual do HLS-EU</i> | 62 |
| Tabela 7 <i>Obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada Estratégia</i> | 63 |
| Tabela 8 <i>Descrição detalhada das estratégias selecionadas: sistematização dos participantes identificados para a consecução do PIC</i> | 64 |
| Tabela 9 <i>Avaliação da adequação dos recursos futuros – Gestão de Risco</i> | 65 |
| Tabela 10 <i>Seleção de estratégias e atividades traçadas</i> | 67 |
| Tabela 11 <i>Previsão orçamental do projeto</i> | 77 |
| Tabela 12 <i>Monitorização do PIC – Reuniões desenvolvidas consoante as atividades propostas</i> | 80 |
| Tabela 13 <i>Monitorização do PIC – Compromissos assumidos pelos intervenientes</i> | 80 |
| Tabela 14 <i>Monitorização do PIC – Atividades desenvolvidas após validação dos compromissos assumidos pelos intervenientes</i> | 81 |
| Tabela 15 <i>Avaliação intermédia do PIC</i> | 82 |
| Tabela 16 <i>Objetivo específico 1: metas, indicadores, resultados e avaliação</i> | 83 |
| Tabela 17 <i>Objetivo específico 2: metas, indicadores, resultados e avaliação</i> | 83 |
| Tabela 18 <i>Objetivo específico 3: metas, indicadores, resultados e avaliação</i> | 88 |
| Tabela 19 <i>Objetivo específico 4: metas, indicadores, resultados e avaliação</i> | 89 |
| Tabela 20 <i>Objetivo específico 5: metas, indicadores, resultados e avaliação</i> | 90 |
| Tabela 21 <i>Objetivo específico 6: metas, indicadores, resultados e avaliação</i> | 91 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 <i>Número de notificações realizadas pelos PS entre 2017 e 2022</i> | 28 |
| Gráfico 2 <i>N.º de respostas corretas no momento de avaliação antes e depois da sessão formativa ‘Quebre o ciclo da violência contra os PS na sua atividade profissional’ e a taxa de variação de respostas corretas para cada uma das questões.....</i> | 86 |
| Gráfico 3 <i>Satisfação global dos PS com a ação de formação</i> | 87 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 6º Mestrado de Enfermagem em Associação do ano 2021/2022, que decorreu no Instituto Politécnico de Setúbal, apresentando-se como elemento de avaliação da unidade curricular Relatório de Estágio Final. O mesmo encontra-se relacionado com os estágios realizados numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) integrada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Este trabalho académico, de natureza profissional, encontra-se inserido no plano de estudos da área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP), sendo que a sua elaboração, discussão pública e aprovação possibilitam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a descrição do Projeto de Intervenção Comunitária (PIC) desenvolvido durante os estágios realizados no período de 16 de maio 2022 a 24 de junho de 2022 e no período de 17 de abril de 2023 a 31 de julho de 2023, após a aprovação das unidades curriculares integradas no Plano de Estudos do Curso de Mestrado.

Este Relatório apresenta como objetivo geral demonstrar e documentar a aquisição dos conhecimentos, aptidões e competências, na qualidade de mestre e de especialista em ESCSP e, mais especificamente, demonstrar capacidade de reflexão crítica pormenorizada e fundamentada sobre as práticas, baseadas na mais recente evidência científica; descrever a implementação de um projeto, baseado na metodologia do Planeamento em Saúde; e refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências ao longo do percurso efetuado, tanto as de mestre, como as de especialista, quer as comuns, quer as específicas em ESCSP.

Assim, o presente Relatório de Estágio apresenta-se como a conclusão de todo o trabalho desenvolvido em Estágio, mais concretamente no desenvolvimento de um projeto de intervenção, o qual contribuiu para o desenvolvimento de competências, baseado no Regulamento n.º 428/2018 (2018), referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP, aplicando a metodologia do Planeamento em Saúde, através da elaboração e implementação de objetivos e de estratégias direcionados na resolução dos problemas de saúde identificados e priorizados, tanto individuais como coletivos, aquando da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, originando uma resposta eficaz e eficiente na resolução dos problemas a intervir. Tal contribuirá para o processo de capacitação de uma pessoa/grupo/comunidade, através da

implementação de um PIC devidamente planeado atendendo aos recursos e tendo como referência as diretrizes apresentadas nos Programas de Saúde de âmbito comunitário bem como a consecução dos objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP assume um papel essencial na comunidade, dado ser da sua competência a avaliação do estado de saúde de uma comunidade através da identificação dos problemas de saúde e, face às suas necessidades, desenvolver programas e projetos de intervenção que respondam às mesmas, partindo da metodologia de Planeamento em Saúde.

Em contexto de trabalho, os riscos psicossociais apresentam-se como uma preocupação e um desafio na saúde e segurança, encontrando-se relacionados com o desenvolvimento e/ou agravamento de situações de alteração da saúde física e mental bem como à violência no trabalho.

A violência no trabalho, em qualquer uma das suas manifestações, pode originar consequências devastadoras e de longa duração, pelo que deve ser vista como um problema de saúde pública global (Palagi et al., 2015).

Sabemos que os contextos de saúde podem originar ambientes mais propensos à violência, sendo esta de origem multifatorial. Os efeitos da violência, no setor da saúde, podem manifestar-se na saúde física e mental dos profissionais de saúde (PS), nos cuidados que os mesmos prestam e, especialmente, na própria qualidade da relação estabelecida e no desempenho das suas funções perante aqueles que procuram os cuidados: utentes/familiares/comunidades. Estas consequências não se cingem apenas aos PS afetados e utentes, mas também à própria sociedade, uma vez que os seus efeitos se estendem àqueles que rodeiam os PS (como amigos e família), e às instituições, não só a nível local como a nível nacional, exigindo a sua (re)organização, associada às repercussões económicas que daí advêm.

A atividade das UCC incide na prestação de cuidados de saúde, de apoio psicológico e social, em contexto domiciliário e comunitário. Esta prestação de cuidados destina-se, principalmente a pessoas, famílias e grupos que se apresentam mais vulneráveis, em situações de maior risco ou de dependência física, funcional ou doença requerendo um acompanhamento próximo (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Paralelamente, verifica-se que, os PS, por serem aqueles que estabelecem frequentemente contacto direto com o utente e família, apresentam maior vulnerabilidade e prevalência de episódios de violência (Vincent-Höper et al., 2020). Este maior risco poderá ser, eventualmente, encontrado nos PS que exercem atividades em contexto domiciliário e comunitário, como é o caso daqueles que exercem funções numa UCC.

A violência contra os PS é significativa sendo que, ao longo do tempo, os episódios têm aumentando exponencialmente. Os dados indicam que, a nível nacional, pelo menos quatro PS são agredidos por dia. De facto, o relatório mais recente, a nível nacional, revela entre 2017 e 2022 um aumento do número (n.º) de relatos de incidentes de violência contra PS no local de trabalho, correspondendo em 2019 a 995 notificações, com uma quebra nos números durante a pandemia COVID-19, tendo sido notificadas 825 ocorrências em 2020, verificando-se uma duplicação do número de notificações dois anos depois, ou seja, 1632 episódios de violência contra PS em 2022 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022a). O mesmo relatório revela serem os enfermeiros e os médicos os PS que notificaram mais atos de violência, na sua maioria de tipo verbal e físico. Em 2022, a violência contra PS originou 2645 dias de ausência ao trabalho, como consequência das agressões sofridas (DGS, 2022a).

Simultaneamente, e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), estima-se que mundialmente 8% a 38% dos PS são vítimas de violência em algum momento das suas carreiras profissionais.

Considerando o stress, bem como todas as exigências que estão associadas no desempenho das suas funções, os PS podem ser considerados como pessoas vulneráveis. Assim, é essencial intervir nesta população, com o intuito de contribuir para que estes profissionais possam desenvolver a sua atividade profissional em segurança, isto é, em ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio.

O Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV), de 2020, que culmina na Aprovação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS) em 2022, descrito na Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, constitui um elemento essencial na abordagem a este fenómeno.

Paralelamente, considera-se que este fenómeno merece uma atenção relevante por parte dos PS, em especial, dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP, os quais possuem o perfil e as competências especializadas que lhes permite acompanhar e gerir os cuidados prestados nas comunidades.

Assim, durante o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, foi realizado um esboço do projeto a desenvolver, segundo as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde, tendo-se elaborado um diagnóstico de situação que direcionou, após a priorização de problemas, para a capacitação dos PS da UCC na área da prevenção da violência sobre os PS e notificação destas situações. Por sua vez, no Estágio Final, com o objetivo de atingir as competências em Enfermagem Comunitária, na área da ESCSP, procedeu-se à implementação do PIC, paralelamente com a abordagem a outras temáticas, e ancorado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o qual aborda a pessoa na sua globalidade,

considerando a sua constante interação com ambiente, o qual interfere no equilíbrio do seu sistema, baseando-se ainda, na relação ao stress e nos fatores envolvidos na adaptação do seu sistema.

Este Relatório de Estágio encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo é apresentado um Enquadramento Teórico em que são definidos os principais conceitos, bem como a explicitação do modelo teórico norteador do PIC. O segundo, referente ao Enquadramento Prático, subdivide-se na caracterização da comunidade e da unidade de saúde onde decorreram os estágios. O capítulo seguinte, o terceiro capítulo, e seguindo a estrutura da Metodologia do Planeamento em Saúde, apresenta os seguintes subcapítulos: Diagnóstico de Situação (que inclui a Determinação da população-alvo, Instrumento de colheita de dados, Metodologia de colheita de dados, Procedimentos e considerações éticas, Caracterização da população-alvo e Identificação dos problemas/necessidades), Determinação das prioridades, Definição de objetivos, Seleção de estratégias, Preparação da execução e Execução (abrangendo as Intervenções, Comunicação e divulgação do projeto, Previsão orçamental e Cronograma de atividades) e Planeamento da monitorização/avaliação (com a Monitorização do projeto e Avaliação do projeto). O quarto capítulo, refere-se a Outras atividades desenvolvidas durante os estágios. Por fim, o quinto capítulo, denominado de Aquisição e Desenvolvimento de competências - Análise reflexiva, espelha a reflexão sobre as competências comuns e específicas bem como as de grau de mestre, dividindo-se em três subcapítulos (Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — na área de ESCSP e Competências do grau de Mestre). Por último, e com o objetivo de espelhar o trajeto realizado, são tecidas as Considerações Finais, refletindo-se sobre a metodologia utilizada, as principais dificuldades sentidas, os benefícios e ganhos alcançados, permitindo apreciar o projeto na sua globalidade e a sua continuidade.

O trabalho encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segundo o modelo de referências bibliográficas APA, da American Psychological Association, 7ª edição.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a compreender melhor a problemática em estudo decidiu-se descrever e analisar um conjunto de saberes que se consideraram relevantes para a realização deste relatório. O enquadramento teórico, baseado na evidencia científica mais recente, apresenta-se como essencial na medida em que clarifica os conceitos, permitindo o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos sobre o tema em estudo. Assim, os conceitos a abordar que permitem contextualizar a temática norteadora deste PIC remetem para os riscos ocupacionais; a violência, que inclui o fenómeno da violência, a violência no trabalho e no setor da saúde bem como contra os PS e o seu impacto; as UCC e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

1.1 RISCOS OCUPACIONAIS

Segundo o artigo 15º da Lei n.º 102/2009 (2009), de 10 de setembro na sua atual redação, o empregador tem a responsabilidade de garantir ao trabalhador, no exercício da sua atividade, condições de segurança que respeitem a sua integridade física e a sua saúde em todos os aspetos do seu trabalho, de forma continuada e permanente. Assim, é da sua responsabilidade identificar, avaliar e controlar os riscos existentes no local de trabalho ou deles resultantes, por forma a promover a saúde no local de trabalho visando a existência de ambientes de trabalho saudáveis (DGS, 2021a).

Os riscos ocupacionais ou profissionais consistem na combinação da probabilidade de um trabalhador sofrer um dano à sua saúde física ou mental provocado por um evento perigoso, exposição a um agente nocivo ou exigência da sua atividade de trabalho, sendo que esta potencialidade pode ser reduzida ou eliminada através da ação de medidas de prevenção e proteção, contribuindo para a diminuição do risco de contacto com esse potencial perigo/fator de risco no âmbito profissional (DGS, 2021a; Lei nº 102/2009, 2009).

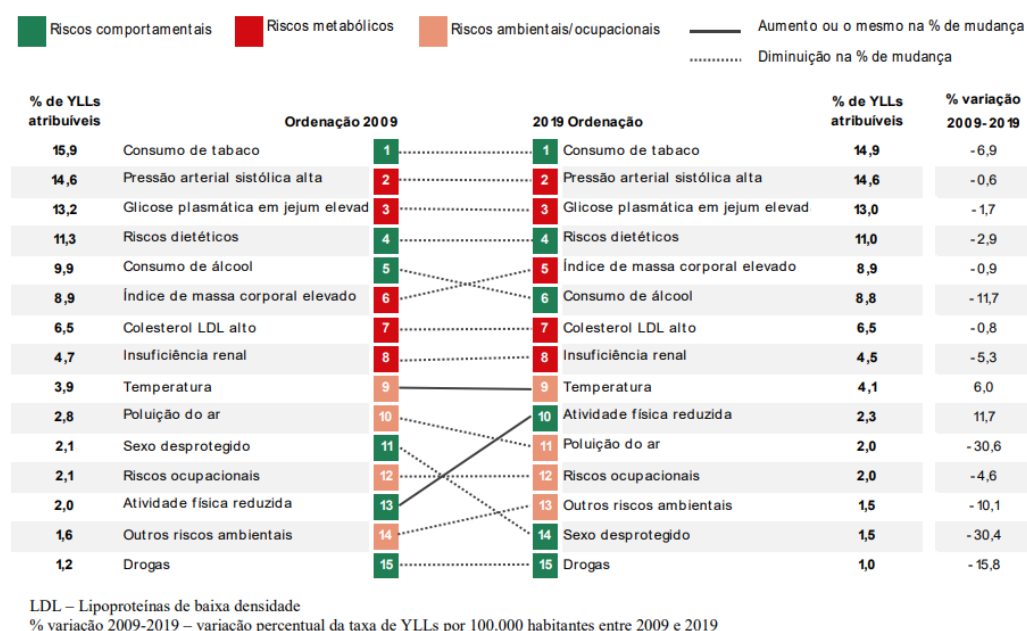
O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s (DGS, 2022b) apresenta como foco a saúde sustentável tendo por base os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), dos quais se destaca, entre outros, no caso do trabalho o ODS 8: “Promover o crescimento económico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos” com o Objetivo 8.8 que consiste na proteção dos direitos do trabalho e promoção de ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os

trabalhadores”. Assim, este PNS menciona a necessidade de intervir nas necessidades de saúde identificadas selecionando estratégias de intervenção dirigidas aos determinantes de saúde (DGS, 2022b).

O PNS anteriormente mencionado comparou, ainda, entre 2009 e 2019 os anos de vida perdidos por mortalidade prematura (YLLs, na sigla inglesa) que são atribuíveis aos fatores biológicos, comportamentais e ambientais principais. Neste documento podemos observar que os *riscos ocupacionais* mantêm o 12º lugar, com uma variação negativa de 4,6% entre 2009 e 2019, e os *outros riscos ambientais* ascenderam uma posição na lista de ordenação, ocupando o 13º lugar (DGS, 2022b), conforme se observa na figura 1.

Figura 1

Listagem ordenada dos principais fatores de risco de morte prematura (YLLs) e variação percentual, por fator, da taxa (por 100.000 habitantes) de YLLs, em ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019.



Fonte. Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s, 2022, p.98, adaptado de: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Compare.

Focando-nos na figura anteriormente apresentada podemos refletir se alguns dos riscos apresentados no topo desta lista de ordenação poderão estar relacionados, indiretamente, com os riscos ocupacionais.

Simultaneamente, e partindo dos ODS diretamente mais relacionados com a saúde, em 2017, o desempenho de Portugal agravou em relação aos vários problemas e determinantes

de saúde, nos quais de incluem a morte prematura, doença e incapacidade atribuídas a riscos ocupacionais, tendo tido uma atribuição de 57,5 numa escala de 0 a 100 (DGS, 2022b).

Neste seguimento, um dos riscos a que um trabalhador pode estar exposto é o risco psicossocial. Este resultam das interações que decorrem entre o ambiente de trabalho, o seu conteúdo, as condições organizacionais e as capacidades dos trabalhadores, bem como as necessidades, a cultura e as considerações pessoais que podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho (Internacional Labour Organization [ILO], 2016). Assim, estes riscos decorrem de “deficiências na conceção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático, podendo ter efeitos negativos a nível psicológico, físico e social tais como stress relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão” (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2021, s.p.), apresentando um impacto significativo na sociedade, nas empresas e na própria economia.

Deste modo, é possível concluir que, através de uma abordagem adequada, lógica e sistemática, os riscos psicossociais podem ser prevenidos e geridos eficazmente, tal como os outros riscos existentes na saúde e na segurança no local de trabalho, permitindo a obtenção de ganhos quer para o trabalhador, quer para a comunidade onde este se insere, bem como para a sociedade em geral.

Entre os diversos riscos psicossociais que podem ocorrer no local de trabalho, destaca-se a violência, a qual apresenta consequências nocivas, podendo originar outros problemas que poderão afetar igualmente o trabalhador.

1.2 A VIOLÊNCIA

1.2.1 O fenómeno da violência

Ao falar-se em violência deve-se ter em consideração a evolução e a especificidade histórica associada, encarando-a conforme as diferentes civilizações (ARSLVT, 2018; DGS, 2016; Minayo, 2006), isto é, encontra-se relacionada com perspetivas sociais, psicológicas, políticas e filosóficas, englobando, culturas de diferentes países e até regiões específicas o que lhe confere um carácter dinâmico e não consensual.

Decorrente das recomendações da 49ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1996, a violência foi referenciada como um problema de saúde pública, devido à sua magnitude (dispersão geográfica, carga de morbilidade e de mortalidade), transcendência (impacto na pessoa e no sistema familiar e no sistema económico) e vulnerabilidade (pelo potencial de

prevenção) com urgência prioritária na sua prevenção. A OMS (Krug et al., 2002), define violência como o

uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações do desenvolvimento ou privação. (p.5)

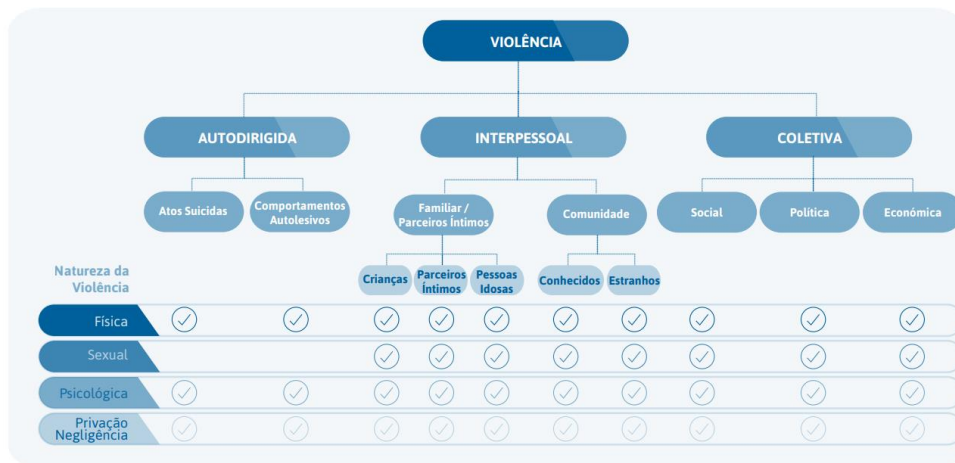
Mais recentemente, a Organização Internacional do Trabalho define violência e assédio como “um conjunto de comportamentos inaceitáveis, práticas ou ameaças originadas por uma ocorrência única ou de forma recorrente, que visam, resultam ou são suscetíveis de causar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou económicos” (ILO, 2020, p.8).

A abordagem ao fenómeno da violência deve ser realizada tendo por base o Modelo Ecológico da violência, utilizado pela OMS desde 2002, que refere que não existe apenas um único fator que explique quais os motivos que levam um determinado indivíduo a manifestar um comportamento violento em relação ao outro, ou o porquê de a violência existir com maior incidência em certas comunidades comparativamente a outras. A violência é o resultado da interação de diferentes fatores de risco e de proteção, que podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade da pessoa. Este modelo apresenta quatro diferentes níveis de influência de fatores de risco - individual, relacional, comunitário e social (DGS, 2016; DGS, 2020), os quais interagem entre si e sob os quais se deverá fomentar uma cultura de segurança em toda a sociedade.

A tipificação respeitante à tipologia da violência pode ser diferenciada em três categorias, dependendo de quem comete o ato de violência: autoinfligida (que inclui autoagressões, ideações e tentativas de suicídio e suicídio consumado), violência interpessoal (subdividindo-se em duas categorias: a violência intrafamiliar e a comunitária) e violência coletiva (podendo ter índole social, política, de classes, guerras e terrorismos). Por sua vez, a violência também pode ser classificada segundo a natureza dos atos violentos: violência física (como o uso da força), psicológica (atos verbais e não verbais que originem dano), sexual (qualquer ato sexual não consentido) e aquela que envolve a privação ou negligência (relacionada com a poder para privação ou omissão de cuidados necessários) (DGS, 2014; DGS, 2016; OMS, 2002). A figura 2 exemplifica a tipologia e natureza da violência.

Figura 2

Tipologia e natureza da violência.



Fonte. DGS, 2016, p.27, adaptado de Krug et al., 2002.

Atendendo à figura anterior, verifica-se que a violência contra os profissionais de saúde inclui-se na tipologia designada por violência interpessoal, na comunidade.

1.2.2 A violência no local de trabalho no setor da saúde

A violência no local de trabalho tem sido reconhecida como um desafio mundial (DGS, 2018), representando-se como uma grave ameaça quanto à eficiência e ao êxito das instituições. Assim, abordar a violência em contexto de trabalho nos serviços de saúde exige uma visão holística e compreensiva, sendo entendida como um problema estrutural com origem em fatores sociais, económicos, culturais e organizacionais (DGS, 2016).

Neste entendimento, a violência apresenta-se como uma problemática já expressa em vários PNS, mantendo-se prioritária no atual PNS 2021-2030 (DGS, 2022b). De facto, já o PNS 2004-2010 apontava a violência como um problema de significativa importância sugerindo-se medidas para a promoção de medidas para o seu combate (DGS, 2004).

Os contextos de prestação de cuidados de saúde podem originar ambientes mais vulneráveis e propensos a fenómenos violentos. A violência pode decorrer de um conjunto de determinantes individuais, relacionais, sociais e ambientais (Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, 2022), já referidos anteriormente no Modelo Ecológico da violência.

Deste modo, e reconhecendo a relevância do fenómeno da violência no setor da saúde, bem como a necessidade de responder aos compromissos assumidos a nível internacional e nacional no que se concerne à saúde e segurança, proteção no local de trabalho, jurídica e penal, é proposto o PAPVSS, que se encontra integrado no PNPVCV, aprovado pela

Resolução do Conselho de Ministros n.º1/2022 (2022) visando a definição de uma estratégia de prevenção da violência no setor da saúde, contribuindo para que tanto as entidades do Ministério da Saúde como os respetivos profissionais possam exercer a sua atividade de forma segura.

No âmbito deste plano, a violência no setor da saúde é definida como as situações em que um trabalhador, independentemente do seu vínculo jurídico, a desempenhar funções numa instituição que presta cuidados ou serviços de saúde do Ministério da Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, seja submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com o seu trabalho, a sua segurança, bem-estar ou saúde ou os de terceiros. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, 2022, p.7)

Relativamente ao âmbito dos Acidentes e Incidentes de trabalho, qualquer episódio de violência poderá ser considerado como acidente ou incidente de trabalho. Integrado no Sistema Nacional de Notificações de Incidentes encontra-se o NotifiQ@, consistindo num sistema de notificação on-line, disponível a nível nacional sendo confidencial e anónimo, por forma a identificar os episódios de violência ocorridos contra os PS no seu contexto de trabalho (DGS, 2016). Contudo, não basta apenas notificar na plataforma, é necessário proceder à sua notificação, por escrito, ao superior hierárquico incluindo testemunhas, se as mesmas existirem, e efetuar registo de queixas/denúncias de crime. Neste seguimento, somos remetidos para questão de violência enquanto crime: em Portugal, a violência, inclusive a que ocorre no setor da saúde, sobre os trabalhadores, no âmbito do Código Penal, é considerada como crime (DGS, 2020), uma vez que a ofensa à integridade grave e qualificada são consideradas como crimes públicos.

A violência no setor da saúde, quando se sucede a nível institucional, nomeadamente nos serviços de saúde, pode ocorrer entre utente/profissional, profissional/utente, profissional/profissional, hierarquia/profissional e profissional/hierarquia (DGS, 2020). No caso da violência utente/profissional, o facto de os sistemas de saúde terem vindo a tornar-se cada vez mais complexos e os utentes cada vez mais informados dos seus direitos, torna estes últimos mais exigentes, deixando o PS mais exposto a situações de manifestação de indignação, frustração, reclamação e potenciais conflitos (Antão et al., 2020; DGS, 2020).

No que diz respeito ao PAPVSS, este apresenta-se como um instrumento estratégico que orienta a política pública de saúde visando responder ao fenómeno da violência no setor da saúde, sendo que a figura 3 revela os objetivos do mesmo:

Figura 3

Desenvolvimento dos objetivos específicos pelos três objetivos gerais do PAPVSS.

| Objetivos Gerais | Objetivos específicos |
|---|--|
| I - Prevenir o mais amplamente possível a violência | <p>A - Conhecer e investigar o fenómeno da violência no Setor da Saúde</p> <p>D - Robustecer uma cultura de liderança e de gestão promotora do bem-estar no Setor da Saúde e preventiva da violência</p> <p>E -Reforçar a implementação de medidas no âmbito da Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional no Setor da Saúde que sejam promotoras de bem-estar e preventivas da violência enquanto risco profissional</p> <p>F - Fomentar a criação de ambientes seguros e saudáveis no Setor da Saúde no que respeita a formas de relacionamento interpessoal, estruturas, organização trabalho, equipamentos e circuitos</p> <p>G -Avaliar e monitorizar o risco de violência no Setor da Saúde</p> <p>H - Implementar medidas de segurança, preventivas da violência</p> <p>J - Formar e capacitar os/as profissionais da saúde para abordar a violência no local de trabalho no Setor da Saúde</p> <p>K - Promover a literacia na sociedade no âmbito da cidadania, das relações interpessoais saudáveis em todos os contextos do Setor da Saúde</p> <p>L - Promover o envolvimento de toda a sociedade na procura de soluções éticas para o fenómeno da violência no Setor da Saúde</p> |
| II - Abordar adequadamente os episódios de violência e apoiar as vítimas de | <p>B - Promover a identificação, a notificação e a análise dos casos de violência que ocorram no Setor da Saúde</p> <p>C - Definir e divulgar orientações para a prevenção e intervenção em relação à violência no Setor da Saúde</p> |
| III - Mitigar as consequências da violência | <p>I - Desenvolver respostas céleres e eficazes de cuidados de saúde e apoio psicossocial e jurídico em situações de violência</p> |

Fonte. DGS, 2020, p. 37.

Com vista a atingir os objetivos apresentados na figura 3, o PAPVSS propõe a realização de um conjunto de atividades que se encontram repartidas por cinco eixos de intervenção, como demonstra a figura 4, que serão de seguidas descritos.

Figura 4

Interseção dos eixos de atuação e dos objetivos do PAPVSS.



Fonte. DGS, 2020, p. 33.

O primeiro eixo, **Observatório** para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, consiste numa plataforma de comunicação, divulgação e interação do PAPVSS. Inclui o repositório de toda a evidência sobre o fenómeno da violência. Pretende identificar, notificar e analisar as situações de violência. Por sua vez, no que diz respeito ao segundo eixo, **Cultura organizacional**, visa a criação de um ambiente seguro e saudável nas várias unidades de saúde no que diz respeito às formas de relacionamento interpessoal, às estruturas, à organização do trabalho, aos equipamentos e aos circuitos. Este eixo encontra-se baseado numa liderança positiva bem como de uma gestão que se revele eficiente e participativa, permitindo abrandar as vulnerabilidades existentes no setor da saúde bem como diminuir os problemas de segurança. O eixo **Comunicação** advém do facto de que as situações de violência no setor da saúde interessam e afetam todos sendo, por isso, necessário envolver a sociedade – toda a população e não apenas os trabalhadores – através da sua formação e capacitação de modo a prevenir, abordar e controlar as situações de violência e as suas consequências. O quarto eixo designado por **Segurança** relaciona-se com elaboração e divulgação de orientações que permitam intervir e prevenir a violência no setor da saúde, conduzindo a boas práticas aquando na resposta à notificação destas situações, tanto no campo psicossocial como jurídico. O último eixo, **Ética**, advém da abordagem à violência bem como a existência de possíveis conflitos de valores éticos nos cuidados de saúde. A compreensão da complexidade, das incertezas e das dificuldades, tanto das pessoas como das organizações, bem como das mudanças e dos progressos sociais científicos e tecnológicos permite encontrar soluções para a violência no setor da saúde tendo por base os códigos de ética, os códigos de conduta das instituições bem como o respeito dos princípios e valores (Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, 2022).

