

VIOLÊNCIA E ASSÉDIO NO TRABALHO EM ENFERMEIROS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

WORKPLACE VIOLENCE AND HARASSMENT IN NURSES: AN EXPLORATORY STUDY

TIPO DE ARTIGO: Artigo Original

Autores: Murcho N¹, Pacheco E², Maio T³.

RESUMO

Introdução

A violência e o assédio no trabalho nos enfermeiros, é um problema prevalente a nível mundial, que afeta a qualidade dos serviços, repercutindo-se na organização e relações de trabalho e no desempenho dos trabalhadores, cujas consequências vão desde traumatismos resultantes da violência física a perturbações na saúde mental das vítimas.

Assim, este estudo tem como objetivo caracterizar esta problemática nestes profissionais, em Portugal, nas perspetivas socioprofissional e psicossocial.

Metodologia

É um estudo exploratório quantitativo-qualitativo, descritivo e transversal, realizado através da aplicação de um questionário online de autoadministração à população dos enfermeiros a trabalhar nos serviços de saúde públicos e privados portugueses, do continente, sendo a amostra de conveniência, composta pelos elementos desta população que responderam a este questionário.

Resultados

Em relação aos 134 enfermeiros participantes deste estudo, a maioria tem idades entre 31 a 50 anos (61,9%), é do género feminino (86,6%), está casado/junto (70,1%), é licenciado (62,7%), trabalha no Algarve (55,2%), exerce funções em unidades funcionais dos centros de saúde (25,4%), tem um tempo de exercício profissional entre 11 a 20 anos (30,6%) e de trabalho no serviço entre um a cinco anos (31,3%), foi vítima direta ou indireta de violência e assédio no trabalho (73,1%) e, dos que foram vítimas destas situações (98 participantes), a maior parte refere que estas ocorreram entre uma a três vezes (51%), em serviços de internamento médicos

¹ **Nuno Murcho**

Enf.º Gestor na Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, IP; Doutor e Mestre em Psicologia da Saúde pela UAlg; Pós-Graduado em Gestão de Recursos Humanos pelo INUAF, *Experto Universitário* em Drogodependências pela Universidade de Huelva e Diplomado em Abordagem Sistémica e Familiar pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar; DESE em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) pela Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende e Especialista na área da ESMP com a Competência Acrescida Avançada em Gestão pela Ordem dos Enfermeiros. Morada Completa para Correspondência dos Leitores: Rua Honorato Santos, n.º 6 - 8005-546 Faro. Email: nunalvaro@netcabo.pt. N.º ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5646-3467>.

-Contribuição para o Artigo: Realização da pesquisa bibliográfica, discussão crítica e redação do artigo.

² **Eusébio Pacheco**

Professor na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve; Doutor em Psicologia, no ramo de Psicologia da Saúde; Mestre em Psicologia da Educação; Investigador colaborador da Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) Nursing School of Coimbra (ESENFC); Membro da Comissão Científica do Prémio Boas Práticas em Saúde - 3E's organizado pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar e Direção-Geral de Saúde. 8005-232 Faro. Email: joseeusebiopacheco@sapo.pt. N.º ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5424-2441>.

-Contribuição para o Artigo: Realização da pesquisa bibliográfica, discussão crítica e redação do artigo.

³ **Telma Maio**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Unidade Local de Saúde do Algarve; Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Pós-Graduada em Gestão de Unidades de Saúde, pela Faculdade de Economia da Universidade do Algarve; Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Beja. 8000-542 Faro. Email: telmamaio2021@gmail.com. N.º ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5714-2425>

-Contribuição para o Artigo: Realização da pesquisa bibliográfica, discussão crítica e redação do artigo.



e cirúrgicos de adultos (22,4%), com um grau de gravidade percebido como muito grave (M = 4 pontos), os agressores foram principalmente os utentes/doentes (30,6%), seguidos dos outros profissionais da instituição/serviço (28,1%), grande parte teve sintomas que considerou como perturbadores após a ocorrência desta situação (62,2%), enquadráveis no grupo do transtorno de stresse pós-traumático e, destes últimos (61 participantes), a maioria referiu ainda persistirem sintomas posteriormente (52,5%).

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram que a violência e o assédio no trabalho são problemas que afeta a maior parte dos participantes no estudo, o que vem ao encontro da literatura consultada a este respeito, embora seja de assinalar o facto de o segundo grupo de agressores mais referido ser o dos outros profissionais da instituição/serviço, e o surgimento e a persistência de sintomas transtorno de stresse pós-traumático nas vítimas, o que evidencia a necessidade da realização de mais estudos de âmbito nacional, que permitam um melhor conhecimento desta realidade.

Palavras-chave: Violência no Trabalho, Assédio no Trabalho, Enfermeiros, Saúde Ocupacional, Medicina do Trabalho, Enfermagem do Trabalho.

ABSTRACT

Introduction

The workplace violence and harassment in nurses, is a prevalent problem worldwide, which affects the quality of services, having repercussions on the organization and work relations and on the workers performance, whose consequences range from trauma resulting from physical violence to mental health disorders in victims. Therefore, the aim of this study is characterizing this problem in these professionals, in Portugal, from the socio-professional and psychosocial perspective.

Methodology

It is a quantitative-qualitative, descriptive and exploratory cross-sectional study, carried out through the application of an online self-administration questionnaire to the population of nurses working in Portuguese continental public and private health services, and the sample is of convenience, composed of the elements of this population who responded to this questionnaire.

Results

In relation to the participating 134 nurses in this study, the majority are between 31 and 50 years old (61,9%), is feminine gender (86,6%), married/joined (70,1%), licentiate (62,7%), works in Algarve (55,2%), in functional units of health centres (25,4%), have a professional exercise time between 11 to 20 years (30,6%) and work in the service between one to five years (31,3%), was a direct or indirect victim of workplace violence and harassment (73,1%), and those who have been victims of these situations (98 participants), most refer that this situations occurred between one and three times (51%), in adult inpatient medical and surgical services (22,4%), with a degree of severity perceived as very serious (M= 4 points), the aggressors were mainly users/patients patients/users (30,6%), followed by other professionals in the institution/service(28,1%), large part had symptoms considered as disturbing after the situation occurred (62,2%), that fit in the group of the post-traumatic stress disorder, and of these last (61 participants), most reported that symptoms still persist today (52,5%).

Conclusion

The results of this study demonstrate that violence and harassment at work is a problem that affects most of its participants, which is in line with the literature consulted on the subject, although it is worth noting the fact that the second most cited group of aggressors is other professionals in the institution/service, and the emergence and persistence of symptoms of post-traumatic stress disorder in victims, which highlights the need for more studies at a national level, which allow for