Para se alcançar e concretizar cada um destes eixos, os objetivos específicos, apresentados na figura 3, poderão ser distribuídos e duplicados nos vários eixos de atuação, não se concentrando apenas num dos eixos, existindo uma interligação entre os mesmos.

Para o PAPVSS ser operacionalizado, dever-se-ão adotar medidas enquadradas num modelo de governação aos três níveis: regional, institucional e local, sendo criadas estruturas funcionais, designados por grupos operativos em cada um destes níveis. Estas medidas baseiam-se numa série de princípios orientadores segundo uma abordagem preventiva, sistemática, descentralizada e participativa, sensível e não discriminatória, integrada, sistémica, humanizada e sustentável (DGS, 2020). Assim, a nível regional encontram-se as ARS, a nível institucional refere-se os estabelecimentos ou os serviços de saúde (como Centros Hospitalares e ACES) e a nível local correspondem as unidades funcionais (no caso dos ACES poderá incluir as UCC, Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de

Saúde Personalizados, entre outras), para além dos departamentos, serviços e gabinetes (Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, 2022). Cada um destes grupos operativos assume determinadas intervenções, sendo designados conforme o nível a que correspondem: Grupo Operativo Regional (GOR), Grupo Operativo Institucional (GOI) e Grupo Operativo Local (GOL). Esta estruturação permite que as intervenções a serem realizadas, por forma a obter melhores resultados, deverão ter um enquadramento não só nacional e regional como também deverão ser operacionalizadas em cada local, conforme a especificidade do contexto.

Assim, contextos laborais com qualidade, confiantes e justos permitirão a criação de ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros, indo ao encontro do OSD 16 “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis” cujo Objetivo 16.1 apela à redução de todas as formas de violência bem como as taxas de mortalidade a ela associadas em todos os lugares (DGS, 2022b; WHO, 2020).

Concluindo, ambientes de trabalho que sejam seguros e saudáveis contribuem para a prevenção de situações de violência e, conseqüentemente, para o aumento da satisfação do trabalhador bem como para serviços de melhor qualidade.

1.2.3 A violência nos profissionais de saúde no mundo e em Portugal

A violência contra os PS é um fenómeno do setor da saúde que afeta o mundo na sua generalidade.

Considerado como um problema de saúde pública, a violência apresenta uma magnitude, transcendência e vulnerabilidade com um elevado potencial de intervenção.

A OIT, baseada no estudo de Cooper e Swanson (2002), afirma que cerca dos 25% de todos os incidentes violentos ocorridos no trabalho foram no sector da saúde, sendo que mais de 50% dos PS sofreram tais incidentes, anualmente. Paralelamente, a WHO (2022) revela que até 38% dos PS em todo o mundo sofrem violência em algum momento da sua vida profissional. De facto, nos Estados Unidos da América, o setor dos cuidados de saúde e o setor dos serviços sociais são aqueles que apresentam as taxas mais elevadas de lesões causadas pela violência no local de trabalho para além de estes trabalhadores apresentarem 5 vezes mais probabilidade virem a sofrer lesões decorrentes da violência no local de trabalho do que os trabalhadores de outras indústrias (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2018).

Quando se aborda a violência, facilmente ocorre uma associação com a violência física, provavelmente devido aos efeitos visíveis que a mesma provoca, no entanto, verifica-se que a violência física é menos frequente que a violência psicológica, nomeadamente a violência

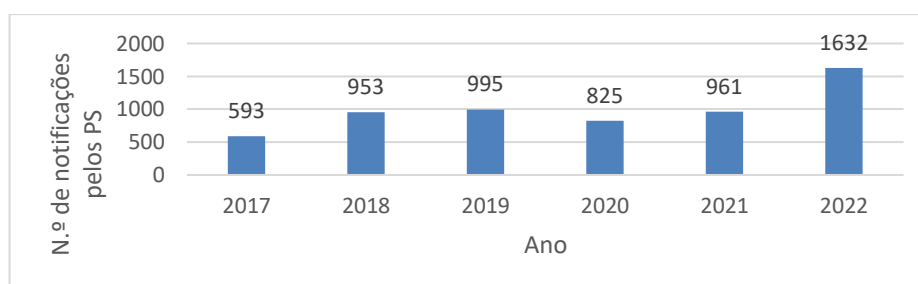
por agressão verbal. Vários estudos internacionais provenientes do Brasil, Turquia e Paquistão, revelam que a violência psicológica, nomeadamente a exposição a agressões verbais, é a mais relatada pelos PS, sendo seguida da violência física e, em minoria, a violência/assédio sexual (Arif et al., 2022; Liu et al., 2019; Pai et al., 2018; Palagi et al., 2015).

Observando-se a violência, no setor da saúde, como um fenómeno de dimensão mundial, considera-se, desta forma, relevante referir alguns os estudos realizados a nível nacional.

De acordo com os dados da DGS (2020, 2022A), verifica-se um aumento do n.º de notificações referentes a episódios de violência contra PS, destacando-se um aumento de cerca de 40% das notificações em 2022 em relação ao ano anterior, conforme revela o gráfico 1.

Gráfico 1

Número de notificações realizadas pelos PS entre 2017 e 2022.



Fonte. Construção própria, adaptado de DGS, 2020; DGS, 2022^a.

Constata-se que em 2022 foram registados 1632 episódios de violência contra PS, o que corresponde a quase cinco casos por dia.

Até outubro de 2022 os dados indicavam que a maioria do registo destas ocorrências era de médicos (32%), seguido de enfermeiros (31%) e assistentes técnicos (29%), sendo os restantes (9%) referentes a outras classes profissionais (DGS, 2022c).

Indo ao encontro dos estudos internacionais anteriormente referidos, a nível nacional no mesmo período acima referido, também se verificou-se uma predominância da violência psicológica (67%), seguida do assédio (14%) e, por último, de violência física (13%) no período acima referido (DGS, 2022c).

Os principais agressores são os utentes (56%) seguidos de um familiar do utente (21%) e dos PS da mesma unidade de saúde (19%) (DGS, 2019). De notar que, apesar de que a ordem apresentada possa variar entre os vários estudos nacionais e internacionais, constata-se alguma convergência em relação às formas e aos principais agressores (Liu et al., 2019; Pai et al., 2018).

A violência nos Cuidados de Saúde Primários foi retratada num estudo da Cooperação Garcia de Orta (Ferrinho et al., 2003), tendo 54% dos PS de um Centro de Saúde revelado ter sido alvo de pelo menos um episódio de violência nos 12 meses anteriores ao estudo. Concomitantemente, focando-se entre 2018 e 2019, o estudo a nível nacional realizado pela Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-NA) revelou a ocorrência de 88,5% episódios de violência contra os PS nos últimos doze meses nas Unidades de Saúde Familiar. Destes, cerca de 86% correspondiam a episódios de violência verbal, 60% a episódios de ameaça, 49% a atos de injúria, 45% a fenómenos de difamação, 33% a situações de coação, 15% a episódios de violência física e 11% a atos discriminatórios (USF-NA, 2019).

1.2.4 O impacto e os custos da violência no local de trabalho

Os riscos psicossociais são um dos atuais maiores desafios para a saúde e segurança no trabalho, provocando “efeitos negativos a nível psicológico, físico e social tais como stress relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão” (EU-OSHA, 2021, s.p.).

Neste entendimento, a violência no local de trabalho é considerada pela Organização Internacional do Trabalho como um dos riscos ocupacionais mais graves, revelando-se também como um problema de saúde pública global prejudicando não apenas o seu *alvo* imediato, mas também todas as pessoas (ILO, 2020). Este risco ocupacional apresenta, deste modo, um grande impacto na sociedade, com consequências para as instituições e, naturalmente, na economia.

As consequências dos episódios de violência no local de trabalho refletem-se na pessoa agredida, na instituição/organização, para o agressor e para a sociedade (DGS, 2020).

Na pessoa agredida poderão ocorrer danos físicos e/ou psicológicos afetando temporária ou permanentemente a capacidade da pessoa para executar o seu trabalho, bem como interferir na sua esfera pessoal, profissional e social. Do ponto de vista físico poderão se verificar alterações a nível do sistema imunitário, de patologias do foro oncológico, cardíaco, digestivo, somático e na saúde sexual e reprodutiva (DGS, 2020; DGS, 2021a; ILO, 2020). Já do ponto de vista psicológico, a pessoa agredida poderá sofrer traumas severos que interferiram na sua saúde mental, no bem-estar e na autoestima podendo, inclusivamente, nunca vir a recuperar dos mesmos (DGS, 2021a; EU-OSHA, 2020; WHO, 2023). Assim, a pessoa agredida poderá sentir tristeza, culpa, vergonha, desconfiança e descrença perante a situação vivenciada (DGS, 2021a; Ielapi et al., 2021; Mento et al., 2020), originando ansiedade e sentimentos de medo, insegurança e raiva, potenciando alterações do sono (insónias), gerando stress crónico, situações de esgotamento (burnout) e depressão (DGS, 2020; DGS,

2021a; ILO, 2020). Por outro lado, poderá ocorrer um abuso de substâncias bem como o aumento do risco de suicídio (DGS, 2021a), interferindo e deteriorando as relações com aqueles que convivem com a pessoa agredida. Não é possível calcular, em termos de sofrimento e de dor, o custo humano da violência enquanto risco psicossocial, uma vez que o mesmo não é diretamente visível. O seu impacto não é apenas ao nível da saúde (física, psicológica e social) da pessoa, mas também da sua família e na própria comunidade.

Quanto à instituição, os efeitos podem dividir-se em dois grupos: os efeitos de produção e os efeitos com a reputação. No que se refere à produção, estes custos refletem-se na ausência ao trabalho, temporária ou permanentemente (ILO, 2020; WHO, 2023), quer para obtenção de cuidados de saúde após a ocorrência de episódios de violência (como urgências, consultas, tratamentos), quer pela licença por motivo de doença (DGS, 2016; DGS, 2021a). Verifica-se um aumento de custos associados, devido à quebra (parcial ou total) do desenvolvimento das atividades e produtividade, isto é, origina “um fraco desempenho geral da empresa, aumento do absentismo, “presenteísmo” (...) e subida das taxas de acidentes e lesões” (EU-OSHA 2021, s.p.) representando, desta forma, uma ameaça ao bom funcionamento das instituições, para além da necessidade de recrutamento, integração e formação de novos trabalhadores (ILO, 2020). Paralelamente, também poderá resultar em sofrimento tanto para os restantes trabalhadores, com risco de desmotivação, diminuição do desempenho e da produtividade (Arif et al., 2022; Ielapi et al., 2021; ILO, 2020; Mento et al., 2020; Watson et al., 2020). Por último, a nível da reputação da instituição, o impacto da ocorrência de uma situação de violência poderá manifestar-se na imagem pública e no próprio meio laboral da instituição, prejudicando a cultura organizacional.

No que se refere à pessoa agressora, os efeitos relacionam-se com as consequências legais e a imagem da mesma perante a sociedade e os próprios trabalhadores do local de trabalho quer da pessoa agredida, quer do agressor (DGS, 2021a), bem como originar vítimas secundárias, como os familiares e amigos da pessoa agressora.

Por último, para a sociedade, na medida em que os episódios de violência poderão gerar sentimentos de maior ou menor confiança, segurança, justiça ou indignação (DGS, 2020), bem como o aumento dos custos no que se refere a serviços de apoio social, de saúde e de segurança social (ILO, 2020).

Dados estatísticos revelam que, no conjunto dos 21 países que fazem parte da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico designada por OCDE, verificou-se uma taxa de absentismo nas últimas quatro semanas de 19% em 2010, com uma duração média de 4,8 dias de ausência, em trabalhadores sem doença mental (Conselho Nacional de Saúde, 2019). No que se refere a Portugal, em 2014, verificou-se que a ausência

ao trabalho devido a problemas de saúde (não especificados) nos últimos 12 meses apresentados foi de 23,4%, variando entre 1 e 7 dias e correspondendo a 59,9% dos casos, seguindo-se ausências entre 31 e 180 dias com 13,9% (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Deste modo, facilmente se depreende que a existência de equilíbrio no ambiente do trabalho promove a motivação, a satisfação e a produtividade no local de trabalho melhorando, conseqüentemente, a saúde do trabalhador. Por outro lado, a ocorrência de um desequilíbrio no ambiente de trabalho, poderá originar e aumentar o risco de danos físicos e mentais nos trabalhadores aumentando o risco de insatisfação, o aparecimento/agravamento de conseqüências psicofisiológicas, bem como a ocorrência de incidentes, acidentes de trabalho e o aumento das taxas de absentismo ao trabalho.

Um outro aspeto relevante a abordar é o stress, enquanto risco psicossocial e enquanto resultado da vivência de um episódio de violência. Os trabalhadores do setor da saúde encontram-se expostos a níveis de intensidade de trabalho mais elevados, enfrentando desafios emocionais como gerir e lidar com utentes/família/comunidades que se poderão encontrar emocionalmente alterados. A EU-OSHA (2021) afirma que, apesar do stress originar 50% dos dias de trabalho perdidos, aproximadamente metade dos trabalhadores europeus considera o stress como uma situação comum no seu local de trabalho. O stress em excesso torna-se nefasto para a saúde do trabalhador uma vez que a pessoa deixa de ser capaz de lidar com exigências adicionais (Autoridade para as Condições do Trabalho, 2012) e, até mesmo, com as exigências do seu quotidiano.

Por último, a violência na área da saúde, de acordo com Oliveira et al. (2016), induz efeitos diretos na própria saúde, tanto nos PS como nos próprios utentes e na sociedade, sendo que qualquer forma de violência desfavorece a humanização dos cuidados uma vez que ocorre a desvalorização do profissional de saúde (Oliveira & Fontana, 2012).

1.3 AS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A prestação dos cuidados de saúde é beneficiada quando existem ambientes seguros, saudáveis e que promovam a confiança, propiciando qualidade de vida não só para aqueles que recebem como para aqueles que os prestam.

Os PS, devido à maior exposição com o público, encontram-se mais suscetíveis a riscos, onde se inclui uma maior disposição de ocorrência de situações de agressão ou de violência (Busnello et al., 2021; OMS, 2002).

Os agrupamentos de centros de saúde, ACES, podem compreender diversas unidades funcionais, nas quais se incluem as UCC, sendo que, de acordo com o artigo 3º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril (2009),

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.
(p. 15438)

As UCC enfrentam diversos desafios, uma vez que, ao pretenderem melhorar o estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, intervindo no âmbito comunitário (Despacho n.º 10143/2009, 2009) a sua atividade é desenvolvida essencialmente no exterior da organização, predispondo os PS a um maior risco de ocorrência de situações de violência ou de agressão, em ambientes inseguros e vulneráveis.

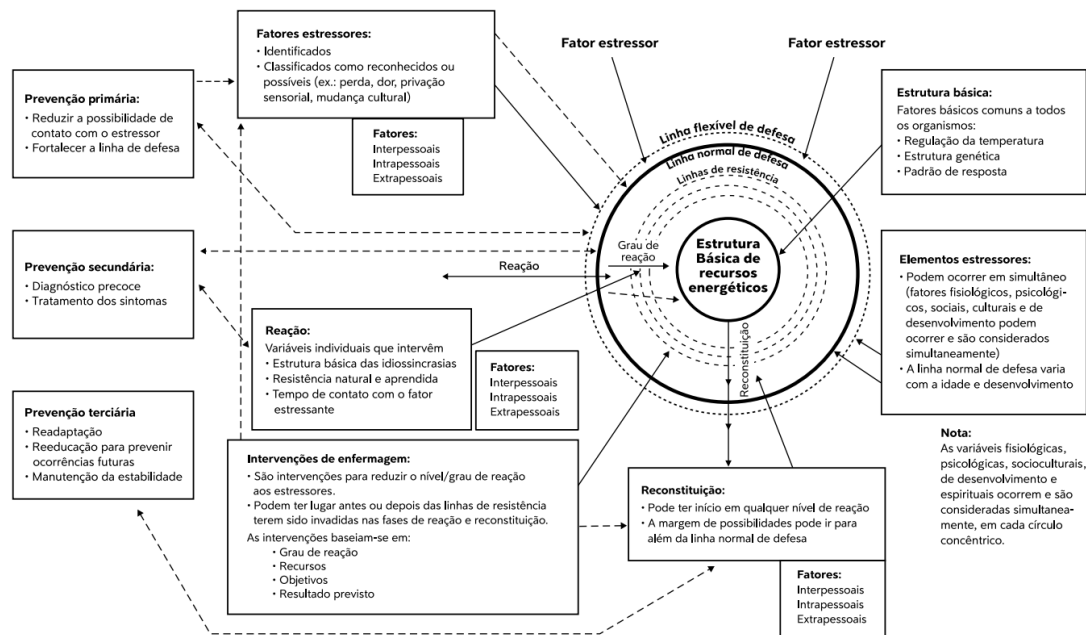
Estes PS, embora possam não permanecer diariamente junto dos utentes tanto tempo como acontece nas instituições de internamento hospitalar, na realidade, face às áreas de intervenção assumidas/carteira de serviços disponibilizada encontram-se mais expostos a ambientes (externos) inseguros, vulneráveis e propensos a situações de risco de violência, nos quais se encontram utentes/familiares mais vulneráveis que se poderão tornar agressivos, para além do próprio ambiente residencial ao qual se deslocam.

1.4 MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O quadro conceptual selecionado para nortear este PIC corresponde ao Modelo de Sistemas, apresentado na figura 5, desenvolvido por Betty Neuman. Este modelo apresenta os fatores stressores e a reação aos mesmos como elementos principais, para além da gestão da saúde e de situações de crise, os quais podem ocorrer conseqüentemente como resposta ao stress.

Figura 5

Modelo de Sistemas de Betty Neuman.



Fonte. Pestana-Santos, 2021.

O centro do sistema “pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou um assunto.” (Neuman & Fawcett, 2011, p. 15), contudo, de modo a facilitar a leitura deste subcapítulo, designaremos como pessoa.

A base filosófica deste modelo centra-se no holismo, na orientação, no bem-estar e na perceção da pessoa, para além da perspetiva de sistemas dinâmicos de energia e interação de diversas variáveis com o meio ambiente (Neuman & Fawcett, 2011). Neste modelo, a pessoa apresenta-se como um *sistema aberto* e dinâmico, em constante interação com o ambiente, ocorrendo ciclos de entrada, de processo e de saída (influência de diversas variáveis), que se autossustentam de forma contínua e dinâmica (Tomey, 2004). Este sistema aberto é suficientemente flexível para que a pessoa tenha a capacidade de lidar adequadamente perante os elementos (stressores) com os quais se cruza (Neuman & Fawcett, 2011), os quais diferem entre pessoas. Estes elementos poderão ser intra, extra e interpessoais.

Partindo da figura 8, anteriormente apresentada, verificamos a existência de círculos concêntricos que se organizam em linhas constituindo o sistema à volta da estrutura básica. Estas linhas poderão ser de resistência, normais de defesa ou flexíveis de defesa, as quais permitem o restabelecimento da estabilidade, quando eficazes, atenuando ou revertendo o efeito dos elementos stressores (Lowry & Aylward, 2015; Pestana-Santos, 2021). Todas as

linhas são afetadas por elementos de origem fisiológica, psicológica, social, cultural e de desenvolvimento (Pestana-Santos, 2021).

Ora, refletindo sobre a temática deste PIC, verifica-se que os contextos de saúde podem traduzir-se em ambientes inseguros, vulneráveis e propensos à violência apresentando, assim, elementos stressores para aqueles que os frequentam.

É fundamental o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP realizar um adequado diagnóstico de situação identificando, por exemplo, os diversos elementos stressores, de forma a atuar sobre os mesmos, promovendo simultaneamente o envolvimento da pessoa – que, como referido inicialmente, poderá ser um indivíduo/grupo/família/comunidade. Esta identificação será mais correta e adequada quanto maior for o envolvimento da pessoa.

Desta forma, neste modelo, a intervenção de enfermagem foca-se na prevenção, que poderá ser primária (reduzir a possibilidade de ser submetido a um elemento stressor), secundária (minimizar os efeitos quando submetido a um elemento stressor) ou terciária (reduzir os efeitos residuais, após tratamento, do elemento stressor) (Pestana-Santos, 2021). Ao se integrar no Paradigma da Integração, este modelo encontra-se orientado para a pessoa. Os cuidados de enfermagem pretendem contribuir para que a pessoa mantenha ou restabeleça o equilíbrio, a homeostasia e a estabilidade preservando, simultaneamente, o máximo de energia possível (Tomey, 2004), ou seja, a enfermagem é vista como um processo de *agir com* a pessoa, procurando responder às suas necessidades.

2 ENQUADRAMENTO PRÁTICO

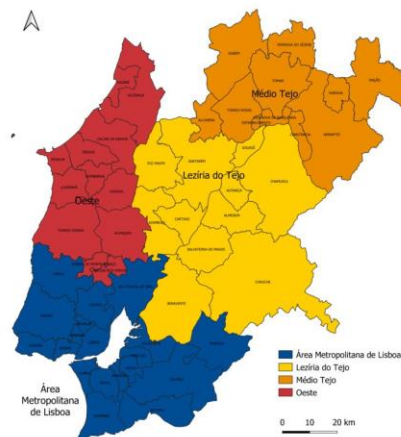
Visando o estabelecimento de uma intervenção dirigida, procedeu-se a uma contextualização do local onde foi desenvolvido o PIC. Assim, o presente capítulo pretende esboçar uma breve caracterização do concelho onde se insere a UCC onde foram desenvolvidos os estágios e, conseqüentemente, o PIC; do ACES e da própria UCC.

2.1 A COMUNIDADE

A Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), com uma área de 12.216Km², encontra-se abrangida na Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUTS) III, e inclui a área Metropolitana de Lisboa, Lezíria do Tejo, Médio Tejo e Oeste, sendo composta por 52 concelhos e 355 freguesias (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de LVT, 2022), conforme revela a figura 6.

Figura 6

Área geográfica da Região de LVT, NUTS III e Municípios, em 2022.



Fonte. Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo, 2022.

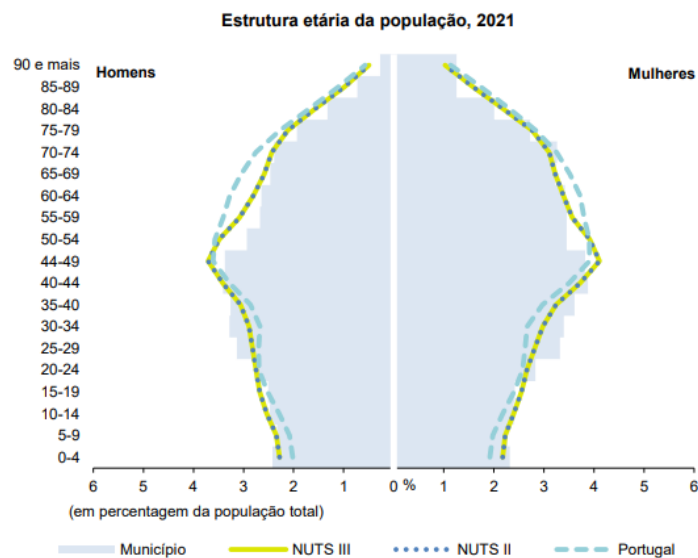
Segundo a fonte supracitada, em 2021, a população residente na região de LVT era de 3.699.605 habitantes, tendo apresentado um crescimento populacional de 1,7% comparativamente a 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022).

O local de realização dos estágios encontra-se inserido num dos concelhos que integra região acima mencionada, sendo doravante designado por concelho AA.

Apesar do concelho AA se apresentar como sendo o mais pequeno da região de Lisboa, os seus habitantes, distribuídos por uma área total de 23,79 km², perfazem uma densidade populacional de 7210 habitantes/km² (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], 2022), revelando ser o concelho com maior densidade populacional no país em 2021. A estrutura etária da população deste concelho apresenta uma pirâmide decrescente, apresentando uma base estreita, onde se verifica uma diminuição do número de jovens (14,2% em 2021 face a 14,8% em 2011) evidenciando um gradual envelhecimento populacional, com um aumento da percentagem de idosos (22,2% em 2021 face a 18,7% em 2011) com alguma estabilidade na população de idade adulta, mas que tende a diminuir conforme o aumento da idade, acompanhando a tendência nacional e da NUTS onde se insere, ainda que se mantenha inferior ao índice nacional, conforme pode ser observado na figura 7.

Figura 7

Estrutura etária da população no concelho (município), nas NUTS e em Portugal, em 2021.



Fonte. INE (2021).

Destaca-se neste concelho um aumento do índice de envelhecimento (de 126,4% em 2011 para 156,4% em 2021) sendo que, por cada 100 residentes, existiam 15 jovens com menos de 15 anos, 63 adultos e 22 idosos (FFMS, 2022).

No que diz respeito à estrutura familiar, a dimensão média das famílias é de 2,3. Constatase uma percentagem elevada de famílias de 3 ou mais pessoas, encontrando-se nos 36,5% em 2021, registando uma diminuição face a 2011, que revelava ser 39,0%. Em paralelo ocorreu um aumento das famílias unipessoais (FFMS, 2022).

A população estrangeira residente no concelho AA é de 19.198 habitantes, equivalendo a 11,92% dos residentes (FFMS, 2022). De facto, em 2016 a população estrangeira neste concelho representava, aproximadamente, 9% do total da população distribuídas por 99 diferentes nacionalidades. Contudo, esta percentagem sobe para 18% se considerarmos a nacionalidade e a naturalidade dos residentes (Moreno et al., 2018). Os dados indicam, a nível social, uma elevada proporção de migrantes, provenientes de países do continente africano (FFMS, 2022), conferindo a este concelho uma forte componente multicultural devido à elevada presença de comunidades estrangeiras no seu território.

Quanto ao nível socioeconómico, a população residente encontra-se empregada essencialmente no Setor dos Serviços (85,6%), sendo o Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem de 1299,20€ no ano de 2019, com um poder de compra que tem vindo a diminuir (FFMS, 2022). A taxa de desemprego neste concelho foi de 9,9% (superior à nacional, de 5,8%), contudo a taxa de desempregados inscritos no centro de emprego da população residente no concelho AA tem vindo a diminuir desde 2013 de 10,8% para 4,0% em 2022, verificando-se um discreto agravamento em 2020 e 2021, possivelmente associado à pandemia COVID-19. Constatam-se, ainda, que em 2020 os beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social, em percentagem, da população residente com idade superior a 15 anos era de 2,9% a nível nacional, sendo no concelho AA de 3,2% (FFMS, 2022).

Do ponto de vista habitacional, a percentagem de alojamentos ocupados pelo proprietário em 2021 diminuiu, o que poderá justificar-se com o elevado valor médio de compra de propriedades no concelho. Este concelho apresenta um forte investimento a nível da construção e na habitação social e na eliminação de núcleos precários, principalmente na primeira década do século XXI (Câmara Municipal do Concelho AA, 2021) verificando-se uma passagem de 63 para 20 habitações improvisadas (o que inclui barracas e habitações rudimentares) entre 2011 e 2021 (FFMS, 2022). Por outro lado, a habitação foi construída principalmente entre 1961 e 1980, correspondendo a 5738 habitações, seguida da construção entre 1981 e 2000 com 3377 habitações, num total de 12.542 edifícios (INE, 2021; FFMS, 2022), revelando um parque habitacional envelhecido e, por vezes, degradado.

No que respeita à criminalidade no concelho AA, verificam-se elevados níveis de criminalidade, apesar da sua significativa redução nos últimos anos. Denota-se um discreto aumento nos crimes contra a integridade física e um aumento mais relevante nas variantes relacionadas com a condução, como expõe a tabela 1.

Tabela 1

Taxa de criminalidade, em percentagem, por localização geográfica e categoria de crime, nos anos de 2016 e 2022.

| Localização geográfica | Portugal (%) | | Área Metropolitana de Lisboa (%) | | Concelho AA (%) | |
|---|--------------|------|----------------------------------|------|-----------------|------|
| | 2016 | 2022 | 2016 | 2022 | 2016 | 2022 |
| Categoria de crime | | | | | | |
| Total das categorias | 32,0 | 32,8 | 37,3 | 35,6 | 38,0 | 35,7 |
| Crimes contra a integridade física | 5,1 | 5,3 | 5,2 | 5,6 | 6,0 | 6,2 |
| Furto/roubo por esticção e na via pública | 1,0 | 0,7 | 2,4 | 1,4 | 4,5 | 1,7 |
| Furto de veículo e em veículo motorizado | 3,2 | 2,8 | 3,8 | 3,3 | 3,7 | 2,7 |
| Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l | 2,0 | 2,1 | 1,9 | 1,6 | 2,3 | 3 |
| Condução sem habilitação legal | 0,9 | 1,4 | 1,0 | 1,8 | 1,5 | 2,7 |
| Crimes contra o património | 16,6 | 16,6 | 22,0 | 19,3 | 20,5 | 15,7 |

Fonte. Construção própria, adaptado de INE, 2022.

Em 2021, o concelho AA encontrava-se em oitavo lugar em 308 municípios registados em Portugal relativamente ao total de crimes registados pelas polícias (FFMS, 2022). Quanto à tipologia desses crimes, comparativamente a nível nacional, verifica-se uma franca melhoria em todos os tipos de crime exceto contra o Estado, embora as percentagens de crimes no concelho não deixem de induzir preocupação, como se observa na tabela 2.

Tabela 2

Crimes registados pela polícia, por tipo de crime, a nível de Portugal e no concelho AA, em 2021, em percentagem e respetiva taxa de variação comparativamente a 2016-2021.

| Tipo de crime registado pela polícia | Portugal | | Concelho AA | |
|---|----------|------------------|-------------|------------------|
| | % | Taxa de variação | % | Taxa de variação |
| Contra as pessoas | 25,8 | -3,7 | 23,9 | -13,6 |
| Contra o património | 50,2 | -11,9 | 52,1 | -20,6 |
| Contra a vida em sociedade | 11,4 | -20,1 | 9,4 | -32,8 |
| Contra o Estado | 2,2 | 15,7 | 4,0 | 24,3 |
| Contra a identidade cultural, integridade pessoal | 0,1 | 388,6 | 0,1 | --- |
| Legislação Avulsa e Outros | 9,6 | 4,6 | 9,9 | -5,0 |
| Total | 100 | 8,9 | 100 | -17,9 |

Fonte. Construção própria, adaptado de FFMS, 2022.

De modo a combater o flagelo dos crimes violentos e graves no concelho AA, desde 2012 que se encontra instalado um sistema de videovigilância no concelho, capaz de captar imagens durante 24 horas sem som, sendo controlado pela Polícia de Segurança Pública (PSP), o qual, face aos recentes números positivos tem sido renovada a sua concessão e alargada a sua área de abrangência.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

A ARSLVT é composta por áreas funcionais (serviços centrais) que suportam a própria dinâmica e incorporam 15 ACES (serviços desconcentrados) (ARSLVT, 2021).

O ACES AA apresenta uma área de influência que é sobreponível ao concelho da sua área de abrangência, dividindo-se em 6 freguesias e estabelecendo fronteira terrestre com quatro concelhos (ARSLVT, 2021).

Os dados mais recentes - outubro de 2023 - indicam que o ACES AA tem um total de inscritos de 180.521 utentes, englobando uma Unidade de Saúde Pública, sete Unidades de Saúde Familiar (3 modelo A e 4 modelo B), três Unidade de Cuidados Personalizados e uma UCC (Ministério da Saúde [MS], 2022a). O organigrama expõe ainda a existência de uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e um Centro de Diagnóstico Pneumológico, a qual abrange uma população para além do ACES do concelho, sendo que nestas unidades prestam funções cerca de 521 colaboradores de distintos grupos profissionais (MS, 2022a; MS, 2022b).

Residem no concelho de abrangência do ACES AA um total de 171.454 pessoas, menos 3682 face a 2011, dos quais 79.393 eram do sexo masculino e 92.061 do sexo feminino (FFMS, 2022). Encontravam-se inscritos neste ACES 177.774 utentes em maio de 2022, sendo que o número de utentes abrangidos pela respetiva UCC situava-se nos 148.298.

A UCC, sediada numa das freguesias do concelho AA, localiza-se no piso inferior do mesmo edifício onde se encontra a Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Saúde Familiar, e foi formalizada a 15 de julho de 2010 (MS, 2022a). O seu horário de funcionamento é aos dias úteis das 9 horas às 20 horas.

A missão da UCC consiste em

contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. (MS, 2022a, s.p.)

com a visão de prestar cuidados de saúde de qualidade e de proximidade com os cidadãos, de forma sustentável, baseando-se numa gestão aberta e participada (MS, 2022a).

O Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008, p.1184) refere que “a equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos”, sendo que a equipa multidisciplinar desta UCC, era constituída por, cerca de 21 enfermeiros, dos quais dois são enfermeiros gestores, sendo um deles o coordenador da UCC. Relativamente à categoria profissional, estes enfermeiros distribuem-se enquanto enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas nas várias especialidades (Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Complementando a equipa multidisciplinar verifica-se, ainda, a existência de uma técnica de serviço social, uma fisioterapeuta, uma assistente técnica e um assistente operacional. Contratualizado com outras unidades funcionais do ACES, em função do número de horas de trabalho, existe ainda um psicólogo e um médico.

A intervenção desta UCC é orientada para todas as pessoas ao longo do ciclo vital, prestando cuidados centrados na família, visando a sua capacitação, fundamentando-se na sua independência e direitos/valores (UCC AA, 2014). Apesar da equipa ser multiprofissional, na realidade o grupo profissional mais prevalente é o de enfermagem, sendo utilizado o modelo de *enfermeiro de referência* na organização do trabalho e na prestação de cuidados, por favorecer a interação entre o enfermeiro/equipa/utente/família. Este método privilegia o utente enquanto foco de atenção dos cuidados de enfermagem, promovendo a articulação e a relação de confiança entre todos os intervenientes. Contribui, desta forma, para a tomada de decisões em conjunto, mediante uma comunicação verdadeira, realista e ajustada, permitindo a diminuição da ansiedade e angústia do utente dado favorecer o esclarecimento de dúvidas que originem receios e medos (UCC AA, 2020).

Este método de organização do trabalho é aplicado aos vários programas e projetos da carteira de serviços desta UCC, a qual é disponibilizada aos residentes na área geográfica do concelho AA. Assim, os mesmos dividem-se em:

- Projetos de intervenção no âmbito do Programa de Cuidados Continuados e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), onde se inclui o Projeto Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Constituída por 3 ECCI, distribuídas por áreas geográficas, incluem enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e médico, os quais intervêm conforme um plano individual de cuidados face às suas necessidades.

- Projetos no âmbito da Intervenção a Crianças e Jovens em idade escolar, onde se inclui o Projeto de Intervenção na População Escolar (PIPE). Constituída por enfermeiros e psicólogos, pretende capacitar a comunidade educativa, apresentando atualmente o Projeto Sexualidade com responsabilidade.
- Projetos de Intervenção na área da saúde reprodutiva e sexual, onde se inclui o Projeto de Preparação para o Nascimento e Parentalidade. Constituída por uma equipa multidisciplinar, abrange o Curso de Preparação Para o Nascimento e Parentalidade (CPPNP) destinada à grávida/casal grávido.
- Projetos de Intervenção no âmbito das Crianças e Jovens em Risco e Vulnerabilidade, onde se incluem dois projetos: o Projeto Estamos Presentes (EP). Constituída por enfermeiros e uma técnica de serviço social, com ações de natureza preventiva, centra-se na criança até aos 2 meses e família com critérios considerados como de risco ou vulnerabilidade para maus-tratos; e o Projeto Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). Constituída por uma equipa multidisciplinar de profissionais da UCC, inclui profissionais de enfermagem, serviço social, psicologia e medicina, pretende detetar precocemente situações de maus-tratos, situações de risco, mediante o acompanhamento, sinalização e encaminhamento de casos para outros serviços.
- Projetos de Intervenção aos Cuidadores Informais, onde se inclui o Projeto do Estatuto do Cuidador Informal. Constituída por uma equipa multidisciplinar, visa capacitar e apoiar o cuidador informal no processo de cuidar da pessoa dependente.

Verifica-se que, tal como preconizado no Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008), através dos vários projetos anteriormente mencionados, a prestação de cuidados é feita essencialmente no âmbito domiciliário e comunitário.

A nível dos recursos físicos e materiais, a UCC dispõe de diversos gabinetes de trabalho, em que, dentro da possibilidade, são distribuídos essencialmente de acordo com os projetos, bem como áreas comuns partilhadas, sala de reuniões, instalações sanitárias e vestiários. Diariamente a UCC dispõe de uma viatura automóvel, para efetuar visitação domiciliária, encontrando-se ainda adquirida a contratação de serviços de transporte de táxi para a prestação de cuidados de saúde, isto é, para as restantes visitas domiciliárias/deslocações.

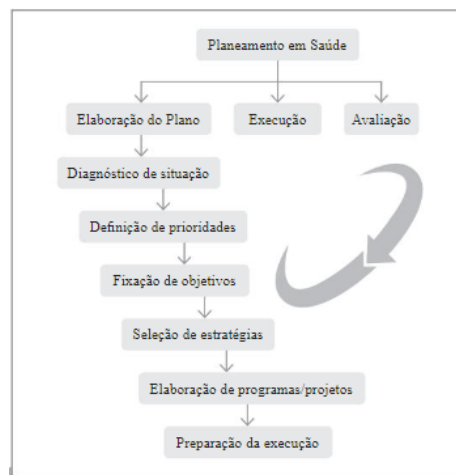
3 METODOLOGIA

O sucesso de uma ação parte de um adequado planeamento, uma vez que permite racionalizar e otimizar os recursos, por vezes escassos, de forma a assegurar uma resposta mais eficiente às necessidades e interesses da comunidade, segundo os seus determinantes de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

O presente PIC teve por base a Metodologia do planeamento em saúde, a qual se divide em três grandes etapas: elaboração do plano, execução e avaliação. Assim, de modo resolver ou reduzir os problemas identificados como prioritários, após um adequado diagnóstico de situação, são fixados os objetivos e selecionadas estratégias. Seguidamente, a preparação operacional, isto é, a elaboração de programas e projetos bem como a preparação da execução decorre num tempo pré-definido, sendo posteriormente avaliada através da medição e da comparação dos ganhos atingidos através das atividades implementadas. A figura 8 ilustra as várias etapas deste processo.

Figura 8

Etapas do processo de Planeamento em Saúde.



Fonte. Melo, 2020, p.3 (adaptado de Imperatori & Giraldes, 1993).

Este plano é orientado para o futuro, sendo caracterizado como um processo permanente, contínuo e dinâmico (Melo, 2020), interativo, cíclico e em espiral (Tavares, 1990), uma vez que permite alterações e atualizações constantes a qualquer momento, as quais alteram o ponto de partida (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O primeiro passo num processo de planeamento em saúde é o diagnóstico de situação (Tavares, 1992). Um adequado e correto diagnóstico de situação permite definir o perfil de saúde de uma população, possibilitando a identificação e a priorização dos problemas e das necessidades de saúde da mesma, esclarecendo e determinando as intervenções prioritárias que permitem obter potenciais ganhos em saúde (DGS, 2016).

Desta forma, pode-se considerar que esta etapa permite uma atuação eficiente, eficaz e segura, permitindo melhor da saúde.

3.1.1 Determinação da população-alvo

De forma a estabelecer um PIC que visasse “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.23), foram realizadas observações e conversas informais quer com o enfermeira gestora quer com a equipa de enfermagem da UCC acompanhando-se, simultaneamente, a equipa nos vários Projetos existentes principalmente nas duas primeiras semanas do estágio I, que se mantiveram durante o restante período de estágio, permitindo a observação direta da prestação de cuidados pelos mesmos.

O documento *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022*, da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., apresenta a contratualização estabelecida nos cuidados de saúde primários permitindo, transversalmente, manter um processo de melhoria contínua a nível da qualidade, da autonomia responsável, conduzindo a melhores resultados em saúde e conferindo valor tanto para os utentes, como para os profissionais e para o próprio Sistema Nacional de Saúde (MS, 2022b).

Desta forma, as necessidades sentidas pela UCC no ano 2022 encontravam-se enquadradas na Matriz multidimensional das UCC (MS, 2022b) correspondendo às seguintes áreas/subárea/dimensão:

- Desempenho Assistencial/ Gestão da Saúde/ Saúde do Idoso;
- Qualidade Organizacional/ Segurança/ Segurança de Profissionais.

Através das conversas informais e na deslocação com a equipa para prestação de cuidados em contexto domiciliário e comunitário foi sendo cada vez mais discutida a temática da segurança dos PS em contexto de UCC.

De facto, a prestação de cuidados em ambiente domiciliário e comunitário implica o contacto com diversos tipos de população, quer aquelas a quem se presta cuidados e aos seus familiares, quer inclusivamente no cruzamento com pessoas e ambientes desconhecidos aquando da deslocação aos domicílios e a outros contextos comunitários. A prestação de cuidados pelos PS é realizada por diversas vezes individualmente ou em grupos de dois, sendo o transporte efetuado por carrinha da instituição (com motorista) e por táxi, os quais por vezes aguardam juntam do destino do local de prestação de cuidados.

Existe, desta forma, um aumento da insegurança e do risco da ocorrência de situações de violência, sendo que o concelho da área de abrangência da UCC apresenta níveis de criminalidade significativos, conforme já foi anteriormente apresentado.

Definiu-se, desta forma, como população-alvo do estudo, os profissionais da UCC, no âmbito da temática da segurança dos profissionais, tendo-se recorrido à amostragem por conveniência. Para seleção dos participantes 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. Conjuntamente com a enfermeira orientadora determinou-se quais os participantes elegíveis e, posteriormente, dessa lista elaborada, estes foram convidados pessoalmente, de forma aleatória. O número total de participantes que constituíram a amostra foi condicionada pela saturação da informação obtida.

3.1.2 Instrumento de colheita de dados

Para realizar o Diagnóstico de Situação pretendeu-se utilizar um instrumento de colheita de dados que permitisse caracterizar a segurança dos PS da UCC.

Procedeu-se, inicialmente, a uma estratégia de pesquisa para validação, na literatura existente, a existência de um instrumento de colheita de dados que permitisse caracterizar a população alvo face à segurança na sua atividade profissional. Não se tendo verificado a existência de instrumentos traduzidos e validados para a língua portuguesa que correspondessem às ambições pré-estabelecidas, optou-se pela elaboração de um guião de entrevista semiestruturada, tendo as questões sido elaboradas segundo os objetivos do estudo e o estado da arte sobre o fenómeno em estudo (Apêndice I).

A entrevista permite recolher e explorar informação, testemunhos e interpretações dos entrevistados com alguma profundidade e precisão, devido à sua grande flexibilidade e adaptabilidade, considerando o quadro de referência, o contexto cultural e a linguagem. Contudo, esta técnica não é isenta de riscos, apresentando como desvantagens a obtenção de respostas de acordo com a desejabilidade social (consciente ou inconscientemente), o

efeito de influência ou indutor do entrevistador, o receio da perda de anonimato por parte do entrevistado e a necessidade de analisar o conteúdo o que poderá tornar um processo moroso e potencialmente subjetivo e parcial (Batista, 2017).

A elaboração do guião de entrevista, a colheita e análise de dados, foi realizada entre junho de 2022 e abril de 2023. Foi realizado um pré-teste do guião, o que permitiu uma reflexão e reformulação de algumas questões bem como a adição de uma outra. O guião de entrevista era constituído por quatro partes temáticas: caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais da UCC; caracterização do contexto de prestação de cuidados na comunidade; caracterização da frequência e do tipo de violência na prestação de cuidados na comunidade e caracterização da notificação de uma situação de violência na prestação de cuidados na comunidade.

3.1.3 Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo qualitativo, com carácter exploratório, descritivo e transversal, no qual se recorreu à entrevista e à técnica de análise de conteúdo.

3.1.4 Colheita de dados

As entrevistas foram realizadas presencialmente, ocorrendo nas instalações da UCC, conforme a disponibilidade dos participantes em horário previamente acordado com os mesmos. Estas decorreram apenas na presença da mestrande e do participante.

Recorreu-se à audiogravação de cada entrevista, com posterior transcrição fidedigna das mesmas para sua análise.

Cada entrevista teve uma duração média de 13 minutos, variando entre os 7 e os 25 minutos.

3.1.5 Análise de dados

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, correspondendo à primeira parte temática da entrevista, por serem questões fechadas, foi realizada análise de forma quantitativa. Deste modo, procedeu-se a uma análise estatística descritiva, realizando-se o cálculo da frequência absoluta e relativa, da média e do desvio padrão, recorrendo-se ao programa Excel® versão 2019 do Microsoft 365®.

Por sua vez, a análise dos dados obtidos nas questões abertas da entrevista, que correspondiam à segunda, terceira e quarta parte temática da entrevista procedeu-se à abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo dos discursos transcritos, através da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2018). Esta caracteriza-se por um conjunto elaborado de técnicas de análise que permitem reunir os diversos conteúdos obtidos, sendo que, através dos mesmos, pode-se proceder à descrição do conteúdo e à compreensão do fenómeno, por meio de interferência (Bardin, 2018). Para tal percorreram-se as três fases preconizadas pela autora:

a) pré-análise, tendo-se realizado uma leitura flutuante das transcrições e efetuado procedimentos de edição das mesmas;

b) exploração do material, tendo os dados sido codificados de forma independente, recorrendo-se ainda à triangulação de investigadores – mestranda, enfermeira supervisora e professora orientadora, de modo a minimizar vieses;

c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, do qual emergiu de forma indutiva 4 categorias e 12 subcategorias.

Durante o processo de análise, procurou-se garantir a objetividade e a pertinência das categorias, a validade, a exaustividade, a credibilidade e a transferibilidade dos dados. Assim, em torno dos achados e do percurso metodológico, foram efetuadas várias discussões entre os investigadores anteriormente referidos.

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

Não foi utilizado nenhum software para se proceder à análise dos dados obtidos nas questões abertas.

3.1.6 Procedimentos e considerações éticas

Fortin (2003) refere que a investigação, envolvendo seres humanos, levanta questões de ordem moral e ética. Ao realizar-se pesquisa com Seres Humanos deve-se minimizar os danos e riscos e maximizar os benefícios, cumprindo-se os requisitos éticos preconizados pela Declaração de Helsínquia, na sua atual redação, como o respeito à dignidade humana, privacidade e autonomia, os quais foram respeitados e garantidos neste estudo. Concomitantemente, cumpriram-se as orientações do documento 'Normas De Submissão De Protocolos De Investigação Para Apreciação Por Comissões De Ética Da Região De LVT' (ARSLVT, 2021).

Obteve-se parecer favorável por parte da Coordenadora da UCC, da Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do ACES AA e da Comissão de Ética para a Saúde da

ARSLVT para a realização do estudo os quais se encontram disponíveis nos Anexos I, II e III respetivamente.

A participação dos PS foi voluntária. Os participantes foram informados previamente da possibilidade de, a qualquer momento, suspenderem e/ou anularem a sua participação, sem qualquer prejuízo. Não existiu recurso a compensações monetárias nem outras ofertas como incentivo à sua participação.

Relativamente à aplicação do instrumento de colheita de dados, atendeu-se às características do local de entrevista de modo a potenciar a privacidade do entrevistado ocorrendo na UCC.

Para a realização da entrevista, que incluiu audiogravação, foi obtido o devido consentimento informado, livre e esclarecido, cujo termo foi assinado previamente, garantindo-se não só o anonimato e a confidencialidades das fontes (entrevistados) como a fidelidade aquando da transcrição dos discursos aquando da sua transcrição, realizada posteriormente para texto no computador, através do programa Word do Microsoft Office 365. As entrevistas foram codificadas tendo-se atribuído a cada entrevistado a letra 'E' seguida de um número, escrito no topo da entrevista e rotulando-se com o mesmo na audiogravação.

No que concerne ao armazenamento dos dados colhidos, estes encontram-se no computador pessoal da mestranda, devidamente protegidos com palavra-passe e ao qual apenas a mestranda tem acesso. Todos os dados colhidos em papel, foram eliminados na destruidora de papel própria da UCC, após terem sido digitalizados para o computador pessoal da mestranda. Após o término do Mestrado, todos os dados colhidos serão eliminados.

A divulgação dos resultados será efetuada através da apresentação em eventos técnico-científicos sob a forma de comunicação oral/póster, através da elaboração do Relatório Final do Estágio, da apresentação nas Provas Públicas do Mestrado em Enfermagem e da publicação de artigo científico, salvaguardando sempre o anonimato dos participantes.

3.1.7 Resultados

3.1.7.1 Caracterização da população-alvo

A amostra foi constituída por 8 PS, o que correspondeu a 44,44% da população alvo determinada e ilegível, conforme os critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Deste modo, foram realizadas 8 entrevistas, verificando-se que todos eram da classe profissional de enfermagem. Os participantes eram predominantemente do sexo feminino (87,5%).

À data de realização da entrevista, a média de idades era de 43 anos, com um desvio padrão de 6,61, sendo a idade mínima de 35 anos e a idade máxima de 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, apresentando um desvio padrão de 6,45, sendo o tempo mínimo de 10 anos e o tempo máximo de 27 anos, evidenciando-se uma vasta experiência na área de exercício profissional de enfermagem. Por outro lado, a média dos anos de exercício profissional na área dos cuidados na comunidade era de 7,25 anos, cujo desvio padrão correspondia a 4,17. O tempo mínimo de exercício profissional em UCC era de 1 ano e o tempo máximo era de 12 anos, sendo que cerca de 37,5% dos entrevistados exercia funções em cuidados na comunidade há menos de 5 anos.

Constatou-se que a maioria dos participantes exercia funções na área/projeto de intervenção 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%).

No que diz respeito à formação profissional na área da violência no trabalho, 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.

Os dados acima mencionados foram sistematizados sob a forma de tabela, a qual se encontra no Apêndice II.

3.1.7.2 Identificação dos problemas / necessidades

Conforme já anteriormente referido, para análise das restantes partes temáticas da entrevista, procedeu-se à análise de conteúdo dos discursos transcritos, apresentados no Apêndice III, através da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin, obtendo-se 4 categorias e 12 subcategorias, conforme revela a tabela 3.

Tabela 3

Análise de conteúdo das entrevistas.

| Tabela 2 – 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) |
| | Natureza da violência | - Violência física - Violência psicológica |
| | Contexto | - Domicílio do utente - Não presencial (contacto telefónico) - Outro local |
| Experienciação de situações de violência | Agressor | - Familiar do utente / representante legal - Utente - Outro |
| | | Reação à situação |
| | 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 |

Fonte. Construção própria.

Quanto à primeira categoria, Perceção do contexto, identificaram-se duas subcategorias: Descrição da perceção do contexto e Medidas adotadas nestes contextos.

No que diz respeito à subcategoria Descrição da perceção do contexto verificou-se que 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, isto é, a prestação de cuidados na comunidade, em particular no concelho AA, apresentava um maior risco de exposição a situações de insegurança e violência uma vez que implicava a deslocação a espaços sem proteção direta associada.

Por sua vez, em relação à subcategoria Medidas adotadas nestes contextos concluiu-se que, de modo a minimizar o risco, os PS referiram adotar comportamentos relacionais/comunicacionais e comportamentos defensivos. No caso dos comportamentos defensivos foi referida a deslocação numérica de dois profissionais sempre que possível (E2, E3, E7, E8) no entanto, segundo os mesmos, nem sempre era exequível. Outros comportamentos defensivos consistiam na organização dos agendamentos e realização das visitas (E1, E2, E3, E5, E7) “*Organizamos em termos horários*” (E2), “*O aviso prévio de que a visita vai acontecer*” (E5), a própria gestão dos recursos como “[levar] *telemóvel*” (E2 e E7) “*Ir com a carrinha identificada*” (E2), neste último, através da utilização de carro identificado da instituição que nem sempre era possível por não haver em número suficiente, sendo colmatada pela realização das deslocações através de táxi, o qual não é identificado e, por fim, a adoção de uma postura posicional de defesa que permitisse visualizar o ambiente em volta (E5) antecipando os riscos.

A subcategoria Conceito de violência permitiu a identificação de duas unidades de registo: quanto à natureza e quanto à tipologia da violência. Deste modo, quanto à natureza, a caracterização da violência pelos participantes foi conforme a natureza da mesma, sendo complementada com a tipologia: Violência psicológica através da agressão verbal (E1, E2, E3, E7, E8) e Violência física (E1, E2, E3, E7, E8). Por seu lado, quanto à tipologia, foi utilizada a natureza da violência interpessoal quando esta se manifesta a nível institucional como por exemplo, a “*Violência utente, violência com a própria equipa, e violência dos superiores hierárquicos*” (E4) e os “*Utentes para com os profissionais de saúde ou interprofissionais de saúde*” (E6).

No que concerne à categoria Experienciação de situações de violência, emergiram 6 subcategorias: Natureza da violência, Contexto, Agressor, Reação à situação, Impacto da situação e Estratégias para lidar posteriormente [com situações de violência].

Verificou-se que, no caso da subcategoria Natureza da violência, foram referenciadas situações de violência física (E2, E3) e de violência psicológica (E1, E2, E4, E6, E7, E8). Esta

última ocorreu 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).

Relativamente ao Contexto, procedeu-se à exploração do local de ocorrência da situação vivenciada, tendo ocorrido essencialmente no domicílio do utente (E2, E3) e aquando de estabelecimento de contacto telefónico (E6, E8) quer ao recetor dos cuidados quer com um seu familiar.

Quanto ao agressor, constatou-se que a violência era realizada pelo familiar do utente ou por quem o representava legalmente (E1, E2, E6, E8) e pelo próprio utente (E3, E8).

No que se refere à Reação à situação, observou-se que os participantes apresentaram reações bastante disparees perante situação vivenciada. Foi feita referência à autodefesa através das expressões “*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 do agressor “*Acabei por contrapor o que ela disse*” (E2) e à desvalorização da situação e/ou tentativa de não se sobrepor/impor ao agressor (E2, E3). Posteriormente, verificaram-se situações de diálogo com a equipa e/ou a chefia (E2) bem como a adoção de outras medidas mais tardias.

Resultantes destas situações, analisou-se a subcategoria Impacto da situação. Assim, decorrente da situação vivenciada, apesar de alguns dos participantes negarem que estas situações tiveram impacto na sua vida “*Não, não tem tido consequências*” (E1), “*Não senti que me afetasse*” (E4), na realidade a maioria revelou que sentiu a curto e a médio prazo ansiedade, stress irritabilidade, tristeza e frustração (E2, E4, E6, E7, E8), o que condicionou a prestação de cuidados aos outros utentes “*A forma como fui para os [outros] utentes a seguir*” (E8). Apenas um participante referiu que no momento sentiu alteração “*a nível da satisfação profissional*” (E7).

Decorrente da subcategoria do Impacto da situação, emergiu a subcategoria Estratégias para lidar posteriormente. Assim, 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 consideraram, ainda, esta situação como um momento de aprendizagem para situações futuras (E4, E6). Uma outra estratégia, já no sentido de assegurar a continuidade aos cuidados que estavam a ser prestados, consistiu na transferência da prestação de cuidados ao utente para outra equipa de trabalho da UCC (E2).

Por fim, a última categoria identificada refere-se à Notificação do incidente, dividindo-se nas subcategorias de Motivos de não realização e de Satisfação.

No caso dos Motivos de não realização, observou-se que a forma de notificação referida pelos participantes consistiu em informar o superior hierárquico (E2). Contudo, a maioria dos participantes referiu não ter notificado a situação por um lado 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), por outro lado pela sensação de falta de tempo (E8), para além da referência do desconhecimento sobre procedimentos, nomeadamente de como realizar uma notificação (E8).

No que dizia respeito à Satisfação, o participante que referiu ter notificado a situação ao superior hierárquico manifestou ter ficado satisfeito quanto ao encaminhamento e ao desfecho da situação. Ressalva-se que esta notificação referida na entrevista foi efetuada de forma a dar continuidade aos cuidados que estavam a ser prestados, transferindo a realização de prestação de cuidados para uma outra equipa de trabalho.

De acordo com Tavares (1992), no momento em que se concluiu a elaboração do diagnóstico de situação devem ficar expostos os principais problemas identificados, sobre os quais irá recair a escolha de qual ou de quais se pretende solucionar ou minimizar.

Desta forma, face aos resultados obtidos no diagnóstico de situação apresentado, identificou-se os seguintes problemas na UCC:

- Desvalorização das situações de violência vivenciadas pelos PS;
- Défice de conhecimentos sobre a tipologia da violência e os procedimentos subsequentes;
- Verbalização de carência/insuficiência de recursos humanos para a realização de visitas domiciliárias por dois elementos.

3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda fase do processo de planeamento em saúde corresponde na determinação de prioridades dos problemas identificados no final do diagnóstico de situação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa pode ser considerada como um processo de tomada de decisão, considerando que inclui a congruência do que é planeado, a utilização mais eficaz dos recursos bem como a otimização dos resultados, de modo que seja possível proceder à implementação de um projeto. Desta forma, torna-se fundamental hierarquizar prioridades para que os problemas mais relevantes sejam resolvidos primeiramente (Tavares, 1992), tendo “em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação” consistindo, respetivamente,

“no tempo ou momento limite para que estamos a prever a nossa intervenção” e na necessidade de “pensar em prioridades nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.64).

Partindo destes dois elementos, definiu-se como *horizonte temporal*, ou horizonte de programação, o mês de janeiro do ano de 2024; e como suporte *da área de programação*, face aos problemas identificados, o PNPVCV. Numa perspetiva intersectorial, os programas prioritários como o PNPVCV: Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, o Programa Nacional de Saúde Ocupacional, o Plano de Ação para a Literacia e a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, servem de suporte na intervenção a realizar, tendo em consideração que as medidas se enquadram com a temática em apreço.

Ao determinar prioridades é essencial definir critérios, bem como a ponderação dos mesmos. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.65), “não existem critérios universais nem métodos para os combinar”, pelo que, apesar de todos os critérios de determinação de prioridades apresentam vantagens e inconvenientes, será o contexto que vai determinar a sua aplicação.

A discussão sobre o estabelecimento de prioridades, face aos problemas identificados, foi fundamental para hierarquizar os mesmos, tendo sido efetuada com a enfermeira orientadora. Foi discutido o resultado global das entrevistas efetuadas e optou-se inicialmente pela comparação por pares, de Tavares (1992), a qual consiste em se concentrar sobre dois problemas de cada vez escolhendo-se aquele que, ao ser comparado com outro problema, se revela ser mais importante (Imperatori & Giraldes, 1993). A ordenação final é realizada através do número de vezes que um determinado problema foi escolhido como sendo o mais importante.

Tabela 4

Comparação por pares.

| Problemas | Comparação por pares | | | Valor final (N.º vezes escolhido) | Percentagem (%) |
|-----------|----------------------|-----|-----|-----------------------------------|-----------------|
| | A | B | C | | |
| A | --- | B | C | 0 | 0% |
| B | B | --- | B | 2 | 66,7% |
| C | C | B | --- | 1 | 33,3% |

Legenda:

A - Verbalização de carência/insuficiência de recursos humanos para a realização de visitas domiciliárias por dois elementos;

B - Desvalorização das situações de violência vivenciadas pelos PS;

C - Défice de conhecimentos sobre a tipologia da violência e os procedimentos subsequentes.

Fonte. Construção própria, com base em Imperatori e Giraldes, 1993, p.76.

Na tabela 4 encontra-se exposta a comparação por pares efetuada observando-se, através dos resultados obtidos, que o problema considerado prioritário é o *B - Desvalorização das situações de violência vivenciadas pelos PS*, seguido do *C - Défice de conhecimentos sobre a tipologia da violência e os procedimentos subsequentes*. O problema *A - Verbalização de carência/insuficiência de recursos humanos para a realização de visitas domiciliárias por dois elementos* foi considerado como menos relevante.

Na definição de prioridades existem três critérios que se podem considerar como clássicos: a magnitude do problema (a dimensão do problema ou da população atingida), a transcendência (a valorização social e económica do problema na população) e a vulnerabilidade (a possibilidade de intervir, de prevenir ou de evitar uma doença perante os recursos disponíveis) (Melo, 2020).

Considerando a violência enquanto problema de saúde reconhecido mundialmente e de forte impacto na sociedade, a necessidade de reconhecer e não desvalorizar nem atribuir justificações que possam minimizar as situações de violência vivenciadas, é vista como prioritária uma vez que, em termos de magnitude, tal permitirá aos PS prevenir e atuar adequadamente na ocorrência das mesmas. Por sua vez, relativamente à transcendência, verifica-se PS mais informados apresentarão conhecimentos que lhes possibilitarão reagir e adotar atitudes mais adequadas para enfrentar as situações de violência, reduzindo o risco de ocorrência deste tipo de acidentes de trabalho, com consequências físicas, psicológicas e sociais que, conseqüentemente, poderão originar situações de absentismo e presentismo o que, globalmente, acarreta um elevado impacto económico para a sociedade. Por último, o reconhecimento e valorização das situações de violência vivenciadas é uma área exequível

de intervenção, ou seja, a nível de vulnerabilidade, estão disponíveis recursos que permitem formar e capacitar os PS de modo a intervir e/ou prevenir situações de violência futuras.

Contudo, verifica-se que, decorrente do problema considerado prioritário, ou seja, o problema B, também será possível intervir no problema C. O défice de conhecimentos sobre a tipologia da violência e os procedimentos subsequentes poderá ser colmatado através do reconhecimento e valorização de situações de violência, dado que, PS sensibilizados e informados terão maior probabilidade de realizar os procedimentos subsequentes previstos após a vivência de situações de violência.

Assim, os problemas identificados que foram considerados prioritários são a desvalorização das situações de violência vivenciadas pelos PS (problema B) e o défice de conhecimentos sobre a tipologia da violência e os procedimentos subsequentes (problema C).

3.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Nesta fase, após ter sido efetuado diagnóstico de situação e definido o problema prioritário, é fundamental proceder à fixação dos objetivos a alcançar relativamente a cada um dos problemas identificados num determinando período temporal, conforme afirma Imperatori e Giraldes (1993, p.77) “(...) apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”. A estruturação dos objetivos deve basear-se em critérios de pertinência, precisão, realização e mensuração (Tavares, 1992).

Desta forma, a partir dos problemas identificados e da hierarquização de prioridades, foi definido como objetivo geral:

- Contribuir para a capacitação dos PS da UCC na área da prevenção da violência sobre os PS e notificação destas situações, até dezembro de 2023.

Foram delineados como objetivos específicos:

- Promover o envolvimento dos PS da UCC nas atividades planeadas durante a implementação do projeto, até dezembro de 2023;
- Sensibilizar os PS da UCC para o reconhecimento de episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, até dezembro de 2023;
- Reforçar os conhecimentos dos PS da UCC para a prevenção e atuação em caso de episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, até dezembro de 2023;

- Uniformizar a intervenção/atuação do PS da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional, até julho de 2023;
- Promover a discussão e reflexão sobre episódios/situações de violência contra os PS no âmbito da atividade profissional, com os PS da UCC, até dezembro de 2023;
- Promover na UCC a notificação de todos os episódios/casos de violência contra os PS no âmbito da atividade profissional, durante o ano de 2024.

Considerando que o objetivo consiste num “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema (...) traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.79), e que os *objetivos operacionais* ou *metas* equivalem a tradutores de indicadores de atividade, procedeu-se ao estabelecimento dos mesmos.

A tabela 5 explicita as metas que foram traçadas para cada objetivo específico, bem como o indicador de avaliação e a respetiva fórmula de cálculo.

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Tabela 5

Objetivos específicos, metas, respetivos indicadores e fórmulas de cálculo.

| Objetivo específico | Meta/ objetivo operacional | Indicador | Fórmula de cálculo |
|--|---|---|---|
| Promover o envolvimento dos PS da UCC nas atividades planeadas durante a implementação do projeto, até dezembro de 2023 | Transmitir a pelo menos 60% dos PS da UCC o diagnóstico de situação e o projeto a desenvolver | Percentagem de atividades executadas | $\frac{\text{N.º atividades executadas}}{\text{N.º atividades planeadas}} \times 100$ |
| | | Percentagem de PS participantes na reunião formativa | $\frac{\text{N.º PS presentes}}{\text{N.º total PS da UCC}} \times 100$ |
| Sensibilizar os PS da UCC para o reconhecimento de episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, até dezembro de 2023 | Que pelo menos 60% dos PS da UCC participem na sessão formativa 'Quebra o ciclo da violência' | Percentagem de atividades executadas | $\frac{\text{N.º sessões formação executadas}}{\text{N.º sessões formação planeadas}} \times 100$ |
| | | Percentagem de PS participantes na sessão formativa | $\frac{\text{N.º de PS presentes}}{\text{N.º total de PS da UCC}} \times 100$ |
| | Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes identifique uma situação de violência ocorrida no âmbito da atividade profissional | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que responderam corretamente à questão | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ |
| | | Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes reconheça que a violência no setor da saúde inclui as situações em que um trabalhador seja submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com o seu trabalho incluindo as deslocações para e do trabalho | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que responderam corretamente à questão |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes aponte a classificação da violência quanto à tipologia e natureza dos atos violentos, segundo a OMS | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que responderam corretamente à questão | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ | |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | |
|---|--|--|
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes identifique corretamente as etapas de atuação do profissional de saúde durante um episódio/situação de violência no âmbito da atividade profissional | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que responderam corretamente à questão | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes identifique corretamente as etapas de atuação do profissional de saúde durante um episódio/situação de violência no âmbito da atividade profissional | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que responderam corretamente à questão | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes indique o procedimento para efetuar uma queixa/denúncia a nível das autoridades competentes e o prazo legal para o fazer | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que responderam corretamente à questão | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes saiba diferenciar a plataforma 'NOTIFICA – notifiQ@' da plataforma 'NOTIFICA – Segurança do Doente' pelo tipo de incidentes a serem reportados | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que responderam corretamente à questão | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ |
| Que pelo menos 75% dos PS da UCC participantes avaliem satisfatoriamente a sessão formativa (com '4 e 5') | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que avaliaram satisfatoriamente a sessão formativa | $\frac{\text{N.º PS avaliaram satisfatoriamente}}{\text{N.º total PS presentes na sessão}} \times 100$ |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | | |
|--|---|---|---|
| Promover a discussão e reflexão sobre situações de violência no âmbito da atividade profissional, com os PS da UCC, até dezembro de 2023 | Que pelo menos 60% dos PS da UCC participem na reunião formativa 'No âmbito profissional, não torne a violência banal!' | Percentagem de atividades executadas | $\frac{\text{N.º atividades executadas}}{\text{N.º atividades planeadas}} \times 100$ |
| | | Percentagem de PS participantes na reunião formativa | $\frac{\text{N.º PS presentes}}{\text{N.º total PS da UCC}} \times 100$ |
| | Que pelo menos 75% dos PS da UCC participantes avaliem satisfatoriamente a reunião formativa (com '4 e 5') | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que avaliaram satisfatoriamente a reunião formativa | $\frac{\text{N.º PS avaliaram satisfatoriamente}}{\text{N.º total PS presentes na reunião}} \times 100$ |
| | Que seja realizada pelo menos uma sensibilização visual sobre a violência no setor da saúde no âmbito da atividade profissional aos PS da UCC | Percentagem de sensibilizações realizadas | $\frac{\text{N.º de sensibilizações realizadas}}{\text{N.º de sensibilizações propostas}} \times 100$ |
| Reforçar os conhecimentos dos PS da UCC para a prevenção e atuação em caso de episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, em contexto comunitário e domiciliário, até dezembro de 2023 | Que pelo menos 60% dos PS da UCC participem na reunião formativa 'Saúde em Segurança' | Percentagem de atividades executadas | $\frac{\text{N.º atividades executadas}}{\text{N.º atividades planeadas}} \times 100$ |
| | | Percentagem de PS participantes na reunião formativa | $\frac{\text{N.º PS presentes}}{\text{N.º total PS da UCC}} \times 100$ |
| | Que pelo menos 75% dos PS da UCC participantes avaliem satisfatoriamente a reunião formativa (com '4-5') | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que avaliaram satisfatoriamente a reunião formativa | $\frac{\text{N.º PS avaliaram satisfatoriamente}}{\text{N.º total PS presentes na sessão}} \times 100$ |
| | Que pelo menos 60% dos PS da UCC participem na sessão formativa 'Comunicação Interpessoal e Assertividade' | Percentagem de PS participantes na reunião formativa | $\frac{\text{N.º atividades executadas}}{\text{N.º atividades planeadas}} \times 100$ |
| | | Percentagem de PS participantes na reunião formativa | $\frac{\text{N.º PS presentes}}{\text{N.º total PS da UCC}} \times 100$ |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | | |
|---|--|---|--|
| | Que pelo menos 75% dos PS da UCC participantes avaliem satisfatoriamente o interesse dos assuntos abordados na sessão de formação (com '4-5') | Percentagem de PS participantes na sessão formativa que avaliaram satisfatoriamente a reunião formativa | $\frac{\text{N.º PS avaliaram satisfatoriamente}}{\text{N.º total PS presentes na sessão}} \times 100$ |
| Uniformizar a intervenção/atuação do profissional de saúde da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional até julho de 2023 | Que seja elaborado o Procedimento setorial relativamente à atuação do profissional de saúde da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional | Percentagem de documentos elaborados | $\frac{\text{N.º de documentos elaborados}}{\text{N.º de documentos propostos}} \times 100$ |
| Promover na UCC a notificação de todos os episódios/casos de violência contra os PS no âmbito da atividade profissional, durante o ano de 2024 | Que ocorra a notificação de todos os episódios/casos de violência contra os PS no âmbito da atividade profissional ocorridos na UCC durante o ano de 2024 | Taxa de notificações | $\frac{\text{N.º casos notificados}}{\text{N.º casos ocorridos}} \times 100$ |

Fonte. Construção própria.

3.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A etapa da seleção de estratégias, descrita por Imperatori e Giraldes (1993, p.87), como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”, possibilita a escolha do processo mais apropriado a adotar, de forma a responder aos diagnósticos levantados e definidos enquanto prioritários, atingindo os objetivos delineados anteriormente. Exige grande criatividade por quem planeia, para além de considerar os custos, os obstáculos, a pertinência, as vantagens e os inconvenientes de cada uma das estratégias (Tavares, 1992).

Com vista a atingir os objetivos delineados no presente PIC, e partindo do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, foram definidas três estratégias. Estas pretendem contribuir para a capacitação dos PS da UCC na área da segurança dos PS, na dimensão da prevenção da violência sobre os PS, permitindo-lhes gerir e restabelecer a estabilidade em situações de crise que possam ocorrer na realização da sua atividade laboral, contribuindo também para atenuar ou reverter o efeito dos elementos stressores (Lowry & Aylward, 2015; Pestana-Santos, 2021).

- **Estratégia: Envolvimento comunitário**

Envolvimento comunitário consiste em “trabalhar activamente com as comunidades para que elas estejam organizadas e capacitadas para identificar os seus problemas de Saúde e definir acções visando a promoção da sua Saúde e a prevenção de doenças” (MS da República de Moçambique, 2012, p.4). Assim, para que um projeto seja sustentável é requisito fundamental o envolvimento e participação ativa da população-alvo (comunidade), estabelecendo uma relação de proximidade e afinidade entre os mesmos e o próprio projeto.

A identificação de uma população-alvo com uma temática pode ser considerada como a chave para o sucesso de todas as intervenções. Esta proximidade também pode ser criada através da realização das intervenções dentro do horário de trabalho e correspondendo às orientações horárias da instituição mantendo-se, no entanto, a flexibilidade sempre que necessário, permitindo à população-alvo o seu envolvimento e participação.

- **Estratégia: Parcerias – estabelecimento e envolvimento**

As parcerias permitem implementar programas em larga escala na comunidade (Carvalho et al., 2019), numa ação bilateral, através da promoção e da cooperação para a concretização de projetos com interesse comum para os envolvidos, possibilitando o desenvolvimento individual e coletivo, tornando-os agentes promotores para a mudança.

Simultaneamente, o trabalho em parceria permite a rentabilização dos recursos através da união de esforços, da integração de perspetivas e da complementaridade de intervenções.

- **Estratégia: Promoção da Literacia em saúde**

Considerando a literacia enquanto grau em que as pessoas têm a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde de modo a utilizarem eficazmente os serviços promovendo a sua saúde (DGS, 2019; DGS, 2021b; Sørensen, 2012), é possível compreender a importância de envolver, capacitar e empoderar a comunidade para que esta participe nas atividades e adote escolhas conscientes visando a sua saúde.

A literacia em Saúde pode ser aferida através do instrumento de colheita de dados HLS-EU, o qual se baseia num modelo conceitual que envolve três dimensões da literacia em saúde: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, bem como quatro competências específicas da literacia em saúde (DGS, 2021b; Sørensen, 2012). A combinação das dimensões e das competências específicas da literacia em saúde originam uma matriz que mede em 12 subdomínios a Literacia em Saúde, conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6

Matriz dos subdomínios de Literacia em Saúde, baseados no modelo conceitual do HLS-EU.

| Literacia em Saúde | Aceder/obter informação relevante para a saúde | Compreender a informação relevante para a saúde | Apreciar/Julgar/ Avaliar a informação relevante para a saúde | Aplicar/Utilizar a informação relevante para a saúde |
|----------------------------|--|--|--|--|
| Cuidados de Saúde | 1. Capacidade de aceder a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos | 2. Capacidade de compreender informação médica e o seu significado | 3. Capacidade de interpretar e avaliar informações médicas | 4. Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas |
| Prevenção da doença | 5. Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco | 6. Capacidade de compreender os fatores de risco e o seu significado | 7. Capacidade de interpretar e de avaliar informações relacionadas com os fatores de risco | 8. Capacidade de julgar a importância das informações sobre fatores de risco |
| Promoção da saúde | 9. Capacidade de atualizar sobre questões de saúde | 10. Capacidade de compreender informação relacionada com a saúde e o seu significativo | 11. Capacidade de interpretar e de avaliar informações sobre questões relacionadas com a saúde | 12. Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde |

Fonte. Elaboração própria (adaptado de DGS, 2021b; Sørensen, 2012)

Nesta perspetiva, a literacia em saúde pode ser considerada como um determinante da saúde e da comunidade, influenciando diretamente o processo de mudança (Almeida & Veiga, 2020; DGS, 2021b).

A tabela 7 expõe os obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada uma das estratégias apresentadas anteriormente.

Tabela 7

Obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada Estratégia.

| Estratégia | Obstáculos | Pertinência | Vantagens | Inconvenientes |
|--|--|---|---|---|
| Envolvimento comunitário e proximidade | Desinteresse e falta de motivação por parte da população-alvo; Desinteresse na defesa do bem-estar coletivo. | Aumento do sentimento de pertença; Potenciar a participação e o envolvimento da população-alvo para se alcançar o sucesso do projeto. | Participação ativa da população-alvo; Apoio transversal por parte da população-alvo para o desenvolvimento das atividades propostas. | Disponibilidade para integrar a população-alvo no projeto; Requer motivação contínua. |
| Parcerias – estabelecimento e envolvimento | Falta de motivação por parte dos parceiros; Limitações temporais e económicas por parte dos parceiros; Défice de recursos humanos. | Interligação do PIC com os projetos já existentes na comunidade; Contributo de perspectivas e intervenções dos parceiros. | Promoção do trabalho das entidades envolvidas; Otimização dos recursos entre as entidades envolvidas; Visibilidade e publicidade dos parceiros. | Pouca adesão ao projeto; Conflito de interesses entre os envolvidos. |
| Promoção da Literacia em saúde | Falta de motivação e recetividade por parte da população-alvo; Dificuldade de adaptação e/ou resistência no processo de mudança. | Prevenção da violência no setor da saúde; Promoção da saúde, da segurança e de ambientes de trabalho saudáveis; Reformulação de hábitos e rotinas; Capacitação e empoderamento dos PS. | Promoção e adoção de estilos de vida saudáveis; Diminuição da prevalência de situações de violência no local de trabalho; Redução do tempo de ausência ao trabalho; Contributo para a qualidade dos cuidados de saúde prestados. | Desinteresse no tema; Renitência à mudança; Indisponibilidade para a participação nas atividades. |

Fonte. Construção própria.

Considerando a necessidade de otimizar os recursos, permitindo a implementação de intervenções do presente projeto, foi discutida e avaliada em conjunto com a enfermeira orientadora e coordenadora da UCC a disponibilidade dos recursos locais materiais e humanos, bem como as parcerias a estabelecer.

A tabela 8 sistematiza os participantes identificados para a consecução do projeto.

Tabela 8

Descrição detalhada das estratégias selecionadas: sistematização dos participantes identificados para a consecução do PIC.

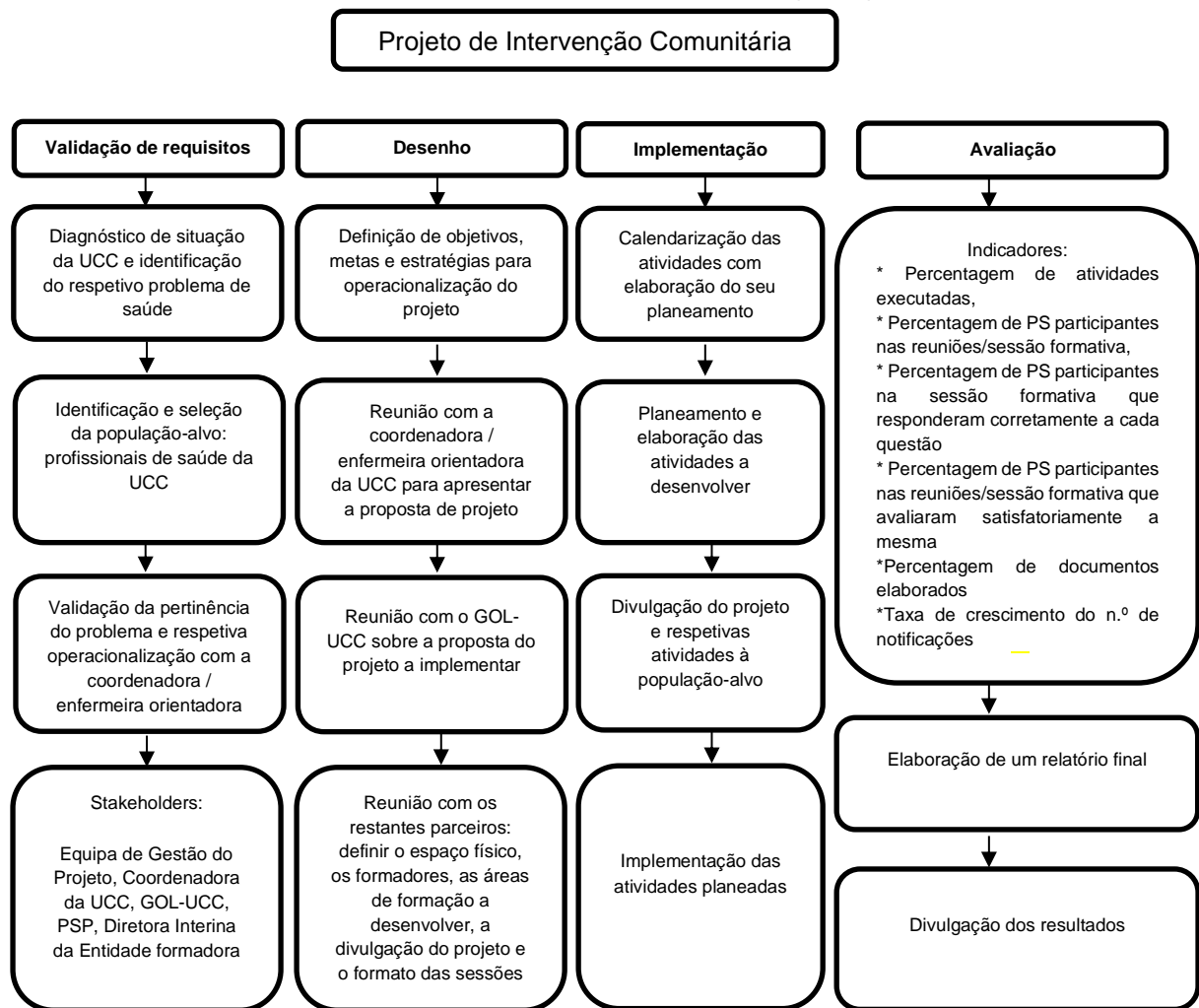
| | |
|--|--|
| Profissionais envolvidos no projeto (Stakeholders) | Equipa de Gestão do Projeto; Coordenadora da UCC; Grupo Operativo Local da UCC (GOL-UCC); Chefe da Secção de Prevenção Pública e Proximidade da Polícia de Segurança Pública (PSP); Diretora Interina da Entidade Formadora. |
| Sponsor | UCC; PSP; Entidade Formadora. |
| Gestor de projeto | Enf. ^a Cátia Leira. |
| Equipa de Gestão do Projeto | Enf. ^a Cátia Leira; Enf. ^a orientadora MJB. |
| Equipa de execução do projeto | Equipa de gestão do projeto; GOL-UCC; Formador da PSP; Formador da Entidade Formadora. |

Fonte. Construção própria.

Para alcançar um planeamento mais eficaz e eficiente, foi adotada uma estrutura analítica do projeto, representada pela Work-Breakdown Structure (Figura 9), a qual apresenta sistematizadamente a distribuição das diversas fases de divisão do trabalho e favorece o desenvolvimento do presente projeto.

Figura 9

Estrutura de divisão do trabalho – Work-Breakdown Struture (WBS).



Fonte. Construção própria.

De forma a adequar os recursos a um projeto futuro, foi necessário proceder à elaboração do cálculo da gestão de risco do projeto em curso, representado na Tabela 9, relativamente aos critérios de sucesso e sua importância relativa.

Tabela 9

Avaliação da adequação dos recursos futuros – Gestão de Risco.

| Crítérios de sucesso | Importância relativa |
|--|-----------------------------|
| Motivação da população-alvo | 14 |
| Valor do projeto para a UCC | 14 |
| Valor do projeto para o GOL-UCC | 13 |
| Valor do projeto para a PSP | 11 |
| Valor do projeto para a Entidade Formadora | 10 |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | |
|-------------------------------|------------|
| Organização dos procedimentos | 8 |
| Planeamento adequado | 7 |
| Expetativas realistas | 6 |
| Visão e objetivos claros | 5 |
| Total | 100 |

Fonte. Construção própria.

3.5 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO

A quinta fase, designada de preparação da execução, envolve a especificação das atividades que integram o projeto, devendo estas corresponder às estratégias definidas anteriormente. Esta especificação detalhada das atividades consiste na definição pormenorizada dos resultados que se pretende obter com o projeto; na preparação de uma lista de atividades com a descrição precisa de como cada atividade deve ser feita – quando, aonde, como e quem é o responsável em as administrar e/ou executar; na determinação dos recursos necessários ao longo do tempo e no estabelecimento de um calendário de execução do projeto de forma também ela detalhada (Imperatori & Giraldes, 1993).

A especificação das atividades deverá corresponder aquelas que são previstas para os seis a doze meses seguintes, as restantes deverão apenas ser esboçadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste entendimento, passaremos à abordagem e descrição desta fase deste PIC.

3.5.1 Intervenções do projeto de intervenção comunitária

As atividades que constituem o projeto deverão ser especificadas tendo em consideração “os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (Tavares, 1992, p.166).

De modo a facilitar a perceção global das intervenções executadas, elaborou-se a tabela 10, a qual discrimina as várias atividades realizadas, apresentando-se organizada cronologicamente.

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Tabela 10

Seleção de estratégias e atividades traçadas.

| Estratégia(s) | Atividade(s) | Quem | Quando/ Onde/ Como | Objetivo(s) que se pretende atingir | Avaliação da atividade |
|-----------------------------|--|---|---|---|---|
| Envolvimento comunitário | Realização de reunião formativa de apresentação dos resultados do diagnóstico de situação na UCC e divulgação do PIC | Equipa de gestão projeto | de 17/05/2023 do 13h30 UCC Presencial, duração de 30 minutos através do método expositivo e conversa informal, suplementados de 30 minutos para discussão e esclarecimentos. | Transmitir a pelo menos 60% dos PS da UCC os resultados obtidos no diagnóstico de situação e apresentar o projeto; Promover a adesão dos PS às atividades propostas na realização do projeto; Solicitar contributos para a melhoria do PIC. | Realização efetiva da reunião formativa, Número de presenças na reunião formativa. |
| Estabelecimento de parceria | Participação na reunião do GOI e dos GOL | Enfermeira Mestranda GOL-UCC GOLs do ACES GOI | 28/04/2023 11h00 Instalações do ACES AA; Presencial, duração aproximada de 120 minutos. | Conhecer o ponto de situação quanto à constituição dos GOLs, objetivos e atividades planeadas e em curso. | Comparência na reunião. |
| | Reunião com o GOL-UCC | Equipa de gestão projeto GOL-UCC | de 22/05/2023 do 11h00 UCC | Apresentar e promover o reconhecimento da pertinência e mais-valia do projeto, bem como a sua operacionalização, Adesão na colaboração do projeto: estabelecimento de parceria, | Realização efetiva da reunião, Estabelecimento de parceria, |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | | | | | |
|---|---|-----------------------------|---|---|--|--|
| | | | | Presencial, duração aproximada de 30 minutos através do método expositivo e conversa informal | Propor medidas de intervenção: realização de uma sessão formativa e de reuniões formativas dirigidas aos PS da UCC. | Discussão e aprovação de medidas de intervenção propostas. |
| Reunião com o Chefe da Secção de Prevenção Pública e Proximidade da PSP | Equipa de gestão do projeto | de | 20/05/2023 | UCC | Apresentar e promover o reconhecimento da pertinência e mais-valia do projeto, bem como a sua operacionalização, | Realização efetiva da reunião, |
| | Chefe de Seção da PSP | de | Metodologia à distância (via telefónica e via e-mail), duração aproximada de 30 minutos através do método expositivo e conversa informal. | | Adesão na colaboração do projeto: estabelecimento de parceria, | Estabelecimento de parceria, |
| | | | | | Propor medidas de intervenção: realização de uma reunião formativa (ação de sensibilização) dirigida aos PS da UCC. | Discussão e aprovação de medidas de intervenção propostas. |
| Reunião com a Diretora Interina da Entidade Formadora | Equipa de gestão do projeto | de | 06/06/2023 | Sede da Entidade Formadora e UCC | Apresentar e promover o reconhecimento da pertinência e mais-valia do projeto, bem como a sua operacionalização, | Realização efetiva da reunião, |
| | Diretora Interina da Entidade Formadora | da | Metodologia à distância (via Teams), duração aproximada de 30 minutos através do método expositivo e conversa informal. | | Adesão na colaboração do projeto: estabelecimento de parceria, | Estabelecimento de parceria, |
| | | | | | Propor medidas de intervenção: realização de uma sessão formativa relacionada com a temática da comunicação, enquadrada na Unidade de Formação de Curta Duração (UFCD) 5440 'Comunicação Interpessoal e Assertividade', de 25 horas, dirigida aos PS da UCC. | Discussão e aprovação de medidas de intervenção propostas. |
| Envolvimento comunitário | Divulgação das reuniões formativas e das sessões formativas | Equipa de gestão do projeto | de | À medida que se estabeleceu as parcerias, iniciando-se durante o mês de maio de 2023 | Convocar com antecedência os PS da UCC, Aumentar a adesão dos PS da UCC às atividades propostas. | Envio de convocatória através dos meios de divulgação da equipa pedagógica da UCC, |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | | | | | | |
|--------------------|----|---|----------------------------------|----|--|---|--|
| | | | Equipa pedagógica da UCC | | Metodologia à distância, de acordo com a metodologia da equipa pedagógica da UCC (disponibilização em plataforma e envio de convocatória via e-mail na véspera). | | Verificação da divulgação das reuniões formativas e das sessões de formação pelos meios selecionados. |
| Literacia em Saúde | em | Realização de sessão formativa 'Quebra o ciclo da violência' | Equipa de gestão do projeto | de | A 12/07/2023 UCC Presencial, duração aproximada de 60 minutos através do método expositivo, interrogativo e ativo, e conversa informal. | Sensibilizar cerca de 60% dos PS sobre os episódios/ situações de violência no âmbito da atividade profissional, Capacitar cerca 60% dos PS da sobre a os procedimentos subsequentes na ocorrência de episódios/ situações de violência no âmbito da atividade profissional, Contribuir para o aumento em 5% a notificação de situações de violência. | Realização efetiva da sessão formativa Número de presenças na sessão formativa Avaliação da sessão formativa |
| Literacia em Saúde | em | Realização de reuniões formativas de discussão e reflexão sobre episódios/ situação de violência no âmbito da atividade profissional 'No âmbito profissional, não torne a violência banal!' | Equipa de gestão Projeto GOL-UCC | de | Bianual e em SOS, primeira sessão no mês de junho (06) a 21/06/2023 UCC Presencial, duração aproximada de 60 minutos através de conversa informal | Promover a discussão e debate de episódios/ situações relacionadas com a segurança dos PS da UCC nomeadamente episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, Contribuir para o aumento em 5% a notificação de situações de violência. | Realização efetiva da reunião formativa Número de presenças na da reunião formativa Avaliação da reunião formativa |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | | | | | | |
|-----------------|----|--|--|----|---|---|--|
| Literacia Saúde | em | Elaboração de um Procedimento setorial: Procedimento de atuação do profissional da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional | Equipa gestão projeto Coordenadora da UCC | de | Durante o mês de junho (06) e julho (07) de 2023 UCC e não presencial Método expositivo | Uniformização de procedimentos relativamente à atuação do profissional da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional, Contribuir para o aumento em 5% a notificação de situações de violência. | Realização efetiva do Procedimento sectorial |
| Literacia Saúde | em | Sensibilização visual sobre a violência no setor da saúde no âmbito da atividade profissional | Equipa gestão projeto | de | Durante o mês de junho (06) ou de julho (07) de 2023 UCC Presencial e não presencial | Sensibilizar sobre a violência no setor da saúde dos PS da UCC, Contribuir para o aumento em 5% a notificação de situações de violência. | Realização efetiva da sensibilização visual nos meios de comunicação selecionados. |
| Literacia Saúde | em | Realização da reunião formativa 'Saúde em Segurança' | Equipa gestão projeto PSP (comissário) | de | Segundo semestre de 2023 UCC Presencial, duração aproximada de 2h30 | Sensibilizar cerca de 60% dos PS sobre a atuação em caso de situações de violência, Capacitar cerca 60% dos PS da sobre técnicas a adotar em contexto comunitário e domiciliário para minimizar o risco de situações de violência, Contribuir para o aumento em 5% a notificação de situações de violência. | Realização efetiva da reunião formativa Número de presenças na reunião formativa efetuada Avaliação da reunião formativa |
| Literacia Saúde | em | Realização de ação de formação 'Comunicação Interpessoal e Assertividade' | Equipa gestão projeto | de | Inicialmente no mês de outubro e/ou novembro de 2023 → Passa a 2024 | Empoderar/ capacitar cerca 60% dos PS da UCC sobre o processo comunicacional e os fatores determinantes para a eficácia da mesma, bem como identificar e desenvolver estilos de comportamento assertivo. | Realização efetiva da ação de formação Número de presenças na ação efetuada |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | Entidade Formadora | Metodologia à distância (via <i>Zoom Colibri</i>), duração de 25 horas, conforme estruturação da Entidade Formadora. | Avaliação da ação de formação |
|------------------------------|--|---|--|--|
| Estabelecimento de parcerias | Reunião com os parceiros para feedback intervenções realizadas | Equipa de gestão do projeto GOL-UCC | 05/07/2023 14h40 UCC Presencial, duração aproximada de 20 minutos através do método expositivo e conversa informal. | Realização efetiva da reunião. |
| | | Equipa de gestão do projeto PSP | Metodologia à distância (via e-mail). Transmitir os resultados obtidos, Revelar pontos positivos e menos positivos da reunião formativa, Motivar e felicitar os intervenientes. | Presencial, no final da reunião formativa, Envio de e-mail. |
| | | Equipa de gestão do projeto Entidade Formadora | Metodologia à distância (via <i>Teams</i>), duração aproximada de 30 minutos através do método expositivo e conversa informal. Transmitir os resultados obtidos, Discutir pontos positivos e menos positivos da sessão formativa, Motivar e felicitar os intervenientes. | Realização efetiva da reunião. |

Fonte. Construção própria, 2023

A definição destas atividades baseou-se na pesquisa bibliográfica, a qual visou determinar as abordagens adotadas perante esta temática nas várias unidades funcionais do país e no PAPVSS (Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, 2022), em especial nas responsabilidades atribuídas e descritas relativamente ao *Ponto Focal Local/GOL* contribuindo-se, simultaneamente, na resposta a algumas das medidas a desenvolver descritas no Plano.

Concomitantemente, aliou-se a experiência e o conhecimento da enfermeira orientadora, por um lado enquanto elemento da equipa de gestão do projeto e, por outro lado, como elemento orientador na definição do tempo, do espaço e dos potenciais recursos disponíveis e necessários. Paralelamente também foi consultado o GOL-UCC para discussão das atividades propostas e apoio na consecução das mesmas. A possibilidade de participar na reunião do GOI e dos GOL deste ACES no início do estágio final permitiu, também, conhecer o ponto de situação (objetivos e atividades planeadas em curso), delimitando o campo de ação.

Na definição das atividades foi utilizado como modelo teórico norteador a teoria de Sistemas de Betty Neuman. Por um lado, considerando que este modelo se apresenta centrado na orientação e na perceção da pessoa, a qual se apresenta como um sistema aberto e dinâmico em constante interação com o ambiente (Tomey, 2004), facilmente se depreende a necessidade de intervir diretamente nos PS. Por outro lado, e considerando a constante interação com o ambiente potencialmente gerador de estímulos produtores de tensão e desarmonia, originando alterações no equilíbrio existente e a pessoa (Neuman & Fawcett, 2011), aliados às responsabilidades gerais atribuídas ao GOL, nomeadamente, em “Promover a abordagem de cada episódio de violência como uma oportunidade de reflexão e aprendizagem, (...) Garantir que todos os profissionais conhecem os procedimentos e sabem como atuar em episódios de violência [e] Agir no episódio de violência quando ela acontece” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, 2022, p.19), reforça-se a importância em se intervir na pessoa em si, neste caso, nos PS.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP, ao utilizar este modelo como base teórico para intervir na temática da violência contra o profissional de saúde no âmbito da sua atividade profissional, pode atuar nos vários níveis de prevenção. Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP, através de uma abordagem com vista à prevenção da violência poderá identificar fatores de risco potenciais ou reais associados à violência contra o profissional de saúde e reduzi-los ou atenuá-los (prevenção primária), identificar e promover a resolução e/ou minimização dos sinais e sintomas resultantes do efeito stressor dos episódios/casos de violência contra o

profissional de saúde e que podem incluir o encaminhamento e orientação das situações, bem como a correção de atitudes face à violência (prevenção secundária), fortalecer a resistência aos elementos stressores e reduzir os seus efeitos e, através do seu reconhecimento, prevenir que os mesmos se prolonguem ou reapareçam (prevenção terciária) e evitar danos associados ao excesso de intervenções desnecessários (prevenção quaternária) (Neuman, 2011).

Tendo em conta os resultados obtidos aquando do diagnóstico de situação, optou-se por desenvolver atividades formativas (reuniões e sessões formativas) e uma ação de sensibilização aos PS da UCC, bem como uma uniformização de procedimentos na UCC.

Importa, desde já, esclarecer a diferença entre reunião formativa e sessão formativa. A reunião formativa consiste numa reunião para discussão de temas, protocolos de atuação, recomendações, de partilha dos aspetos mais relevantes de formações externas realizadas (como jornadas, congressos, seminários, cursos, entre outros), podendo ainda ser ministrada por especialistas de temas específicos, ocorrendo uma abordagem desses mesmos temas, com o objetivo de capacitar os colaboradores com o repasse de conhecimentos e procedimentos, mas sem existir um momento de avaliação inserido. Por sua vez, sessão formativa implica a apresentação de um tema existindo um momento avaliativo na mesma, pressupondo uma aquisição de conhecimentos.

De seguida são apresentadas algumas considerações e reflexões sobre cada uma das intervenções programadas.

Intervenção 1 – Reunião formativa de apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação na UCC e divulgação do PIC: Esta atividade assumiu um papel essencial ao envolvimento da população-alvo para aplicação das atividades do projeto por confrontar os próprios PS da UCC com as suas necessidades sentidas, contribuindo para a sua curiosidade e o seu interesse nas atividades a propor e realizar.

Após a realização das diversas reuniões com os vários parceiros (Apêndice IV) foram programadas as restantes intervenções, assegurando uma consecução adequada do PIC e, consequentemente, o seu sucesso.

Intervenção 2 – Sessão formativa relacionada com a violência no local de trabalho e procedimentos - a notificação e participação às autoridades competentes: tendo em conta os problemas priorizados considerou-se essencial abordar diretamente os mesmos através de uma sessão formativa. Foi elaborado um plano de sessão (Apêndice V). Ao longo da sessão formativa, com o apoio dos diapositivos apresentados, foi fomentado o diálogo e questionados os presentes através da discussão de opiniões e de ideias sobre as situações e sobre os procedimentos a adotar.

Intervenção 3 – Reunião formativa de discussão e reflexão sobre episódios/ situação de violência no âmbito da atividade profissional: Considerou-se fundamental realizar uma intervenção que promovesse a abordagem dos episódios de violência pelos PS, que passariam pela realização de reuniões formativas para discussão e reflexão de situações reais experienciadas por PS a exercer atividade profissional em contexto domiciliário e/ou comunitário e, eventualmente, a simulação e análise de casos. Para a primeira reunião formativa, por sugestão do GOL-UCC, foi solicitada a presença de um PS do ACES AA que tinha experienciado recentemente uma situação/episódio de violência durante o exercício da sua atividade profissional, tendo-se procedido aos devidos contactos e autorizações. Simultaneamente, com a equipa de gestão do projeto e com o GOL-UCC foi realizado um *brainstorming* para a criação e eleição do título das reuniões formativas, tendo sido eleito: ‘No âmbito profissional, não torne a violência banal!’.

Intervenção 4 – Reunião formativa do programa ‘Saúde em Segurança’: A PSP apresenta conhecimentos essenciais aplicáveis à sua atividade profissional, permitindo-lhe antever potenciais focos de ameaça e promover a sua autoproteção no exercício da sua atividade profissional. Saber agir perante uma situação/episódio de violência poderá contribuir para aumentar a segurança dos PS na sua prestação de cuidados em contexto domiciliário e comunitário. Constatou-se que a PSP dispunha do Programa ‘Saúde em Segurança’ que visa a “realização de ações de sensibilização aos PS, onde são prestados vários conselhos de segurança no atendimento presencial, como nas visitas ao domicílio pelos PS, como também no reforço da visibilidade policial junto das unidades hospitalares.” (PSP, s.d., s.p.). Foi realizada uma reunião formativa com esta ação de sensibilização, tendo o formador adaptando e direcionado, sempre que possível, ao contexto domiciliário e comunitário.

Intervenção 5 – Realização do curso da Unidade de Formação Modular Certificada – UFCD ‘Comunicação Interpessoal e Assertividade’: A seleção da Entidade Formadora teve por base o conhecimento prévio de que a mesma se articulava com um Centro Hospitalar da área de LVT na realização deste tipo de formações (UFCD) a PS, considerando-se isto como uma mais-valia. Na UCC, após o estabelecimento de parceria com a Entidade Formadora, e conhecidas as cláusulas para o seu funcionamento, foram identificados os PS interessados e discutida a tipologia do horário proposto.

Intervenção 6 – Sensibilização visual sobre a violência no setor da saúde no âmbito da atividade profissional aos PS da UCC: Considerou-se importante reforçar a sensibilização visual dos PS já iniciada pela UCC aquando do início do estágio final (cartaz afixado à entrada da UCC e, simultaneamente, projetado como imagem de fundo dos computadores). Considerou-se que o conteúdo do curto vídeo realizado no âmbito do projeto ‘Previsa: Não dê

voz à violência... Começa por si, não faça parte deste problema' disponível na página de Facebook do ACES Cávado II - Gerês/Cabreira - <https://www.facebook.com/watch/?v=1218458075576338&ref=sharing> ou <https://fb.watch/nx9WmeScfw/>, apesar de dirigido aos utentes, também poderia ser aplicado os PS da UCC. Foi enviado pedido de autorização ao ACES Gerês/Cabreira e ao Conselho Clínico de Saúde do ACES para a sua reprodução na UCC, no entanto, não foi obtida resposta, pelo que esta atividade não foi concretizada.

Intervenção 7 – Uniformização da intervenção/atuação de um PS da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional: Foi redigida uma proposta de procedimento setorial direcionado para o contexto comunitário e domiciliário, baseado na evidência científica, nas orientações institucionais e nas orientações do GOI. Durante a sua elaboração foi possível obter um parecer técnico de um perito – o Ponto Focal Regional da ARSLVT – procedendo-se ao seu aperfeiçoamento com base nas indicações e sugestões fornecidas.

3.5.2 Comunicação e divulgação do projeto

A divulgação do projeto, bem como das atividades propostas nele incluídas, são fundamentais para otimizar a adesão por parte dos PS da UCC.

Desta forma, a sua divulgação decorreu através dos seguintes meios:

- Divulgação das atividades através dos meios preconizados pela equipa pedagógica da UCC (afixação da divulgação em plataforma informática *interna* e envio de convocação via digital aos PS da UCC);
- Criação de um título para as reuniões formativas de discussão e reflexão sobre episódios/situação de violência no âmbito da atividade profissional: 'No âmbito profissional não torne a violência banal.

Foi elaborado um artigo científico apresentando os resultados obtidos no diagnóstico de saúde desta UCC. Este foi submetido no término do estágio final para a revista científica *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, com edições periódicas, tendo sido publicado na edição do V.9, n. 3 (2023) com o DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(3\).630.79-98](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(3).630.79-98) (Apêndice VI).

Foi, também, divulgado o diagnóstico de situação através de uma Comunicação Livre no 5º Encontro Nacional de Saúde Ocupacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu em maio de 2023, após sua prévia aprovação mediante envio de resumo (Apêndice

VII). Pretendeu-se, com esta comunicação, partilhar ideias e experiências, contribuindo para a divulgação de dados obtidos relativamente à Segurança dos PS nas UCC.

3.5.3 Previsão orçamental

Durante a implementação do projeto, para o tornar exequível, é fundamental determinar o custo financeiro inerente ao mesmo, nomeadamente a definição dos recursos humanos, materiais e físicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma vez que este projeto foi desenvolvido em âmbito académico, não existiu qualquer tipo de financiamento, tendo-se utilizado recursos pré-existentes disponíveis na comunidade, na UCC e da própria enfermeira mestranda. Os recursos humanos, que incluíram os PS (abrangendo o coordenador da UCC, o enfermeiro orientador e PS da UCC) bem como os profissionais da PSP, da Entidade Formadora e do GOL-UCC, colaboraram e contribuíram para a elaboração e desenvolvimento deste projeto dentro do seu horário laboral, prevendo-se a sua continuação desta forma. Assim, foi realizada uma estimativa das horas despendidas não só no decurso do estágio como até ao término efetivo do projeto. Relativamente aos recursos materiais, assumiu-se que os mesmos foram custeados tanto pela UCC como pela enfermeira mestranda, sendo que no caso do material informático, por o mesmo já ser pré-existente ao projeto, foi considerado um valor residual. Aludindo aos recursos físicos, nomeadamente o espaço físico para elaboração e implementação do projeto bem como do desenvolvimento das atividades estabelecidas, considerou-se as próprias instalações da UCC, não sendo possível quantificar os custos associados às mesmas por fazerem parte da operacionalização da atividade assistencial da própria UCC.

Surge, desta forma, a Tabela 11 que indica os custos previstos associados às estratégias e intervenções descritas anteriormente.

Tabela 11

Previsão orçamental do projeto.

| Custos estimados | | | | | |
|------------------------------|--|-------------------------------|-------------------|--------------------|--|
| Recursos | Especificação | Custo unitário (médio) | Quantidade | Custo total | Financiamento |
| Recursos humanos | Encargos salariais: | | | | UCC |
| | - PS da UCC | 12,5€/h | 150 horas | 1875€ | Comando Metropolitano de Lisboa da PSP |
| | - PSP | 12,5€ | 10 horas | 125 € | |
| | - Entidade Formadora | 12,5€ | 30 horas | 375€ | Entidade Formadora |
| | - GOL-UCC | 12,5€ | 15 horas | 187,50€ | UCC |
| | Transporte (viatura + combustível) | 0,4€/km | 50 km | 20€ | Enfermeira Mestranda |
| Recursos materiais | Material economato: | | | | |
| | - Papel (resma) | 3€ | 1 unidade | 6€ | UCC |
| | - Canetas | 0,2€ | 5 unidades | 1€ | UCC |
| | Material Informático: | | | | |
| | - Computador | 750€ | 0,3 | 225€ | Enfermeira Mestranda |
| | - Televisor projetor | 150€ | 0,3 | 45€ | UCC |
| | - Impressora | 90€ | 0,3 | 30€ | UCC |
| - Tinteiros | 30€ | 0,3 | 9€ | UCC | |
| | - Internet | 40€ | 0,3 | 12€ | Enfermeira Mestranda |
| | Fotocópias | 0,10€ | 50 | 5€ | Enfermeira Mestranda |
| Recursos físicos | - Instalações da UCC (como gabinetes e sala de reuniões), incluindo eletricidade, água e infraestruturas físicas de apoio – <i>overhead cost</i> | - | - | - | Inerentes à UCC |
| Custo total final (€) | | | | 2990,50 | |

Fonte. Construção própria.

3.5.4 Cronograma de atividades

O projeto é visto como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129). Emerge, assim, a necessidade de se proceder à calendarização das atividades, ou seja, a elaboração de um cronograma. Este consiste numa

exposição gráfica que possibilita a identificação do tempo e das atividades que integram o projeto (Imperatori & Giraldes, 1993), tendo sido concebido um cronograma que se encontra representado na figura 10.

Figura 10

Cronograma de atividades do PIC.

| Atividades | Ano Mês Quinzena | 2022 | | | | 2023 | | | | | | | | 2024 | |
|---|------------------------|------|---|-----|---|------|---|-----|---|-----|---|-----|--|--------------------------|---------------------|
| | | Mai | | Jun | | Abr | | Mai | | Jun | | Jul | | Até término do ano | Sem mês definido |
| | | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | | | |
| Identificação da problemática | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesquisa bibliográfica | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização do Diagnóstico de situação | | | | | | | | | | | | | | | |
| Divulgação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação na UCC | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definição de prioridades | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fixação de objetivos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleção de estratégias | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração de programas e projetos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparação da execução | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicitação de estabelecimento de parcerias | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estabelecimento de parceria: reunião com o GOL-UCC | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estabelecimento de parceria: reunião com o Chefe da Secção de Prevenção Pública e Proximidade da PSP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estabelecimento de parceria: reunião com a Diretora Interina da Entidade Formadora | | | | | | | | | | | | | | | |
| Envio de pedido de autorização para utilização de vídeos e posters | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração dos documentos: apresentação da sessão formativa, apresentação da reunião formativa e procedimento setorial | | | | | | | | | | | | | | | |
| Divulgação das sessões e reuniões formativas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização de sessão formativa 'Quebra o ciclo da violência' | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização de reuniões formativas de discussão e reflexão sobre episódios/situação de violência no âmbito da atividade profissional | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização da reunião formativa 'Saúde em Segurança' pela PSP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização de ação de formação 'Comunicação Interpessoal e Assertividade' | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avaliação do projeto | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do artigo científico para divulgação do diagnóstico de situação | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do relatório de estágio | | | | | | | | | | | | | | | |

Fonte. Construção própria.

Cada uma das atividades foi definida cronologicamente através de reuniões pontuais com a enfermeira orientadora de estágio para obtenção de orientações sobre a planificação estratégica das atividades definidas. Foram estabelecidos contactos, quer presencialmente, quer por correio eletrónico e telefónico, permitindo o esclarecimento de dúvidas e a definição temporal realista das atividades. Deste modo, foram efetuados pequenos ajustes temporais ao longo da realização do mesmo, conforme enunciado na Metodologia de Projeto.

De facto, um elemento facilitador desta etapa foi a elaboração de tabelas relacionadas com a preparação da execução de acordo com a estratégia (com a definição da atividade, quem, quando, como, objetivo a alcançar) e com a previsão de recursos/estratégia orçamental necessários (apresentadas anteriormente), otimizando os recursos temporais, materiais e humanos disponíveis no espaço de tempo preconizado.

Por fim, o acompanhamento permanente e rigoroso de um projeto origina uma avaliação final que deve ser objetiva e calculosa, designada por Monitorização/Avaliação.

3.6 PLANEAMENTO DA MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO

A avaliação, última etapa do Planeamento em Saúde, pretende “comparar algo com um padrão ou modelo implicando uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.173), ou seja, visa a comparação dos ganhos alcançados, mediante as atividades realizadas, com o diagnóstico inicial efetuado, os objetivos e metas estabelecidas. Facilmente se depreende que a avaliação permite aperfeiçoar os projetos bem como direccionar eficiente e eficazmente os recursos disponíveis.

Desta forma, é preciso definir os critérios de monitorização e de avaliação do projeto em causa.

3.6.1 Monitorização do projeto

A monitorização consiste no acompanhamento sistemático regular da evolução de certas problemáticas (Imperatori & Giraldes, 1993). Ocorre, desta forma, uma reflexão das estratégias definidas e das atividades realizadas, bem como a própria organização e execução das mesmas com vista a responder não só aos objetivos inicialmente definidos e às necessidades sentidas, como aos problemas que possam surgir ao longo da consecução do projeto.

A tabela 12 descreve a monitorização do presente projeto, relativamente às reuniões desenvolvidas para o reconhecimento da importância e mais-valia do projeto, constando as

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

atividades planeadas, o espaço temporal, as pessoas envolvidas, os recursos necessários e a monitorização/ resultados esperados.

Tabela 12

Monitorização do PIC – Reuniões desenvolvidas consoante as atividades propostas.

| Atividade(s) | Data | Pessoas envolvidas | Recursos | Monitorização/ resultado |
|---|------------|---|-------------------------------------|---|
| Reunião com a coordenadora da UCC | 20/04/2023 | Enfermeira Mestranda Coordenadora da UCC (enfermeira orientadora) | Computador Documentação impressa | Reconhecida a importância e mais-valia do projeto |
| Reunião com o GOL-UCC | 22/05/2023 | Equipa de gestão do projeto GOL-UCC | Computador Documentação impressa | Reconhecida a importância e mais-valia do projeto |
| Reunião com a Diretora Interina da Entidade Formadora | 06/06/2023 | Equipa de gestão do projeto Diretora Interina da Entidade Formadora | Computador Internet | Reconhecida a importância e mais-valia do projeto |
| Reunião com o Chefe da Secção de Prevenção Pública e Proximidade da PSP | 19/06/2023 | Equipa de gestão do projeto PSP | Telemóvel Computador Internet | Reconhecida a importância e mais-valia do projeto |

Fonte. Construção própria.

Após o reconhecimento da mais-valia do projeto pelos vários intervenientes, torna-se fundamental definir quais as responsabilidades e as relações estabelecidas (Imperatori & Giraldes, 1993) não só pela equipa de gestão do projeto como também pelos profissionais envolvidos e pelos Sponsors do projeto, conforme explicitado na tabela 13.

Tabela 13

Monitorização do PIC – Compromissos assumidos pelos intervenientes

| Quem | O quê |
|---------------------|---|
| Coordenadora da UCC | Assumi o projeto como uma mais-valia para os PS da UCC. |
| GOL-UCC | Assumi o projeto como uma mais-valia para os PS da UCC, referindo disponibilidade para colaborar na primeira reunião formativa e dar continuidade às mesmas. |
| PSP | Assumi o projeto como uma mais-valia para os PS da UCC, referindo disponibilidade para colaborar realizando uma reunião formativa. |
| Entidade Formadora | Assumi o projeto como uma mais-valia para os PS da UCC, referindo interesse e disponibilidade para realizar uma formação, esclarecendo os critérios necessários para o estabelecimento de parceria e para a realização da formação. |

Fonte. Construção própria.

Após a confirmação dos compromissos assumidos, procedeu-se à consecução das restantes atividades que permitiram dar continuidade ao PIC, conforme se verifica na tabela 14.

Tabela 14

Monitorização do PIC – Atividades desenvolvidas após validação dos compromissos assumidos pelos intervenientes.

| Atividade(s) | Data | Pessoas envolvidas | Recursos | Monitorização/ resultado |
|---|---|---|---|--|
| Reuniões periódicas entre a equipa de gestão do projeto, outros contactos através da via e-mail | 17/04/2023 31/07/2023, quinzenalmente, com ajuste da periodicidade conforme necessidade | a Equipa de gestão do projeto | Computador | Realizado e concluído de acordo com o planeamento e com o ajuste necessário. |
| Divulgação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação na UCC | 17/05/2023 | Equipa de gestão do projeto PS da UCC | Computador Televisor projetor Internet | Realizado e concluído de acordo com o planeamento. |
| Divulgação das reuniões formativas e das sessões formativas | 22/05/2023 31/07/2023 (durante o estágio), posteriormente ao longo do ano 2023 | a Equipa de gestão do projeto e Equipa pedagógica da UCC | Computador Internet | Realizado e concluído de acordo com o planeamento. |
| Realização de ações formativas | 21/06/2023 | Equipa de gestão do projeto GOL-UCC PS da UCC | Computador Projetor multimédia | Realizado e concluído de acordo com o planeamento. |
| | 12/07/2023 | Equipa de gestão do projeto PS da UCC | Computador Projetor multimédia | Realizado e concluído de acordo com o planeamento. |
| | 19/07/2023 | Equipa de gestão do projeto PSP PS da UCC | Computador Projetor multimédia | Realizado e concluído de acordo com o planeamento. |
| | Em data a agendar | Equipa de gestão do projeto Entidade Formadora | Computador Internet | A aguardar agendamento e realização (temporariamente suspenso). |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | PS da UCC | |
|--|---|---|--|
| Reunião com os parceiros do projeto sobre as atividades realizadas | 21/06/2023 com a PSP; 23/06/2023, 17/07/2023 e 24/07/2023 com a coordenadora da UCC; 28/06/2023 com o GOL-UCC; Em data a agendar com a Entidade Formadora. | Equipa de gestão do projeto Parceiros (Stakeholders) | de Computador Internet Realizado e concluído com os parceiros em causa. |

Fonte. Construção própria.

Numa fase intermédia é possível identificar o estado atual dos parâmetros referentes à avaliação, determinando o ponto de situação e obtendo uma visão global do projeto. A tabela 15 identifica esse mesmo ponto de situação durante a fase intermédia.

Tabela 15

Avaliação intermédia do PIC.

| Parâmetro | Ponto da situação |
|------------------------------------|------------------------|
| Projeto de intervenção comunitário | Validado |
| Parcerias | Constituídas |
| Equipa multidisciplinar da UCC | Envolvida |
| População-alvo | Selecionada e definida |
| Planeamento das sessões formativas | Elaborado |
| Publicitação | Cumprido |
| Indicador de execução (reuniões) | Executado |

Fonte. Construção própria.

3.6.2 Avaliação do projeto

Relativamente à avaliação, Tavares (1992) refere que a mesma permite confrontar os objetivos e as estratégias, sendo efetuado por meio da satisfação e da aceitabilidade por parte da população-alvo.

Seguidamente, e passando ao processo de avaliação deste PIC, procedeu-se à avaliação dos indicadores na perspetiva de verificar se as metas previamente estabelecidas para cada objetivo específico foram atingidas, conforme apresentado nas tabelas seguintes.

A tabela 16 refere-se ao primeiro objetivo específico, no qual se pretendia promover o envolvimento dos PS às atividades planeadas, contribuindo para o seu envolvimento e adesão.

Tabela 16

Objetivo específico 1: metas, indicadores, resultados e avaliação.

| Objetivo específico | Promover o envolvimento dos PS da UCC nas atividades planeadas durante a implementação do projeto, até dezembro de 2023 | | |
|---|---|-----------------------------------|------------------|
| Meta / objetivo operacional | Indicador de Avaliação (fórmula de cálculo) | Resultado | Avaliação |
| Transmitir a pelo menos 60% dos PS da UCC o diagnóstico de situação e o projeto a desenvolver | $\frac{\text{N.º de atividades executadas}}{\text{N.º de atividades planeadas}} \times 100$ | $\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ | Atingido |
| | $\frac{\text{N.º de PS presentes}}{\text{N.º total de PS da UCC}} \times 100$ | $\frac{21}{25} \times 100 = 84\%$ | |
| | | | Atingido |

Fonte. Construção própria.

Assim, foi planeada e realizada uma reunião formativa para apresentação dos resultados do diagnóstico de situação na UCC e a divulgação do PIC. Nesta atividade estiveram presentes 84% dos PS da UCC, o que incluiu 17 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 técnico superior de serviço social, 1 assistente técnico e 1 assistente operacional. Considera-se, assim, que a meta para este objetivo específico foi alcançada na totalidade.

No que se refere à avaliação do segundo objetivo específico, sensibilizar os PS da UCC para o reconhecimento de episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, a tabela 17 expressa as metas alcançadas.

Tabela 17

Objetivo específico 2: metas, indicadores, resultados e avaliação

| Objetivo específico | Sensibilizar os PS da UCC para o reconhecimento de episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, até dezembro de 2023 | | |
|---|---|-----------------------------------|------------------|
| Meta / objetivo operacional | Indicador de Avaliação (fórmula de cálculo) | Resultado | Avaliação |
| Que pelo menos 60% dos PS da UCC participem na sessão formativa 'Quebra o ciclo da violência' | $\frac{\text{N.º sessões formação executadas}}{\text{N.º sessões formação planeadas}} \times 100$ | $\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ | Atingido |
| | $\frac{\text{N.º de PS presentes}}{\text{N.º total de PS da UCC}} \times 100$ | $\frac{20}{25} \times 100 = 80\%$ | |
| | | | Atingido |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes identifique uma situação de violência ocorrida no âmbito da atividade profissional | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ | $\frac{17}{20} \times 100 = 85\%$ | Atingido |
| | | | |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--------------|
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes reconheça que a violência no setor da saúde inclui as situações em que um trabalhador seja submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com o seu trabalho incluindo as deslocações para e do trabalho | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ | $\frac{20}{20} \times 100 = 100\%$ | Atingido |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes aponte a classificação da violência quanto à tipologia e natureza dos atos violentos, segundo a OMS | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ | $\frac{20}{20} \times 100 = 100\%$ | Atingido |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes identifique corretamente as etapas de atuação do profissional de saúde durante um episódio/situação de violência no âmbito da atividade profissional | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ | $\frac{14}{20} \times 100 = 70\%$ | Não atingido |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes indique o procedimento para efetuar uma queixa/denúncia a nível das autoridades competentes e o prazo legal para o fazer | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ | $\frac{18}{20} \times 100 = 90\%$ | Atingido |
| Que, no final da sessão formativa, pelo menos 75% dos PS participantes saiba diferenciar a plataforma 'NOTIFICA – notifiQ@' da plataforma 'NOTIFICA – Segurança do Doente' pelo tipo de incidentes a serem reportados | $\frac{\text{N.º respostas corretas}}{\text{N.º total respostas}} \times 100$ | $\frac{17}{20} \times 100 = 85\%$ | Atingido |
| Que pelo menos 75% dos PS da UCC participantes avaliem satisfatoriamente a sessão formativa (com '4 e 5') | $\frac{\text{N.º PS avaliaram satisfatoriamente}}{\text{N.º total PS presentes na sessão}} \times 100$ | $\frac{20}{20} \times 100 = 100\%$ | Atingido |

Fonte. Construção própria.

Deste modo, foi planeada e realizada uma sessão formativa com o título 'Quebra o ciclo da violência no âmbito da atividade profissional' alcançando 80% de PS da UCC. Estiveram presentes 17 enfermeiros, 1 assistente operacional, 1 fisioterapeuta e 1 técnica superior de serviço social.

Para esta sessão formativa foram estabelecidos inicialmente 6 objetivos específicos, dos quais 5 foram atingidos. Para realizar esta avaliação, foi aplicado um instrumento de colheita de dados, que consistia num questionário constituído por 6 questões de resposta de escolha múltipla, tendo-se realizado uma discussão com a enfermeira orientadora e um pré-teste a 3 pessoas empregadas no setor da saúde que não pertenciam à população-alvo, de modo a avaliar a pertinência e a ambiguidade do mesmo.

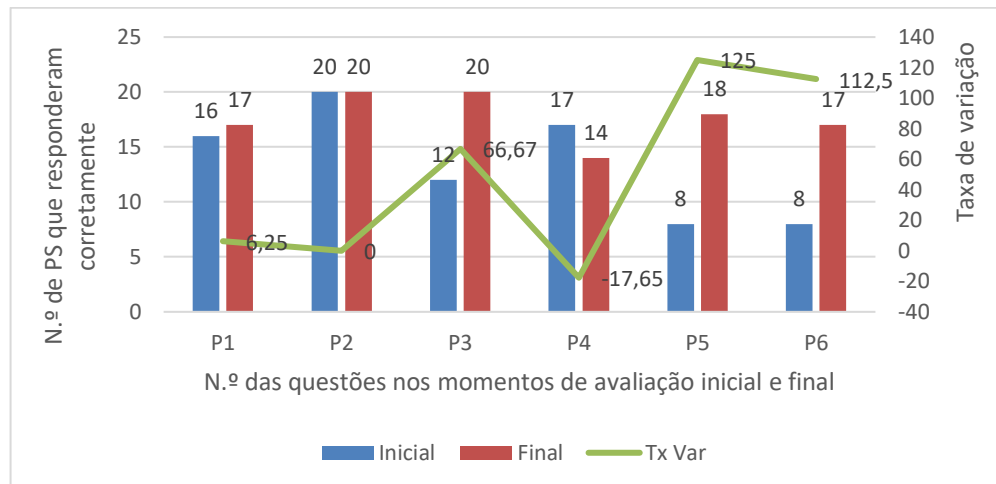
Uma das técnicas adotadas pela equipa pedagógica desta UCC para mensurar o nível de aprendizagem aquando das sessões formativas consiste na aplicação de um questionário de avaliação pré-estabelecido na UCC imediatamente antes (pré-sessão) e depois (pós-sessão) da sessão formativa, ambos iguais, cujo modelo encontra-se disponível no Anexo IV. Este divide-se em cinco partes, num total de 14 questões, sendo utilizada a escala de likert nas 12 primeiras e as restantes 2 são de resposta aberta. A sua disponibilização é através de um QR Code criado especificamente para cada sessão formativa. Esta metodologia apresenta-se de fácil aplicação, embora com algum risco de viés e de influência da escolha múltipla apresentada. Assim, é garantindo-se o anonimato e a confidencialidade das respostas e dos participantes. O questionário revelou, no final da sessão formativa, 5 metas superadas com percentagens superiores a 80% de respostas corretas, sendo que um não foi atingido, apresentando o resultado de 70% de respostas corretas.

A metodologia de avaliação apresentada no que se refere à aplicação do questionário pré-sessão permite, ainda, refletir sobre os resultados apurados, considerando a taxa de variação das respostas obtidas. Sublinha-se que, os resultados obtidos do momento de avaliação inicial, poderão ter sido condicionados positivamente pela realização da reunião formativa 'No âmbito profissional não torne a violência banal!' cerca de 3 semanas antes, onde foram abordados alguns dos temas apresentados na reunião formativa.

De seguida, é apresentado o gráfico 2 que revela o n.º de respostas corretas no momento de avaliação antes e depois da sessão formativa 'Quebra o ciclo da violência contra os PS na sua atividade profissional' e a taxa de variação de respostas corretas para cada uma das questões.

Gráfico 2

N.º de respostas corretas no momento de avaliação antes e depois da sessão formativa 'Quebre o ciclo da violência contra os PS na sua atividade profissional' e a taxa de variação de respostas corretas para cada uma das questões.



Fonte. Construção própria.

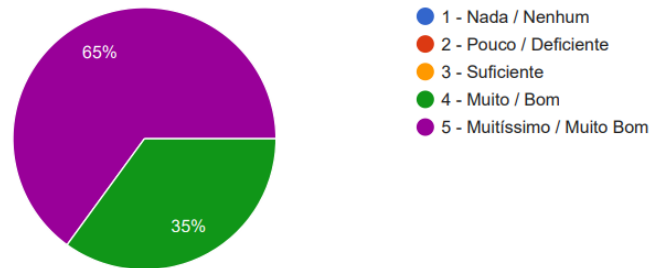
Destaca-se a quarta questão, a qual apresentou uma taxa de variação negativa, correspondendo a -17,64%, isto é, o número de PS que respondeu corretamente no final da sessão foi inferior ao inicial, passando de 17 para 14. Uma hipótese justificativa desta situação pode ser o facto de a sessão formativa ocorrer no final de um dia de trabalho para a maioria dos PS, pelo que os mesmos poderiam apresentar-se mais cansados originando a leitura/interpretação incorreta da questão. Neste caso, sugere-se a realização de uma outra sessão de formação ou de uma reunião formativa cujo tema estaria relacionado com este objetivo a atingir.

Analisando-se a taxa de variação do n.º total de respostas corretas no momento inicial e no momento final da sessão formativa, correspondendo a 30,86%, verifica-se um saldo positivo, sendo que globalmente se transitou de um total inicial de 81 respostas corretas para um total final de 106 respostas corretas.

Em relação à avaliação da satisfação da sessão formativa, foi também disponibilizado, no final da sessão, um QR Code encaminhando os PS da UCC para o questionário de avaliação pré-estabelecido na UCC. Foi selecionada a questão 'Satisfação global com a ação de formação' deste formulário para responder à última meta, sendo que a satisfação global dos PS com a sessão formativa, esta foi superada, conforme se pode observar no gráfico 3.

Gráfico 3

Satisfação global dos PS com a ação de formação.



Fonte. Construção própria.

A análise dos resultados obtidos neste objetivo específico permite tirar algumas ilações e refletir na possível necessidade de reformulação das estratégias e intervenções aplicadas. Refletindo sobre a sessão formativa realizada, futuramente esta sessão poderá ser dividida em duas, permitindo uma maior interação, discussão e simulação nas mesmas. No entanto, este mesmo conteúdo poderá também ser abordado e discutido em reunião formativa 'No âmbito profissional, não torne a violência banal!' utilizando-se, preferencialmente, a metodologia ativa com recurso à simulação, uma vez que propicia a vivência de situações reais, promovendo a apreensão de conhecimento bem como o treino para a prática.

A avaliação do terceiro objetivo específico, que pretendia promover a discussão e reflexão sobre situações de violência no âmbito da atividade profissional, com os PS da UCC, encontra-se explanado na tabela 18.

Tabela 18

Objetivo específico 3: metas, indicadores, resultados e avaliação.

| Promover a discussão e reflexão sobre situações de violência no âmbito da atividade profissional, com os PS da UCC, até dezembro de 2023 | | | |
|---|---|-----------------------------------|--------------|
| Objetivo específico | | | |
| Meta / objetivo operacional | Indicador de Avaliação (fórmula de cálculo) | Resultado | Avaliação |
| Que pelo menos 60% dos PS da UCC participem na reunião formativa 'No âmbito profissional, não torne a violência banal!' | $\frac{\text{N.º atividades executadas}}{\text{N.º atividades planeadas}} \times 100$ | $\frac{1}{1} + 100 = 100\%$ | Atingido |
| | | 1 | |
| Que pelo menos 75% dos PS da UCC participantes avaliem satisfatoriamente a reunião formativa (com '4 e 5') | $\frac{\text{N.º PS avaliaram satisfatoriamente}}{\text{N.º total PS presentes}} \times 100$ | $\frac{20}{25} \times 100 = 80\%$ | Atingido |
| | | 20 | |
| Que seja realizada pelo menos uma sensibilização visual sobre a violência no setor da saúde no âmbito da atividade profissional aos PS da UCC | $\frac{\text{N.º de sensibilizações realizadas}}{\text{N.º de sensibilizações propostas}} \times 100$ | $\frac{0}{1} \times 100 = 0\%$ | Não atingido |
| | | 1 | |

Fonte. Construção própria.

De modo a se dar resposta a este objetivo foi realizada uma reunião formativa. Assim, compareceram nesta reunião formativa 80% dos PS da UCC, que incluíram 18 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 técnica superior de serviço social e 2 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, sendo que estes 2 últimos não foram considerados para avaliação da reunião formativa. A meta relacionada com a satisfação global dos PS com a reunião formativa também foi alcançada sendo que, relativamente à percentagem de 100%, 45% classificou no nível 4 (bom) e 55% no nível 5 (muitíssimo bom), segundo o questionário de avaliação pré-estabelecido na UCC.

Ainda sobre esta reunião formativa, tinha-se previsto três etapas para a sua realização: a) A apresentação da reunião através da exposição de dispositivos revelando-se o objetivo da reunião formativa; B) O relato (breve biografia profissional do convidado) com exposição no final de algumas afirmações para discussão após o relato ('Como se sentiu ao escutar este relato?', 'Perante esta situação: O que faria igual? O que faria diferente? E porquê?' e 'Tem alguma sugestão para melhorar este tipo de situações de violência?') e, por fim, C) O debate. Contudo, ao longo da reunião formativa, verificou-se ser difícil separar o ponto B) e C); o relato revelou-se bastante cativante levando a que os presentes fossem colocando questões ao

convidado ao longo do mesmo, sendo os vários assuntos imediatamente discutidos e esclarecidos. Por se apresentar mais funcional, sugere-se a manutenção desta segunda metodologia. Prevê-se a realização de outra reunião formativa até ao final do ano 2023, ainda em data a agendar.

Relativamente à meta relacionada com a sensibilização visual, e conforme já referido anteriormente, devido à ausência de resposta dos autores originais para reprodução do meio audiovisual na UCC, não foi possível atingir esta mesma meta.

Por sua vez, o quarto objetivo específico, que consistia em reforçar os conhecimentos dos PS da UCC para a prevenção e atuação em caso de episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, em contexto comunitário e domiciliário, apresenta a sua avaliação explanada na tabela 19.

Tabela 19

Objetivo específico 4: metas, indicadores, resultados e avaliação.

| Objetivo específico | Reforçar os conhecimentos dos PS da UCC para a prevenção e atuação em caso de episódios/situações de violência no âmbito da atividade profissional, em contexto comunitário e domiciliário, até dezembro de 2023 | | |
|---|--|------------------------------------|------------------|
| Meta / objetivo operacional | Indicador de Avaliação (fórmula de cálculo) | Resultado | Avaliação |
| Que pelo menos 60% dos PS da UCC participem na reunião formativa 'Saúde em Segurança' | $\frac{\text{N.º atividades executadas}}{\text{N.º atividades planeadas}} \times 100$ | $\frac{1}{1} + 100 = 100\%$ | Atingido |
| | $\frac{\text{N.º PS presentes}}{\text{N.º total PS da UCC}} \times 100$ | $\frac{23}{25} \times 100 = 92\%$ | Atingido |
| Que pelo menos 75% dos PS da UCC participantes avaliem satisfatoriamente a reunião formativa (com '4-5') | $\frac{\text{N.º PS avaliaram satisfatoriamente}}{\text{N.º total PS presentes na sessão}} \times 100$ | $\frac{23}{23} \times 100 = 100\%$ | Atingido |
| Que pelo menos 60% dos PS da UCC participem na sessão formativa 'Comunicação Interpessoal e Assertividade' | $\frac{\text{N.º atividades executadas}}{\text{N.º atividades planeadas}} \times 100$ | | Por realizar |
| | $\frac{\text{N.º PS presentes}}{\text{N.º total PS da UCC}} \times 100$ | | Por realizar |
| Que pelo menos 75% dos PS da UCC participantes avaliem satisfatoriamente o interesse dos assuntos abordados na sessão de formação (com '4-5') | $\frac{\text{N.º PS avaliaram satisfatoriamente}}{\text{N.º total PS presentes na sessão}} \times 100$ | | Por realizar |

Fonte. Construção própria.

Relativamente às metas que se encontravam relacionadas com a reunião formativa 'Saúde em Segurança', as mesmas foram alcançadas. Foi realizada a atividade planeada com um total de 23 PS, onde se incluíram 20 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 técnica superior de serviço social e 1 assistente técnico, alcançando-se um total de 92% dos PS da UCC. Estes PS avaliaram satisfatoriamente a atividade, através do questionário de avaliação pré-estabelecido na UCC.

Por outro lado, a sessão formativa do curso 'Comunicação Interpessoal e Assertividade' encontra-se por avaliar uma vez que a mesma ainda não ocorreu. Foram estabelecidos os contactos e discutido o eventual modelo de realização, contudo, posteriormente, e devido a uma situação imprevista no contexto da UCC, foi decidido que no presente ano civil não seria possível dar sequência ao que estava inicialmente planeado, esperando-se que no próximo ano a situação esteja ajustada e que seja possível retomar a organização da formação prevista.

O quinto objetivo específico, a elaboração de um procedimento setorial, o qual visava a uniformização da intervenção/atuação do profissional de saúde da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional, encontra-se espelhado na tabela 20.

Tabela 20

Objetivo específico 5: metas, indicadores, resultados e avaliação.

| Objetivo específico | Uniformizar a intervenção/atuação do profissional de saúde da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional até julho de 2023 | | |
|--|---|-----------------------------|------------------|
| Meta / objetivo operacional | Indicador de Avaliação (fórmula de cálculo) | Resultado | Avaliação |
| Que seja elaborado o Procedimento setorial relativamente à atuação do profissional de saúde da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional | $\frac{\text{N.º de documentos elaborados}}{\text{N.º de documentos propostos}} \times 100$ | $\frac{1}{1} + 100 = 100\%$ | Atingido |

Fonte. Construção própria.

Relativamente à meta estabelecida para este objetivo, a mesma foi atingida, tendo-se elaborado e entregue um procedimento setorial relativo à intervenção/atuação do profissional de saúde da UCC em presença de episódio/caso de violência no âmbito da atividade profissional.

O último objetivo específico definido, o qual consistia em promover na UCC a notificação de todos os episódios/casos de violência contra os PS no âmbito da atividade profissional, durante o ano de 2024, encontra-se por realizar uma vez que o mesmo se direciona para o ano de 2024, conforme revela a tabela 21.

Tabela 21

Objetivo específico 6 e respetivos itens de avaliação.

| Objetivo específico | Promover na UCC a notificação de todos os episódios/casos de violência contra os PS no âmbito da atividade profissional, durante o ano de 2024 | | |
|--|--|------------------|------------------|
| Meta / objetivo operacional | Indicador de Avaliação (fórmula de cálculo) | Resultado | Avaliação |
| Promover a notificação de todos os episódios/casos de violência contra os PS no âmbito da atividade profissional ocorridos na UCC, durante o ano de 2024 | $\frac{\text{N.º casos notificados}}{\text{N.º casos ocorridos}} \times 100$ | | Por realizar |

Fonte. Construção própria.

Em jeito de conclusão, partindo da avaliação realizada até ao momento e considerando as taxas de sucesso atingidas, considera-se que os objetivos estabelecidos para este PIC se encontram maioritariamente atingidos.

No que diz respeito à continuidade do projeto pela UCC, foi abordada a situação e existe interesse em continuá-lo prevendo-se, para já, a realização das reuniões formativas 'No âmbito profissional, não torne a violência banal!' e do curso 'Comunicação Interpessoal e Assertividade'.

Por último, importa salientar que os resultados apresentados neste capítulo mostram os resultados obtidos através dos métodos de avaliação das ações formativas, uma vez que capacitar os PS e promover a sua sensibilização é uma atividade que se processa gradualmente, requerendo uma intervenção contínua e prolongada no tempo, cujos ganhos só poderão ser, de facto, constatados a longo prazo.

4 OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para além do desenvolvimento do presente PIC, foram desenvolvidas outras atividades afetas à carteira de serviços desta UCC. A realização destas atividades permitiu, por um lado, compreender a dinâmica de uma UCC e da Enfermagem Comunitária, uma vez que a mestranda sempre exerceu atividade em meio hospitalar; por outro lado, contribuiu para o desenvolvimento e aquisição de competências. Simultaneamente, na maioria dos casos, também contribuíram para complementar o próprio PIC.

Deste modo, pelo período de dois estágios, foi possível participar em diversos projetos que integram a carteira de serviços da UCC, dos quais se destacam:

- Participação nas *Equipas de Cuidados Continuados Integrados*. Neste âmbito, a realização de visitas domiciliárias permitiu analisar e discutir com os PS o ambiente em que as mesmas se inseriam, as dificuldades encontradas na sua realização e deslocação, o acesso e a intervenção/abordagem às pessoas/famílias/comunidade, bem como abordar a questão da segurança, em particular da violência, na deslocação e na prestação de cuidados em contexto domiciliário e comunitário.
- Participação no projeto *Estatuto do Cuidador Informal*. Neste foi possível observar todo o processo a desenvolver perante cada caso, desde a avaliação da situação até à definição de um Plano de Intervenção Específico ao Cuidador Informal, bem como a articulação com outros profissionais, nomeadamente do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, na abordagem e visita domiciliária aos Cuidadores Informais.
- Participação nos Projetos *Estamos Presentes* e do *Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco*. Em ambos os projetos decorreram reuniões da equipa multidisciplinar referente aos mesmos, para discussão de casos referenciados, com posterior acompanhamento e seguimento dos casos, quer à distância (telefone) quer presencialmente (visita domiciliária). Deste modo foi possível discutir e refletir a sua dinâmica, a identificação e avaliação de potenciais situações de risco, o encaminhamento, a orientação e a realização educação para a saúde, bem como conhecer o meio onde os mesmos se inseriam e as suas dificuldades/obstáculos.
- No caso do *Projeto de Intervenção na População Escolar* apenas foi possível presenciar a algumas sessões relacionadas com o Projeto 'Sexualidade com Responsabilidade', nas escolas do concelho. Contudo, as deslocações às escolas

permitiram analisar as condições ambientais escolares e discutir sobre as mesmas, em especial as condições de segurança do pessoal docente da educação em sala de aula. Por exemplo, o professor não deveria lecionar na ponta oposta à única porta de acesso à sala, uma vez que atravessar uma sala diminui a possibilidade de fuga da mesma em caso de necessidade.

- A possibilidade de presenciar a atividade da *Equipa Referenciadora*, da qual fazia parte a enfermeira orientadora, que embora não faça parte da UCC, mas esteja sediada na mesma, permitiu analisar, discutir e compreender o processo de referência de doentes internados ou provenientes da comunidade, para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Uma grande dificuldade constatada é a análise inicial dos processos, por vezes menos completos ou menos objetivos, e as dificuldades daí decorrentes;
- Participação em atividades formativas, desenvolvidas no âmbito da UCC ou complementares ao PIC:
 - Curso de 'Prevenção Da Violência No Setor Da Saúde' Para Forças De Segurança, a 30/05/2022, com duração de 7 horas, realizado on-line;
 - XXI Encontro Nacional da APECSP, a 27/04/2023 e 28/04/2023, com duração de 18 horas, realizado on-line e no Auditório do Polo Artur Ravara da ESEL;
 - 5º Encontro Nacional de Saúde Ocupacional, a 11/05/2023 e 12/05/2023, com duração de 7h, no Auditório da Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias;
 - Ação de formação 'Apresentação da Escala de avaliação do risco de queda e acidentes em ambiente domiciliar *Home Falls Accidents Screening Tool* (Home Fast)', a 07/06/2023, com duração de 1h, na UCC;
 - Reunião formativa 'Contributo do Enfermeiro na Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados do Utente com Diabetes Mellitus tipo 2', a 07/06/2023, com duração de 1h, na UCC;
 - Seminário 'Abordagem à violência interpessoal em CSP', a 19/06/2023, com duração de 6h, no auditório da escola Secundária Dr. Azevedo Neves;
 - Encontro violência – Intervenção em rede, a 22/06/2023, com duração de 7h, em Vila Franca de Xira;
 - Ação de formação 'PPCIRA', a 05/07/2023, com duração de 1h, na UCC;
 - Ação de formação 'Estatuto do Cuidador Informal', a 18/07/2023, com duração de 1h, na UCC.

5 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS - ANÁLISE REFLEXIVA

Os estágios deverão ser vistos como processos de formação em enfermagem, ou seja, como oportunidades que permitem a aproximação à aprendizagem em contexto real, com potencial aquisição e consolidação de conhecimentos e competências do Enfermeiro Especialista, “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744).

O presente capítulo apresenta uma análise reflexiva e crítica relativamente ao percurso efetuado durante o Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, que decorreu no período de 16/11/2022 a 24/06/2023, e o Estágio Final, cujo período de realização foi de 17/04/2023 a 31/07/2023, abordando mais especificamente a mobilização, desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de ESCSP, e as competências de grau de mestre.

5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento n.º 140/2019 (2019) estabelece as competências comuns do enfermeiro especialista pressupondo a aquisição de um conjunto de competências, independentemente da área de especialização, as quais são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, e que englobam quatro domínios discutidos de seguida.

Relativamente ao domínio da *Responsabilidade profissional, ética e legal*, que enquadra as competências “a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745), considera-se que ao longo do percurso efetuado no Curso de Mestrado foram respeitados os princípios éticos e normas legais, tanto na prática profissional como também no próprio processo de investigação em enfermagem, tendo ainda por base o Código Deontológico.

Os processos de tomada de decisão foram baseados em princípios éticos, no código deontológico e no respeito dos direitos humanos, tendo sido realizados conscientemente,

fundamentados em conhecimentos científicos atuais e em equipa. Foi garantindo, por exemplo, o sigilo profissional, a confidencialidade, a privacidade e a autonomia das pessoas com vista aos seus próprios interesses, aquando da participação em atividades relacionadas com as áreas e projetos da UCC.

Considerando o processo de investigação efetuado, nomeadamente a aplicação de entrevistas de forma a elaborar o diagnóstico de situação apresentado neste relatório, o mesmo foi realizado respeitando os procedimentos éticos e a proteção dos direitos humanos, tendo-se obtido a aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT. Por outro lado, foram ainda obtidas outras autorizações necessárias, nomeadamente da Coordenadora da UCC, da Diretora Executiva do ACES, salvaguardando-se a omissão da identificação dos mesmos, bem como aos PS participantes nas entrevistas realizadas garantindo, nestes últimos, a confidencialidade e o anonimato, bem como a individualidade, a privacidade, a dignidade e a autodeterminação na realização das mesmas.

No que diz respeito ao domínio da *Melhoria contínua da qualidade*, que designa três competências: “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; c) Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745), considero que este projeto apresenta-se como um contributo no desenvolvimento da qualidade dos serviços que são prestados nesta UCC.

Para a consecução deste projeto, assumiu-se uma postura proativa no seu planeamento e execução, gerindo o mesmo com o acompanhamento e supervisão da enfermeira orientadora. Deste modo, foram realizadas reuniões entre a equipa de gestão do projeto para a discussão do planeamento e consecução das atividades propostas, assumindo-se uma atitude de liderança do mesmo.

Investiu-se numa pesquisa bibliográfica intensa, baseada na evidência científica, nas normas e nos indicadores disponíveis tanto em bases de dados como na própria documentação interna da UCC, procurando fundamentar o projeto, conforme se observa no enquadramento teórico apresentado no presente relatório.

Todas as atividades desenvolvidas, quer no âmbito do projeto, quer aquando da participação da mestrandia nas atividades da UCC, que incluíam quer o contacto com os utentes/familiares/comunidade, quer a interação com os PS da UCC, bem como nas reuniões formativas e sessão de formação, tentou-se gerir o ambiente para este que fosse promotor e gerador de segurança.

O domínio *da Gestão dos cuidados* refere as seguintes competências: “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745). Neste sentido, procurou-se envolver os PS no projeto com a apresentação e discussão de resultados obtidos no diagnóstico de situação, contribuindo para a resposta positiva da equipa na implementação das atividades.

Na consecução deste projeto, e conforme referido no domínio anterior, foi adotada uma atitude de liderança do mesmo, ocorrendo não só a supervisão por parte da enfermeira orientadora, como também o trabalho de equipa. Tal permitiu adequar, liderar e gerir os recursos humanos, temporais e materiais disponíveis face às necessidades sentidas de forma eficaz e eficiente, favorecendo a melhor resposta da comunidade em tempo útil e/ou dentro do que seria possível, procurando garantir sempre a qualidade.

Por último, no que se refere ao domínio do *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, que inclui “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745), verificou-se que estes estágios permitiram aumentar a consciência de mim própria tanto como pessoa como enfermeira. O percurso inicial apresentou diversas incertezas, dúvidas e ansiedade sobre o caminho a realizar, mas também revelou a capacidade de resiliência face à novidade das situações, bem como a capacidade em gerir sentimentos e emoções de forma a promover e alcançar respostas eficazes.

Intervir em PS é também desafiante, uma vez que, na maioria das vezes, os projetos e as intervenções estão direcionados para a comunidade com a qual os PS trabalham, o que induz um elevado sentimento de responsabilidade e criatividade na abordagem aos próprios PS. No caso deste PIC foi possível observar a elevada receptividade positiva e o feedback transmitido pelos PS revelando o benefício e o retorno do investimento efetuado.

O desenvolvimento da assertividade ocorreu especialmente após a discussão e avaliação das reuniões realizadas, da reunião formativa e da sessão formativa com a enfermeira orientadora e outros elementos da equipa de enfermagem, destacando-se a importância de saber cessar temas divergentes e reorientar a sessão para o propósito.

Assumiu-se uma atitude facilitadora de aprendizagem no local de estágio, procurando-se suportar a prática na evidência científica mais recente e disponível de modo a transmitir as informações mais corretas e adequadas à comunidade e aos PS, quer nas reuniões formativas, quer na sessão formativa, quer na elaboração do procedimento setorial.

Ainda neste domínio, pode-se destacar a elaboração de um artigo científico, entretanto publicado, e a apresentação de uma comunicação livre no 5º Encontro Nacional de Saúde Ocupacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros, onde foram apresentados os dados relativos ao diagnóstico de situação da comunidade realizado.

Desta forma, considera-se que as competências comuns do enfermeiro especialista foram adquiridas.

5.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA — NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O Regulamento n.º 428/2018 (2018) estabelece as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde família. Este pressupõe a aquisição de um conjunto de competências, consoante o alvo e o contexto de intervenção, sendo estas numericamente quatro no caso da área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Relativamente à competência específica “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19354), considerou-se que a mesma foi conseguida.

Partindo das unidades de competência e dos respetivos critérios de avaliação, em concordância com a metodologia do Planeamento em Saúde, aquando da realização do Estágio I foram realizadas as etapas iniciais do planeamento em saúde. Procedeu-se à realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade tendo em conta os determinantes de saúde que influenciam a segurança dos PS na UCC bem como os fatores que os influenciam, através dos dados epidemiológicos e dos indicadores da área geográfica abrangida pela UCC. Após determinação dos problemas/necessidades desta comunidade, estabeleceram-se as prioridades em saúde formulando-se, posteriormente, os objetivos. Estas etapas iniciais foram essenciais para se definir as reais necessidades/problemas sentidos na população-alvo, as quais foram hierarquizadas conforme a sua ordem de importância de intervenção e segundo os vários programas prioritários definidos pela DGS. Aplicados vários critérios, efetuou-se a priorização dos problemas, tendo-se destacado a necessidade de intervenção em dois deles, uma vez que, decorrente do problema considerado como prioritário, verificou-se ser possível

também intervir num outro problema. Por fim, e de acordo com as prioridades definidas, foram delineados os objetivos a atingir, que se consideraram claros, mensuráveis, exequíveis e relevantes/pertinentes.

O Estágio Final deu seguimento às restantes etapas do planeamento em saúde. Assim, na etapa seguinte conceberam-se estratégias de intervenção que fossem exequíveis, coerentes e articuladas que dessem resposta aos objetivos traçados. De acordo com a operacionalização e a implementação do PIC, o qual atendeu aos recursos disponíveis, foi realizada a sua monitorização e avaliação, de forma contínua, através da definição de indicadores de avaliação, com o objetivo de validar, otimizar e/ou reformular e adequar as intervenções implementadas.

Podemos assim concluir que realizámos uma avaliação do estado de saúde dos PS de uma UCC, baseados na metodologia do Planeamento em Saúde.

No que diz respeito à competência específica “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19354), e partindo da carta de Ottawa (OMS, 1986) em que o processo de capacitação é visto como um conjunto de ações que pretendem a aquisição de competências que permitam que as pessoas realizem o seu potencial de saúde, considerou-se que a mesma foi alcançada.

A liderança deste PIC possibilitou que as estratégias definidas e as intervenções implementadas contribuíssem para a capacitação dos PS da UCC na área da prevenção da violência sobre os PS bem como no processo de notificação destas situações/episódios, permitindo-lhes efetuar escolhas mais adequadas influenciando a sua saúde e produzindo ganhos em saúde. Neste seguimento, o estabelecimento de parcerias e colaborações individuais foram essenciais para garantir uma maior eficácia das intervenções.

Foi possível, ainda, participar em diversos projetos da UCC. Por exemplo, nas deslocações à comunidade, sempre que se verificou oportuno e adequado, contribuiu-se para a capacitação do utente/família/comunidade esclarecendo e fornecendo informação adequada e pertinente e/ou realizando educação para a saúde. Quando necessário, apurou-se mais dados junto do utente/família ou dos PS que se acompanhou, de modo que essa informação fosse de facto relevante, avaliando o processo e resultados das atividades de informação (como a educação para a saúde e as atividades formativas) e contribuindo para o acesso a cuidados de saúde integrados, ajustados, eficazes e continuados.

As atividades desenvolvidas no âmbito do PIC e a participação nos projetos existentes na UCC apresentaram uma elevada relevância, permitindo identificar as necessidades da população, através da mobilização e integração dos conhecimentos de diferentes disciplinas,

tendo ainda como suporte o modelo de Sistemas de Betty Neuman, procedendo-se, deste modo, à gestão da informação em saúde das diversas comunidades com os quais tive contacto.

Deste modo, podemos afirmar que se contribuiu para a capacitação dos PS da UCC na área da prevenção da violência sobre os PS e notificação destas situações.

No que diz respeito à competência específica “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19354) verifica-se que o presente PIC converge com a prioridade “Prevenir todas as formas de violência interpessoal” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, 2023, p. 72), vertida no Plano Nacional de Saúde 2021-2023, isto é, o objetivo geral deste PIC encontra-se, também ele, enquadrado na consecução das linhas de orientação estratégicas face às necessidades de saúde identificadas no PNS 2021-2030.

Simultaneamente, este PIC encontra-se ancorado ao PNPVCV: PAPVSS, alinhando-se com os seus objetivos e com o ODS 16, o qual aponta a promoção de sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável e a construção de instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis.

Deste modo, conclui-se que se otimizou a operacionalização de vários programas de saúde com vista à capacitação dos PS da UCC na área da segurança dos PS, permitindo aumentar a sua segurança e originando impactos positivos na sua saúde.

A nível da intervenção junto das pessoas/grupos/comunidades com as quais foi possível contactar através da participação nos projetos da UCC, também foi possível observar a forma de implementação dos vários Programas de Saúde, como é o caso, nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, nos projetos da área da Saúde Escolar e no Estatuto do Cuidador Informal.

Por último, no que se refere à competência específica “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19354), aponta-se o diagnóstico de situação efetuado nesta UCC como comprovativo da aquisição desta competência. Procedeu-se à análise e interpretação dos dados recolhidos, quer através das bases de dados e outros documentos disponíveis sobre a área geodemografia abrangida pela UCC, quer através das entrevistas realizadas, recorrendo-se a metodologias de análise estatística e de análise de conteúdo. Tal permitiu compreender a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade dos problemas priorizados, sendo fundamental na identificação correta dos mesmos para uma eficaz e eficiente intervenção.

Desta forma, considera-se que as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de ESCSP, foram adquiridas.

5.3 COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

O percurso efetuado possibilitou não só adquirir as competências anteriormente expressas, como as competências de Mestre, apresentadas no Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016). Assim, o grau de Mestre é conferido mediante a demonstração de cinco competências, que serão de seguida abordadas.

Relativamente à competência “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016, p. 3174) pode-se afirmar que foram desenvolvidos e aprofundados conhecimentos adquiridos ao nível do 1º ciclo, ou seja, na licenciatura em enfermagem. Foi ainda desenvolvido um PIC, que incluiu a elaboração de um diagnóstico de situação e a produção de um procedimento setorial. A nível académico, e partindo da realização do diagnóstico de situação efetuado na UCC, foram ainda partilhados os resultados obtidos no diagnóstico de situação através da produção de um artigo científico original e da apresentação de uma comunicação num evento técnico-científico.

No que concerne à competência “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016, p. 3174), verificou-se através da realização do estágio, que incluiu a elaboração do PIC, os quais exigiram a mobilização e aplicação de conhecimentos anteriormente adquiridos. A elaboração do diagnóstico de situação da comunidade, associada à pesquisa com carácter científico, aplicando a metodologia do planeamento em saúde, permitiu adquirir conhecimentos e aptidões necessárias de compreensão e resolução de um determinado problema, tendo em consideração as diversas dimensões e foco da própria especialidade. Paralelamente, foi necessário desenvolver a criatividade, de modo a dar resposta a esses mesmos problemas, nomeadamente na elaboração das estratégias e na própria construção de apresentação das reuniões formativas e da sessão formativa.

No que se refere à competência “c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação

limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016, p. 3174), parte desta competência vem no seguimento da anterior. Assim, perante situações mais complexas ou situações de informação menos completa, tentou-se responder o mais adequadamente possível refletindo-se sobre as suas implicações, responsabilidades éticas e sociais que daí pudessem ser resultantes. A realização dos estágios permitiu o desenvolvimento dos nossos conhecimentos e de ideias próprias sobre determinadas temáticas, mais especificamente sobre a violência sofrida pelos PS no âmbito da sua atividade profissional, especialmente em contexto domiciliário e comunitário.

No que diz respeito à competência “d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016, p. 3174), concretizou-se através da existência de diversas reuniões entre a equipa de projeto, com os parceiros e com outros elementos da UCC. Alguns destes elementos eram especialistas, contudo, com todos os elementos com quem se teve oportunidade de interagir foi possível discutir situações ocorridas, partilhar experiências, comunicar resultados obtidos e apresentar conclusões. Tal permitiu obter um feedback e críticas construtivas e, conseqüentemente, realizar uma avaliação contínua das situações, como por exemplo, nas reuniões formativas, na sessão formativa, nas deslocações à comunidade com a equipa e na abordagem aos processos clínicos na UCC. Por outro lado, a elaboração do presente relatório permitiu transmitir e relevar de forma esclarecedora os vários conhecimentos adquiridos, alicerçados na prática baseada na evidência, bem como a capacidade de analisar e refletir os problemas, as dificuldades e as limitações sentidas durante o desenvolvimento do PIC, para além do presente PIC também permitir a discussão, a avaliação e a transmissão dos resultados obtidos. Um outro contributo para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente da comunicação das conclusões obtidas no diagnóstico de situação, ocorreu através da elaboração do artigo científico e da realização da comunicação livre num evento técnico-científico.

Por fim, em relação à competência “e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016, p. 3174), considera-se que as aprendizagens realizadas em contexto de estágio bem como aquando do desenvolvimento do PIC permitirão continuar a concretizar aprendizagens ao longo da vida não só profissional como académica e pessoal. A realização de pesquisa bibliográfica permitindo a obtenção de conhecimentos suportados em conhecimentos científicos, a investigação efetuada, a confrontação dos dados obtidos no

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

diagnóstico de situação, a comunicação livre realizada e a elaboração de um artigo científico contribuíram para que, futuramente, se proceda à produção de mais conhecimento científico de forma autónoma e auto-orientada.

Conclui-se, deste modo, que foram reunidos os requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre com a discussão pública do presente relatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório de estágio permitiu rever e reviver o percurso realizado até ao momento, possibilitando a reflexão sobre o desenvolvimento do PIC, que teve como base o tema da violência contra os PS que prestam cuidados em contexto comunitário e domiciliário. Este relatório contribuiu, ainda, para adquirir e aprofundar conhecimentos sobre o tema em causa, realçando a importância de cuidar daquele que cuida, em especial dos PS que cuidam 'fora da proteção direta' dos espaços institucionais, como é o caso das UCC.

Os contextos de saúde podem originar ambientes mais propensos à violência, sendo que atividades profissionais desenvolvidas sem 'proteção direta', como os cuidados em contexto domiciliário e comunitário, aumentam a insegurança e o risco ocorrência de episódios de violência. Os mesmos poderão originar consequências nefastas não só para os PS como para as instituições, inclusive para aqueles que são cuidados, podendo ainda causar repercussões a nível nacional.

O projeto desenvolvido constituiu uma oportunidade fundamental na aquisição de competências teóricas e habilidades práticas com vista à promoção da saúde e prevenção de doença em contexto comunitário. Os estágios proporcionaram uma ampla oportunidade de participar e desenvolver diversas atividades, as quais abrangiam várias áreas de atuação comportamentais para a promoção da saúde e no cuidado das populações, tendo em vista o bem-estar, e a melhoria da qualidade de vida das comunidades consideradas.

O PIC apresentado seguiu as várias etapas da metodologia do Planeamento em Saúde. Descreveu-se o diagnóstico de situação de saúde realizado, permitindo a identificação das necessidades e sendo, posteriormente, efetuada a sua priorização. Traçou-se os objetivos a alcançar e a seleção das estratégias que poderiam otimizar o PIC.

De seguida, na preparação da execução e na execução, descreveu-se as várias intervenções e atividades propostas e realizadas, tendo-se baseado nas estratégias selecionadas, suportando-se em vários programas, em especial no PNPVCV, e sustentando-se no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o qual permitiu identificar elementos e fatores stressores e definir as intervenções de enfermagem a realizar aos vários níveis de prevenção. Nesta etapa foram, ainda, explicitados os recursos físicos, materiais e humanos necessários e que, muitas vezes, condicionam fortemente aquilo que se pretende alcançar. No que diz respeito aos recursos humanos, destaca-se as parcerias estabelecidas, as quais tornaram este PIC mais rico. A equipa pedagógica da UCC foi um elemento essencial para a

comunicação e desenvolvimento do projeto aos PS na UCC, através dos meios de divulgação e avaliação pré-estabelecidos na mesma. A definição de um cronograma detalhado, suficientemente flexível e temporalmente aberto a eventuais oscilações foi também crucial para um adequado planeamento e orientação das intervenções inicialmente propostas. Tomemos como exemplo a marcação de reuniões com os parceiros em que verificou, por vezes, demoras na obtenção de respostas, com necessidade de reforço dos pedidos e necessidade de procurar alternativas de contacto em tempo útil.

Por último, foi exposta a monitorização/avaliação a qual, embora se apresente como sendo a última etapa da metodologia do Planeamento em Saúde, na realidade, acompanhou de forma contínua todo o processo, permitindo a reformulação de aspetos sempre que necessário. A avaliação final dos objetivos definidos, através das metas estabelecidas, traduz uma avaliação positiva global do projeto. A sua análise permitiu refletir sobre possíveis alterações e/ou adaptações a realizar futuramente nas reuniões formativas e na sessão formativa, o que vai ao encontro daquilo que é referido no planeamento em saúde: este é um processo permanente, contínuo e dinâmico, orientado para o futuro.

Relativamente a aspetos positivos, destaca-se a interação estabelecida com os PS, quer aquando na participação nas atividades desenvolvidas na UCC quer na manifestação do interesse dos PS nos conteúdos desenvolvidos no âmbito do PIC. Encontrou-se uma equipa coesa, interessada e acolhedora, com muito interesse em investir na formação profissional e pessoal. Foi gratificante *sentir* a receptividade positiva relativamente às intervenções realizadas. Frequentemente os projetos são dirigidos às pessoas/grupos/comunidades onde os PS exercem a sua atividade, pelo que o facto de os próprios PS serem o foco da intervenção, terá potenciado o seu envolvimento e os resultados obtidos.

Por fim, mas não menos importante, destaca-se o facto de este tema ser pertinente e atual uma vez que é notória uma maior preocupação com os contextos onde os cuidados são prestados, procurando-se criar e promover ambientes saudáveis e uma cultura de 'não violência' no setor da saúde. As diversas pesquisas realizadas sobre o tema, revelaram que ainda existe um enorme potencial de intervenção a nível da área de LVT, sendo fundamental a sinergia de vários parceiros de modo a rentabilizar os recursos existentes, que por vezes são escassos, com vista à eficácia e à eficiência dos resultados, obtendo-se os ambicionados ganhos em saúde.

No entanto, também foram sentidas dificuldades e limitações na realização deste PIC, em especial no que se refere ao fator tempo. Em primeiro lugar destaca-se a demora em obter o parecer positivo por parte da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, com a necessidade de reformulação do pedido original para a realização do estudo que permitiria

elaborar um diagnóstico de situação mais real e fidedigno. Outra dificuldade sentida, e já referida anteriormente, diz respeito ao tempo de espera na obtenção de resposta de alguns parceiros e na ausência de resposta a pedidos, inviabilizando uma das intervenções propostas. Por fim, como dificuldade, mas que também pode ser vista como um desafio, relaciona-se com o facto de se estar a começar um projeto de raiz: dada a novidade e originalidade do mesmo não havia qualquer 'rede de interlocutores' previamente conhecida, isto é, quando se realiza, por exemplo, um PIC num determinado meio, de ano para ano já se vai conhecendo quais os interlocutores desse meio, o que poderá facilitar na rapidez do processo de construção do projeto e da obtenção de respostas, acelerando e otimizando a sua execução; neste caso, foi necessário procurar os interlocutores, tornando o processo mais moroso, mas também mais estimulante.

Contudo, e apesar das limitações temporais, a consecução deste PIC foi possível graças à enfermeira orientadora que, não descurando o acompanhamento e orientação, deu autonomia, flexibilidade e liberdade à mestranda, permitindo-lhe desenvolver e liderar o projeto ao seu ritmo. Contudo, importa realçar que um investimento temporal desta ordem pressupõe uma elevada carga horária, em especial na preparação, validação e implementação, o que às vezes poderá ser condicionado e limitativo tendo em consideração os reduzidos recursos humanos nas instituições.

O presente relatório, nesta fase, possibilitou descrever, refletir e criticar sobre o percurso efetuado, das práticas e das intervenções realizadas, as quais foram fundamentadas e baseadas em evidência científica. Simultaneamente, permitiu analisar o processo de desenvolvimento e aquisição de competências. Conclui-se que foi possível adquirir conhecimentos e capacidades que contribuíram para a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista, nomeadamente na área de ESCSP e segundo o grau de Mestre, o que possibilita o exercício profissional de forma qualificada nesta área.

Este percurso foi um grande desafio, que exigiu compromisso, responsabilidade, gestão e planeamento, tendo contribuído para o enriquecimento da mestranda não só a nível profissional e académico, mas também a nível pessoal.

Pode-se concluir que o presente PIC contribuiu para o empoderamento e capacitação dos PS relativamente à tomada de decisão no que concerne a episódios/casos de violência no âmbito do exercício da sua atividade profissional. Assim, tendo em conta a importância deste fenómeno na atualidade e o seu reconhecido interesse por parte da UCC, sugere-se que seja dada continuidade ao PIC nesta UCC, bem como o posterior alargamento deste mesmo PIC a outras Unidades Funcionais do ACES, com a devida adaptação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT], I.P. (2018). *Orientações para a prevenção e gestão da violência em contexto de prestação de cuidados de saúde*. https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2021/07/Orienta_es-viol_ncia-arslvt_FINAL.pdf
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT], I.P. (2021). *Normas De Submissão De Protocolos De Investigação Para Apreciação Por Comissões De Ética Da Região De Lisboa e Vale do Tejo*. 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
- Almeida, C. & Veiga, A. (2020). Social Determinants and Health Literacy of the Elderly: Walk to Well-Being. *Open Access Library Journal*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.4236/oalib.1106390>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association
- Antão, H. S., Sacadura-Leite, E., Manzano, M. J., Pinote, S., Relvas, S., Serranheira, F. & Sousa-Uva, A. (2020). Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies. *Acta Médica Portuguesa*, 33(1), p.31-37. <https://doi.org/10.20344/amp.11465>
- Arif, S., Baig, L. A., Shaikh, S., Hashmi, I., Sarwar, Z., & Baig, Z. A. (2022). Violence against health care workers in rural areas of Sindh, Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 72(11), 2150–2153. <https://doi.org/10.47391/JPMA.3120>.
- Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar [USF-NA] (2019). *O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2018/2019: Questionário aos coordenadores de USF - Relatório do estudo*. <https://app.box.com/s/sx3zlmxnp56x24f3m33k6bxbn6dsx2vs>
- Autoridade para as Condições do Trabalho (2012). *Avaliação de Riscos Psicossociais*. [https://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/Campanhas/Campanhasrealizadas/AvaliacaoRiscosPsicossociais/Paginas/default.aspx](https://www.act.gov.pt/(pt-PT)/Campanhas/Campanhasrealizadas/AvaliacaoRiscosPsicossociais/Paginas/default.aspx)
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo* (Reimpressão 2020). Edições 70.

- Batista, E. C., Matos, L. A. L., Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau*, v.11, n.3. p.23-38. https://www.researchgate.net/publication/331008193_A_ENTREVISTA_COMO_TECNICA_DE_INVESTIGACAO_NA_PESQUISA_QUALITATIVA
- Busnelo, G. F., Trindade, L. L., Pai, D. D., Beck, C. L. C. & Ribeiro, O. M. P. L. (2021). Tipos de violência no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*, 25(4), p.1-11. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0427>
- Câmara Municipal d* AA (2021). *Estratégia local de habitação d* AA: 1º direito*. https://www.cm-amadora.pt/images/INTERVENCAO_SOCIAL/HABITACAO_SOCIAL/DOCS/2022/estrategia_local_habitacao_amadora_1direito.pdf
- Carvalho, A., Ferrinho, P., & Craveiro, I. (2019). Capacitação e parcerias norte/sul na área da saúde—o caso do projeto UDI-A. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 17, 35-43. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/87242>
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (2022). *A Região*. <https://www.ccdr-lvt.pt/regiao/apresentacao-da-rlvt>
- Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Cooper, C. L., Swanson, N. (2022). *Workplace violence in the health sector - State of the Art*, ILO, WHO, ICN and PSI 2002. ISBN 92-2-113237-4; Vittorio di Martino, *Workplace violence in the health sector - Country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study)*, Synthesis report, ILO, WHO, ICN and PSI 2002. ISBN 92-2-113441-5.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008). Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC_DL_28_2008.pdf
- Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016). *Diário da República*, 1.ª série, N.º 176 — 13 de Setembro de 2016. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Despacho n.º 10143/2009 (2009). Diário da República n.º 74/2009, Série II, de 16 de abril de 2009. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. <https://pns.dgs.pt/historico/pns-2004-2010/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). *Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2020). *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. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Planos_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2021a). *Guia técnico n.º 3: vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho*. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Planos_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2021b). *Níveis de Literacia em Saúde – PORTUGAL*. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35112/1/Arriaga_et_al_2021.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022a). *Inquérito de Segurança 2021*. <https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/> https://www.dgs.pt/prevencao-da-violencia-no-setor-da-saude/ficheiros/relatorio-ingseg-2021_vfinal_out22-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s*. <https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022c). *Mais de 7000 profissionais de saúde formados para responder a casos de violência*. <https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/> <https://www.dgs.pt/em-destaque/mais-de-7000-profissionais-de-saude-formados-para-responder-a-casos-de-violencia.aspx>
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA] (2021). *Riscos psicossociais no trabalho e stresse no trabalho*. <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, A. R., Conceição, C., Flores, I., Santos O. (2003). *Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector*. Human Resources for Health, 1, p.1-11. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17688/1/Workplace_violence.pdf
- Fortin, M. F. (2003). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa. Lusodidata.

- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2021). *PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa: O que são NUTS?* <https://www.pordata.pt/O+que+sao+NUTS>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2022). *PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa: Portugal>Municípios.* <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Ielapi, N., Andreucci, M., Bracale, U. M., Costa, D., Bevacqua, E., Giannotta, N., Mellace, S., Buffone, G., Cerabona, V., Arturi, F., Provenzano, M., & Serra, R. (2021). Workplace Violence towards Healthcare Workers: An Italian Cross-Sectional Survey. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 11(4), 758–764. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040072>.
- Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso de serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022). *Censos 2021. Resultados definitivos-2021.* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES-pub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2
- International Labour Organization [ILO] (2016). *Workplace Stress: A collective challenge.* International Training Centre of the ILO. Turin. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
- International Labour Organization [ILO] (2020). *Ambientes de trabalho seguros e saudáveis*
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
- Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro (2009). *Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho.* Diário da República n.º 176, série I de 2009-09-10, página 6167 – 6192. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1158&tabela=leis
- 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. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76(12), 927–937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.
- International Labour Organization [ILO] (2020). *Ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio.* Genebra: OIT.

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_783092.pdf

- Lowry, L. W., Aylward, P. D. (2015) *Betty Neuman's Systems Model*. In: Smith MC, Parker ME, editors. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis. p.165-84.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel - Edições Técnicas, Lda
- Mento, C., Silvestri, M.C., Bruno, A., Muscatello, M.R.A., Cedro, C., Pandolfo, G., Zoccali, R. A. (2020). Violência no local de trabalho contra profissionais de saúde: uma revisão sistemática. *Agressão. Comportamento violento*. 51, 101381.
- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Editora FIOCRUZ. <http://books.scielo.org/>
- Ministério da Saúde [MS] (2022a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: ACES AA*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30014/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde [MS] (2022b). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022*. [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao CSP 2022_VF.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_CSP_2022_VF.pdf)
- Ministério da Saúde da República de Moçambique (2012). *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2011: ACA XI*. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Mozambique/Mozambique%20JAR%202011.pdf
- Moreno, A., Sousa, N., Rute G. (2018). *II Plano Municipal para a Integração de Migrantes da AA 2018-2020*. Câmara Municipal d* AA. https://www.cm-amadora.pt/images/INTERVENCAO_SOCIAL/REDE_SOCIAL/PDF/2plano_municipal_integra_migrantes_2018_2020.pdf
- Neuman B., Fawcett J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5th ed. Upper Saddle, NJ: Pearson.
- Oliveira, C.M., Fontana, R.T. (2012). Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(2), p. 243-249. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/11951/pdf/>
- Oliveira, R.M., Silva, M.S., Guedes, M. V. C., Oliveira, A. C. S., Sanchez, R. G. & Torres, R. A. M. (2016). Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: An integrative review. *Revista Esc Enferm USP*, 50(4), p.695-704. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500021>

- Organização Mundial da Saúde (1986). *Carta de Ottawa*. https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud - Resumen*. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2020). *Violence Against Healthcare Workers: A Conversation Between NBC's New Amsterdam, WHO, and NYU*. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
- Pai, D.D., Sturbelle, I.C.S., Santos, C., Tavares, J.P., Lautert, L. (2018). *Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde*. *Texto contexto - enferm.* 27 (1). doi: [10.1590/0104-07072018002420016](https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016).
- Palagi, S., Noguez, P. T., Amestoy, S. C. & Porto, A. R. (2015). *Violência no Trabalho: Visão de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência*. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9 (11), 9706-9712. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10759/11885>
- Pestana-Santos, M., Santos, M. S. R., Cabral, I.E., Sousa, P. C., Lomba, M. L. L. F. (2021). *Neuman Systems Model in perioperative nursing care for adolescents with juvenile idiopathic scoliosis*. *Rev Esc Enferm USP*. 55:e03711. doi: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37618/1/download-novo-5.pdf>
- Polícia de Segurança Pública [PSP]. (s.d). *Saúde em Segurança*. https://www.psp.pt/Pages/proximidade/saude_seguranca.aspx
- Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. P. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. P. 19354-19359. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, da Presidência de Conselho de Ministros (2022). *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. <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00300/0000700019.pdf>

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, da Presidência de Conselho de Ministros (2023). Aprova o Plano Nacional de Saúde 2030. Diário da República n.º 158/2023, Série I de 2023-08-16, páginas 72 - 126. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. *et al.* (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* **12**, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde*. Cadernos de Formação nº 2. (2 ed). Ministério da Saúde.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- U.S. Bureau of Labor Statistics (2018). Fact Sheet | Workplace Violence in Healthcare, 2018 | Abril 2020. <https://www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018.htm>
- Unidade de Cuidados na Comunidade AA (2014). *Plano Ação da UCC AA 2014/2016*. AA.
- Unidade de Cuidados na Comunidade AA (2020). *Relatório de atividades UCC AA ano 2019*. AA.
- Vincent-Höper, H., Stein, M., Nienhaus, A. & Schablon, A. (2020). Workplace Aggression and Burnout in Nursing—The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *Int J Environ Res Saúde Pública*, **17** (9), p.1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093152>
- Watson, A., Jafari, M., & Seifi, A. (2020). The persistent pandemic of violence against health care workers. *The American journal of managed care*, **26**(12), e377–e379. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.88543>.
- World Health Organization [WHO] (2023) *Preventing violence against health workers*. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>

APÊNDICES

APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO E GUIÃO DE ENTREVISTA APLICADOS

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Caro colega, por favor leia com atenção a seguinte informação, se considerar que não está claro ou se surgirem dúvidas, não hesite em solicitar informação adicional. Se concorda com a proposta que lhe está a ser feita, queira, por favor, assinar o consentimento informado disponível no final desta informação.

Solicito a sua colaboração na realização desta entrevista sobre a "Segurança dos profissionais de saúde nas Unidades de Cuidados na Comunidade", no âmbito da unidade curricular do estágio do 6º Mestrado em Enfermagem (em associação) do Instituto Politécnico de Setúbal, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no ano 2021/2022, sob orientação da Professora Joana Nobre e da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED].

Com a realização desta entrevista pretende-se caracterizar o contexto, a frequência, o tipo de violência e a notificação de uma situação de violência na prestação de cuidados na comunidade. O seu contributo permitirá elaborar um diagnóstico de situação com base nos resultados globais das entrevistas efetuadas, permitindo posteriormente desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária com a intenção de dar resposta às necessidades identificadas na área da segurança dos profissionais nesta Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC [REDACTED]. O desenvolvimento deste Projeto de Intervenção Comunitária ambiciona contribuir para a promoção do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, integrado no Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, respondendo ao fenómeno da violência no setor da saúde, em especial nesta UCC.

Não se identificam riscos para os participantes quer aceite ou recuse a sua participação no projeto.

De modo a facilitar o trabalho de transcrição, esta entrevista será gravada, pelo que solicito o seu consentimento para a gravação da mesma.

A sua participação no estudo é de carácter voluntário, pelo que, caso não pretenda responder ou suspenda/anule a sua participação no decurso deste estudo, não haverá quaisquer prejuízos ou consequências associadas.

Será garantido o carácter anónimo e a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como o uso exclusivo dos mesmos para o presente estudo, para o relatório de estágio e para eventuais publicações que possam vir a ser produzidas, sendo que em nenhum dos mesmos será incluída qualquer tipo de informação que permita identificar os intervenientes. Após o término destes atos serão destruídos todos os documentos de

recolha de dados, consentimento informado de todos os participantes e gravações efetuadas.

Ressalvo, ainda, que os participantes não recebem qualquer compensação monetária ou outro por participar neste estudo.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Grata pela sua disponibilidade.

(o investigador)

Enfermeira Cátia de Jesus Leira
(210531056@estudantes.ips.pt)

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento, aceitando participar de livre vontade nesta entrevista. Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que considere oportunas sobre o assunto obtendo o devido esclarecimento.

Compreendo que toda a informação obtida nesta entrevista será confidencial e anónima. Foi-me garantido que não haverá prejuízo ou dano caso recuse ou suspenda a realização da mesma.

Autorizo o ato indicado, bem como as gravações da entrevista e declaro que não me oponho à utilização das mesmas para o seu estudo, desde que seja garantido o anonimato e para o fim solicitado.

O entrevistado _____

O entrevistador _____

Data _____, ____/____/____

Entrevista

Parte I – Caracterização sociodemográfica e profissional

1. Com que género se identifica?
2. Qual a sua idade?
3. Qual a sua formação académica mais elevada?
4. Qual o número total de anos de exercício profissional. E qual o número de anos de exercício profissional na Unidade de Cuidados Continuados?
5. Em que Áreas/Projetos de Intervenção desta Unidade de Cuidados na Comunidade exerce principalmente funções?
6. Já frequentou alguma formação na área da violência no trabalho? Se sim, há quanto tempo?

Parte II – Caracterização do contexto de prestação de cuidados na comunidade.

1. 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?
2. 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.

1. O que entende por violência sobre os profissionais de saúde? Que tipo de situações enquadraria neste conceito?
2. Na sua atividade profissional, na prestação de cuidados na comunidade, vivenciou alguma situação de violência? (em caso de resposta negativa a entrevista terminará)
3. 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?
4. Considera que ter vivenciado este tipo de situação teve impacto na sua vida? De que forma? Como tentou ultrapassar estas consequências?

Parte IV – Caracterização da notificação de uma situação de violência na prestação de cuidados na comunidade.

1. Após a situação vivenciada, notificou alguém?
2. Se não o fez, quais os motivos?
3. Se o fez, como procedeu e quem notificou?
4. 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?

APÊNDICE II – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA DA UCC, ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS EFETUADAS

Tabela I

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra da UCC.

| Variáveis sociodemográficas e profissionais | | Frequência | Percentagem % | |
|---|---|--|---------------|------|
| 1 | Gênero | 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 | 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 na População Escolar | 5 | 62,5 |
| | | na Área da Saúde Reprodutiva das Crianças e Jovens em Risco ou Vulnerabilidade | 2 | 25 |
| | | Outra | 0 | 0 |
| | | | 1 | 12,5 |
| | | | 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 |

Legenda: N=8

Fonte. Construção própria, 2023

APÊNDICE III – ANÁLISE DE CONTEÚDO, SEGUNDO BARDIN (2018), DAS ENTREVISTAS EFETUADAS

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Tabela II.1

Análise de conteúdo das entrevistas, relativamente à Categoria “Perceção do contexto”.

| Subcategoria | Unidades de registo | Unidades de contexto |
|------------------------------------|--------------------------|--|
| Descrição da percepção do contexto | Falta de proteção | E1: “Não estamos dentro da nossa Instituição” E2: “nós [profissionais] entrar no ambiente deles. Éramos (...) um risco” E3: “fazemos muitas vezes visitas sozinh*s”; “as pessoas sentem que estamos a entrar no espaço delas e elas têm mais poder” E5: (nas instituições é) “a pessoa que se desloca lá” E7: “numa Instituição hospitalar estás protegid* pela própria instituição” |
| | Desconhecido | E1: “da multiculturalidade da AA e com mais minorias” E2: “Não consegues controlar o ambiente” E4: “quem se dirige a casa dos outros e sempre é risco e uma aventura (...) está lá o utente, mas também lá estão outras pessoas” E7: “concelho da [***] temos muitos bairros sociais” E8: “entrar no ambiente deles, num espaço que não é nosso e acabamos por ser nós os elementos invasores do espaço” |
| | Insegurança | E1: “Estamos na casa de outra pessoa” E2: “não sabes quem é que está lá dentro” E3: “o tipo de bairros também, o facto de entrar no prédio sozinh* numa área desconhecida”; “estarmos sozinhos e não nos conseguirmos defender” E6: “[ao realizar] alguma avaliação da situação e a trabalhar aquela situação [há] o medo de que aconteça há ali alguma resposta negativa ou mesmo ali alguns momentos de agressividade” E7: “fora do ambiente seguro da unidade de saúde; no domicílio das pessoas, no bairro das pessoas” E8: “em especial nos bairros” |
| Medidas adotadas nestes contextos | Comportamento relacional | E1: “Apresentarmos e dizermos o que é que vamos lá fazer (...) pedir sempre o consentimento da pessoa, explicar o que é que estamos a fazer, qual é nosso objetivo” E3: “não ter uma postura... não impor” |
| | Comportamento defensivo | E2: “nunca fazemos a primeira visita sozinhas, vamos sempre duas”; “de acordo com um ambiente inseguro ou a incerteza do que vamos encontrar na equipa, vamos sempre duas” |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

E3: “primeira visita, fazê-la em conjunto com outro profissional”

E7: “tentar que vão dois enfermeiros realizar o domicílio que nem sempre é possível”

E7: “tentar que não fique lá sozinho, que o motorista aguarde”

E8: “tentamos sempre fazer a primeira visita em conjunto”

E2: “temos sempre o telemóvel [da equipa]”

E2: “tentamos sempre ir com a carrinha que está identificada (...) muitas vezes não é possível”

E4: “de táxi ou de frota. De frota já conhecemos de motoristas”

E7: “Ando sempre com o telemóvel”

E2: “Organizamos em termos de horários”

E5: “coloco-me sempre numa posição em que consiga ver as pessoas que estão na casa”

E6: “o aviso prévio de que esta visita vai acontecer, explicar quem somos, qual é o nosso papel”

E7: “conhecendo o concelho é tentar fazer os agendamentos dessas visitas no período da manhã”

Fonte. Construção própria, 2023

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Tabela II.2

Análise de conteúdo das entrevistas, relativamente à Categoria “Conceito de violência”.

| Subcategoria | Unidades de registo | Unidades de contexto |
|--------------|--------------------------------|--|
| Natureza | Violência física | E1: “violência verbal. Física. Manipulação” E2: “violência verbal a física”; “Eu acho que a verbal é o que nós sentimos mais”; “há muito palavreado que é usado” E3: “Agressões verbais”; “Chamar nomes” E5: “Violência pode ser verbal, sermos desrespeitados, ofendidos, o tipo de linguagem que é utilizada, às vezes é ofensiva e desrespeitosa e depois a parte da violência física” |
| | Violência psicológica (verbal) | E7: “A violência verbal, a física” E8: “Violência física (...). a violência psicológica”; “violência é... é ir para além dos limites de tentar exceder-se às vezes na violência verbal, nos gritos, pôr em questão em pôr em causa alguns procedimentos que possamos estar a fazer, alguma abordagem que possamos ter...” |
| Tipologia | Violência interpessoal | E4: “violência utente, violência com a própria equipa, e violência dos superiores hierárquicos” E6: “Estamos a falar de utentes para com os profissionais de saúde ou interprofissionais de saúde” |

Fonte. Construção própria, 2023

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Tabela II.3

Análise de conteúdo das entrevistas, relativamente à Categoria “Experienciação de situações de violência”.

| Subcategoria | Unidades de registo | Unidades de contexto |
|--------------|--|--|
| | Violência física | E2: “a tentar pôr-nos fora de casa” E3: “Não foi uma agressão. Foi uma agressão, uma senhora bateu-me com uma [peça de roupa]”; “a outra senhora também me bateu com [uma peça de roupa]” |
| | Natureza da violência | E1: “Terem uma linguagem mais imprópria ou mais agressiva” E1: “Não, quer dizer, houve alguns utentes, às vezes, podem ter alguma agressividade verbal, falarem um bocadinho mais agressivo quando alguma coisa não corre como eles tinham planeado”; “Terem uma linguagem mais imprópria ou mais agressiva” E2: “violência verbal (...) dela [a] gritar conosco”; E2: “mesmo vir encostar-se a nós a falar mais alto” E4: “nem sempre a violência física será normalmente aquela formata uma ação final [como a visualização do confronto presenciado entre dois utentes]” E6: “dizerem que iriam então ter comigo o espaço eu me encontrava para conversarmos por pessoalmente, mas sempre com aquele tom ameaçador”; “manifestações de desagrado e não quererem a intervenção, não quererem a presença” E7: “violência verbal quer por parte do próprio utente quer por parte dos familiares cuidadores” E8: “a violência psicológica, a forma como muitas vezes os utentes nos falam” |
| Contexto | Domicílio do utente | E2: “a tentar pôr-nos fora de casa” E3: “em todas as visitas [ao domicílio]” |
| | Não presencial (contacto telefónico) | E6: “fruto de um contato telefónico (...) dizerem que iriam então ter comigo o espaço eu me encontrava para conversarmos por pessoalmente” [responsável por menor de idade] E8: “eu atendo o telefone e ela nem sequer se identifica (...) depois telefonou mais tarde a pedir desculpa” |
| | Outro local | E4: “uma turma” [âmbito da saúde escolar] |
| Agressor | Familiar do utente / representante legal | E1: “é mais familiares” E2: “uma familiar” E6: “o senhor [familiar do utente]” |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | |
|------------------|---|---|
| | | E8: “A filha [da utente]” |
| | Utente | E3: “A senhora [utente]” |
| | Outro | E4: “uma turma. O estudante” |
| | Autodefesa | E6: “mantendo o distanciamento”; “Inconscientemente já observei o espaço físico todo” |
| | Solicitação à pessoa agressora para parar | E1: “Pedir à pessoa para se acalmar” E4: “vamos acalmar e não vale insultar uns aos outros” E5: “a minha resposta nessa circunstância foi dizer que <i>olhe aos gritos não falo consigo</i> ” E7: “se calhar é melhor ir embora e falarmos noutra altura em que consigamos conversar” E8: “E eu conheci-a e disse [chamou a pessoa pelo nome, interpelando-a]” |
| Reação situação | à Confrontação | E2 “chegou uma altura que ela já estava muito agressiva. E então acabei por contrapor o que ela disse” E2: “perguntando (...) [ao] nosso utente, que estava consciente, se queria a nossa presença ou não [perante conflito entre profissional e familiar do utente]” E7: “procuro demonstrar que o comportamento é desadequado, que é agressivo” |
| | Desvalorização da situação | E2: “A primeira vez quando ela gritou comigo (...) eu deixei-a falar” E3: “não me enervei, não alterei e tentei mudar um bocadinho a minha forma de atuar [adaptar cuidados]” |
| | Tentativa de não se sobrepor/ impor | E2: “A primeira vez quando ela gritou comigo (...) eu deixei-a falar” E7: “se calhar é melhor ir embora e falarmos noutra altura em que consigamos conversar” |
| | Diálogo com a equipa e/ou chefia | E2: “equipa acho que nós falamos sobre isto”; “falámos com a coordenação” |
| Impacto situação | da Ansiedade/stress/irritabilidade/tristeza | E2: “mexesse um bocadinho com a parte emocional perante os nossos cuidados”; “Naquele dia, claro que ficámos um bocadinho alteradas em termos de dinâmica, não é, de concentração” E4: “Eu só senti muita pena, muita pena e muita tristeza” E6: “fiquei um bocadinho preocupada”; “Depois, os dias foram passando e também deu para perceber que realmente ele não vinha.” E7: “impacto a nível emocional (...) e isso gera frustração” E8: “me irritou, me enervou. Também a forma como eu fui para os [outros] utentes a seguir, alterou logo a minha forma de estar ali. Fiquei lá por enervada e exaltada” |
| | Preocupação com o outro | E2: “teve mais impacto pela preocupação com o utente do que com a própria postura que ela [familiar] teve para connosco” |
| | Qualidade dos cuidados prestados | E8: “Também a forma como eu fui para os [outros] utentes a seguir” |
| | Satisfação profissional | E7: “. E mesmo a nível da satisfação profissional” |
| | Irrelevante / sem impacto | E1: “Não, não tem tido consequências” |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| Estratégias para lidar posteriormente | Verbalização de sentimentos | E4: “não senti que me afetasse” E3: “comentámos apenas com muitos colegas e entre a equipa e nós também temos reuniões de equipa muitas vezes com outros elementos que não são enfermeiros e falamos destas situações” E7: “Procuro sempre fazer a expressão dos meus sentimentos com os colegas” |
| | Desculpabilização do agressor | E8: “pensar que aquele comportamento não tem a ver connosco (...) é a própria pessoa que está em exaustão” |
| | Momento de aprendizagem | E4: “aprendizagem da minha postura perante as situações e de ter mais alguns cuidados” E6: “numa próxima vez tento não abordar esta questão de forma tão direta” |

Fonte. Construção própria, 2023

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Tabela II.4

Análise de conteúdo das entrevistas, relativamente à Categoria “Notificação do incidente”

| Subcategoria | Unidades de registo | Unidades de contexto |
|---------------------------|-------------------------------------|--|
| Motivos de não realização | Desvalorização da situação | E1: “foram tudo coisas que se resolveram na altura” E3: “não considerei que tivesse estado em risco, sinceramente” E6: “Pensei que se calhar pudesse ser um exagero da minha parte, se calhar porque não conheço de forma aprofundada a este modelo de notificação e a forma como ele deve acontecer”; “a exposição também seria desnecessária, se calhar ia ser desvalorizada por muitas pessoas” E7: “achamos que é normal, já estamos habituados a que as pessoas descarreguem em nós”; “Mas se calhar achamos que é normal, faz parte do trabalho. Mas não deveria fazer” |
| | Falta de tempo | E8: “muitas vezes é a falta de tempo que nós temos para fazer tantas burocracias que temos para fazer” |
| | Desconhecimento sobre procedimentos | E8: “o desconhecimento” |
| Satisfação | Encaminhamento | E2: “Eu fiquei satisfeit* porque fomos nós diretamente que encaminhamos para a equipa e ficou resolvido”; “5, ó sim” |
| | Desfecho | E2: “Eu fiquei satisfeit* porque fomos nós diretamente que encaminhamos para a equipa e ficou resolvido”; “5” |

Fonte. Construção própria, 2023

APÊNDICE IV – PLANO DAS REUNIÕES E AGENDAMENTOS

Agendamentos e Planos da reunião

| | |
|------------------------------|---|
| Data | 15/05/2023 |
| Horário | 14 h |
| Duração | 30 min |
| Local | UCC |
| Dinamizador | Enfermeira Cátia Leira |
| Participantes | Coordenadora da UCC |
| Atividade | Reunião |
| Finalidade da reunião | Apresentar a proposta do projeto de intervenção comunitária a realizar Solicitar a continuidade do projeto na UCC |
| Agenda da reunião | Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação Exposição dos problemas/necessidades Identificação das prioridades Apresentação dos objetivos do PIC Apresentação das etapas do PIC Apresentação das parcerias a estabelecer e as áreas de atuação de cada parceiro |

| | |
|------------------------------|--|
| Data | 22/05/2023 |
| Horário | 11 h |
| Duração | 30 min |
| Local | UCC |
| Dinamizador | Enfermeira Cátia Leira |
| Participantes | GOL-UCC |
| Atividade | Reunião |
| Finalidade da reunião | Solicitar o estabelecimento de parceria Solicitar a continuidade do projeto na UCC |
| Agenda da reunião | Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação Exposição dos problemas/necessidades Identificação das prioridades Apresentação dos objetivos do PIC Apresentação das etapas do PIC |

Apresentação das parcerias a estabelecer e as áreas de atuação de cada parceiro

Solicitação de estabelecimento de parceria, com menção à estratégia de intervenção a colaborar

Data 06/06/2023

Horário 15 h

Duração 30 min

Local Via Teams (Sede da Entidade Formadora e UCC)

Dinamizador Enfermeira Cátia Leira

Participantes Coordenadora da Unidade Qualificação e Certificação da Entidade Formadora

Atividade Reunião

Finalidade da reunião Solicitar o estabelecimento de parceria

Agenda da reunião Enquadramento teórico – Porquê intervir nas UCC?

Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação

Exposição dos problemas/necessidades

Identificação das prioridades

Apresentação dos objetivos do PIC

Apresentação das etapas do PIC

Apresentação das parcerias a estabelecer e as áreas de atuação de cada parceiro

Solicitação de estabelecimento de parceria, com menção à estratégia de intervenção a colaborar

Data 20/06/2023

Horário 16 h

Duração 30 min

Local Contato telefónico e via e-mail

Dinamizador Enfermeira Cátia Leira

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Participantes Chefe da Secção de Prevenção Pública e Proximidade [SPPP] | Núcleo de Operações [NO] | COMETLIS

Atividade Reunião

Finalidade da reunião Solicitar o estabelecimento de parceria

Agenda da reunião

- Enquadramento teórico – Porquê intervir nas UCC?
- Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação
- Exposição dos problemas/necessidades
- Identificação das prioridades
- Apresentação dos objetivos do PIC
- Apresentação das etapas do PIC
- Apresentação das parcerias a estabelecer e as áreas de atuação de cada parceiro
- Solicitação de estabelecimento de parceria, com menção à estratégia de intervenção a colaborar

**APÊNDICE V – PLANO DE SESSÃO DA SESSÃO FORMATIVA DIRIGIDA AOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UCC**

Plano da sessão

| | |
|--|---|
| TEMA DA SESSÃO: Quebra o ciclo da violência contra os profissionais de saúde no âmbito da sua atividade profissional | FORMADOR: Enf ^a Cátia Leira, Estudante, Mestrado Enfermagem Comunitária |
| DATA: 12/07/2023 | LOCAL: UCC [REDACTED] |
| DURAÇÃO: 60 minutos | FORMANDOS: Profissionais da [REDACTED] |

| Conteúdos Programáticos (Organizados pela sequência de abordagem) | Objetivos | Atividades a Realizar | Tempo (Minutos) | Métodos e Técnicas Pedagógicas | Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio | Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação) |
|--|---|---|-----------------|--|---|---|
| Apresentação do formador Apresentação da ação de formação e dos objetivos | Apresentar o tema e objetivos | Exposição oral pelo formador Visualização de diapositivos de apoio | 5 min | Expositivo (exposição oral com recurso a PowerPoint) | Computador e monitor para projeção multimédia | Observação direta Aplicação de questionário |
| Violência no local de trabalho | Reconhecer episódios/situações de violência contra os profissionais de saúde no âmbito da sua atividade profissional Compreender o âmbito do conceito de violência no setor da saúde | Visualização de diapositivos de apoio | 15 min | Interrogativo (exposição oral com recurso a PowerPoint) | Computador e monitor para projeção multimédia | Observação direta Através da participação |

| | | |
|-------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Formador | Coordenador/a da UCC [REDACTED] | Responsável Formação Contínua |
| Assinatura: | Assinatura: | Assinatura: |
| Data: | Data: | Data: |

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

| Conteúdos Programáticos (Organizados pela sequência de abordagem) | Objetivos | Atividades a Realizar | Tempo (Minutos) | Métodos e Técnicas Pedagógicas | Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio | Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação) |
|---|--|---|-----------------|--|---|--|
| Classificação da violência | Apontar a classificação da violência quanto à tipologia e natureza dos atos violentos, segundo a OMS | Exposição oral pelo formador Visualização de diapositivos de apoio | 10 min | Expositivo (exposição oral com recurso a PowerPoint) Interrogativo | Computador e monitor para projeção multimédia | Observação direta Através da participação |
| Procedimentos: Notificação e Participação às entidades competentes | Orientar sobre o procedimento a adotar durante e após um episódio/ situação de violência contra os profissionais de saúde no âmbito da sua atividade profissional | Exposição oral pelo formador Visualização de diapositivos de apoio | 15 min | Expositivo (exposição oral com recurso a PowerPoint) Interrogativo | Computador e monitor para projeção multimédia | Observação direta Através da participação |
| Esclarecimento de questões, discussão e reflexão Avaliação da sessão | Esclarecer dúvidas ou questões Promover a reflexão sobre a violência contra os profissionais de saúde no âmbito da sua atividade profissional Avaliar a sessão de formação | Exposição oral pelo formador Debate em grande grupo e análise da apresentação Visualização de diapositivos de apoio | 15 min | Expositivo (exposição oral com recurso a PowerPoint) Ativo (debate) | Computador e monitor para projeção multimédia | Observação direta; Através da participação; Aplicação de questionário (igual ao inicial) |

| | | |
|-------------|----------------------|-------------------------------|
| Formador | Coordenador/a da UCC | Responsável Formação Contínua |
| Assinatura: | Assinatura: | Assinatura: |
| Data: | Data: | Data: |

APÊNDICE VI – RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO PUBLICADO

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

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: Violência no Trabalho, Serviços de Saúde Comunitária, Profissional de Saúde, Serviços de Assistência Domiciliar, Notificação de Acidentes de Trabalho

APÊNDICE VII – RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NO 5º ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

SEGURANÇA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Enquadramento conceptual

A prestação de cuidados em ambiente domiciliário e comunitário implica o contacto com a população, fora do ambiente institucional, quer seja o utente dos cuidados e a sua família, quer pelo próprio contexto em si muitas vezes desconhecido e pouco seguro.

Estudos revelam que cerca de 50% dos profissionais de saúde já sofreram, pelo menos, um episódio de violência física ou psicológica em cada ano.

Problema de estudo

A violência, enquanto risco psicossocial, apresenta-se como um fenómeno de elevado impacto na saúde, nas organizações e na economia nacional/mundial.

Objetivos

Conhecer 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, realizando o Diagnóstico de Saúde desta população-alvo.

Metodologia

Estudo exploratório, descritivo e transversal, de natureza qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, no período de junho de 2022 a abril de 2023.

A amostra de conveniência foi constituída pelos profissionais de saúde que integravam a equipa multidisciplinar da Unidade, mediante critérios de inclusão e exclusão pré-definidos.

Solicitada autorização à Comissão de Ética bem como o Consentimento Informado aos participantes aquando das entrevistas.

Resultados

Entrevistados 8 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (87,5%), com uma média de 43 anos (min. 35 e máx. 51 anos).

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

O tempo médio de experiência profissional total era de 20,25 anos e na área dos cuidados na comunidade a média era de 7,25 anos.

A maioria referiu, aquando da entrevista, não ter frequentado formação profissional na área da violência sobre os profissionais de saúde.

Os entrevistados manifestaram que o contexto de prestação de cuidados na comunidade podia gerar ambientes vulneráveis, inseguros e propensos à violência, justificando-se com o sentimento de falta de proteção e de insegurança, bem como o receio pelo desconhecido, agravados pelo contexto do concelho onde trabalham, adotando comportamentos relacionais e defensivos para minimizar o risco.

Verificou-se que a violência ocorre essencialmente no domicílio do recetor dos cuidados e através do familiar do utente, tendo sido adotados comportamentos de autodefesa, solicitação à pessoa agressora para parar, confrontação e desvalorização da situação. Verificou-se uma tentativa de não se sobrepor/impôr, de tentar apaziguar a situação e não se deixar afetar pelo acontecimento, contudo, foi referido, a curto e a médio prazo, a ocorrência de ansiedade, stresse, irritabilidade, tristeza e, eventualmente, frustração. À posteriori ocorreram situações de diálogo com a equipa, ou a chefia, bem como a adoção de outras medidas mais tardias.

A maioria dos entrevistados não notificou a situação por uma questão de desvalorização da mesma, associada à sensação de falta de tempo e ao desconhecimento da forma de notificação.

Conclusão

Observa-se a necessidade de capacitar e formar os profissionais de saúde das Unidades de Cuidados na Comunidade quanto ao fenómeno da violência sobre os profissionais, bem como promover a sua notificação, permitindo compreender a dimensão real deste fenómeno na área da segurança e saúde do trabalho.

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO À COORDENADORA DA UCC

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL



Exmo. Coordenador da UCC [REDACTED]
ACES [REDACTED]

Sra. [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realizar um Projeto de Intervenção Comunitária na UCC [REDACTED]

Cátia de Jesus Leira, enfermeira com o número de ordem 54120, a exercer funções na [REDACTED], em Lisboa, licenciada em enfermagem e a frequentar o 6º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, vem por este meio solicitar autorização para a realização de um projeto de intervenção comunitária na área da segurança dos profissionais de saúde nas Unidades de Cuidados na Comunidade, nomeadamente na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]

Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito do Estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]. Tem a supervisão clínica da Sra. Professora Joana Rita Pimenta Nobre (joana.nobre@ipportalegre.pt) como Professora Orientadora; e da Sra. [REDACTED] ([REDACTED]@arslvt.min-saude.pt) como Enfermeira Orientadora.

Pretende-se realizar um Projeto de Intervenção Comunitária, na UCC [REDACTED], na área da segurança dos profissionais de saúde, segundo a metodologia de planeamento em saúde.

O projeto será desenvolvido no ano letivo 2021/2022 e 2023/2024, nomeadamente entre maio e junho de 2022 e posteriormente entre setembro e janeiro de 2024, com intervenções direcionadas para os profissionais de saúde da unidade de cuidados na comunidade da qual é coordenadora.

Gostaria de referir que os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial, mantendo-se o anonimato. A informação e os resultados poderão ser apresentados, para além da divulgação na unidade de modo a evidenciar os ganhos obtidos após intervenção e da sua apresentação em relatório de estágio e provas académicas do referido mestrado, em eventos científicos da área, garantindo-se o sigilo e anonimato.

Desde já conto com a vossa colaboração.

Atenciosamente, sem mais outro assunto,

É do interesse da unidade

Enf. [REDACTED]
Coordenadora da UCC [REDACTED]
ACES [REDACTED]

Cátia de Jesus Leira
(210531056@estudantes.ips.pt)

[REDACTED], 01 de junho de 2022

A violência contra os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO À DIRETORA EXECUTIVA DO ACES AA



concordo com o projeto e prescrito,
uma vez que verifico existirem
vantagens para a melhoria
da prestação de cuidados por
parte dos profissionais.
Verificando-se a necessidade de
parecer da comissão de ética,
fica sujeito a prestação de parecer
da CE da ARSLVT e a aprovação

Ana Isabel Silva
Diretora
ACES

Informação N.º 35

Data 31/08/2022

2149-2022

Assunto: PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITARIA – UCC
Segurança nos Profissionais de Saúde nas Unidades de Cuidados na Comunidade

Após receção do protocolo do projeto com as alterações sugeridas na informação CCS nº 33, considera o CCS estarem reunidas as condições para parecer favorável do ACES à realização deste projeto, estando o seu início sempre condicionado ao parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSLVT.

Dora Vaz
Paula Morgado

(Membros do CCS no ACES [redacted])

Rua [redacted]
Tel. [redacted] Fax [redacted]
aces [redacted]@arslvt.min-saude.pt

**ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARSLVT E
ADENDA RELATIVA À ALTERAÇÃO DO CRONOGRAMA DO PROJETO**



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Cátia de Jesus Leiria

210531056@estudantes.ips.pt

C/C:

| Sua Referência | Sua Comunicação de | Nossa Referência | Data |
|----------------|--------------------|------------------|------|
| | | 6494/CES/2022 | |

Assunto: Projeto de Intervenção Comunitária na área da segurança dos profissionais.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 16.09.2022, o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Cátia Jesus Leiria

210531056@estudantes.ips.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

2789/CES/2023

Assunto: Adenda ao estudo: Projeto de Intervenção Comunitária na área da segurança dos profissionais.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou um pedido de adenda na alteração do cronograma do projeto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 05.05.2023 e emitiu um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo
LUIS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, IP

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Avaliação da Sessão Pelo Formando

- "No âmbito Profissional não torne a violência banal"

Formadores:

Enfª Cátia Leira, aluna de Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, orientada pela Enf. [REDACTED]

21/06/2023

* Indica uma pergunta obrigatória

A sua opinião sobre a Ação de Formação que frequentou é importante para que se possa proceder a uma apreciação crítica, e melhorar, a forma como esta foi concebida, organizada e ministrada.

O seu contributo reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia das futuras formações.

Todas as informações disponibilizadas serão consideradas confidenciais.

I – AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO / FUNCIONAMENTO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Assinale a opção que considere mais adequada

1. **As condições físicas do local (sala) eram adequadas ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

2. **Recursos informáticos / tecnológicos utilizados eram adequados ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

II – AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO E METODOLOGIA

Assinale a opção que considere mais adequada

3. **A ação permitiu a aquisição/renovação de conhecimentos ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

4. **Documentação distribuída foi útil ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

5. **A metodologia foi adequada face aos objetivos da Ação de Formação ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

6. **A duração da ação foi adequada face aos objetivos enunciados ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

III – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA FORMADORA

Assinale a opção que considere mais adequada

7. **A formadora demonstrou estar preparada e ter conhecimentos/domínio sobre o tema ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

8. **A formadora foi clara no discurso ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - MUITÍSSIMO / Muito Bom

9. **A formadora soube motivar e despertar interesse no grupo ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - MUITÍSSIMO / Muito Bom

10. **A formadora cumpriu os objetivos propostos ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - MUITÍSSIMO / Muito Bom

11. **A formadora mostrou-se disponível para esclarecimento de dúvidas ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

IV – AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO

12. **Satisfação global com a ação de formação ***

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Nada / Nenhum
- 2 - Pouco / Deficiente
- 3 - Suficiente
- 4 - Muito / Bom
- 5 - Muitíssimo / Muito Bom

V – PONTOS FORTES E ÁREAS A MELHORAR

13. **Utilize este espaço para indicar até três pontos fortes da ação de formação ***

14. Utilize este espaço para indicar até três aspetos a melhorar com futuras edições da ação de formação *

Muito Obrigada pela sua colaboração

Equipa Pedagógica [REDACTED]

21/06/2023

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários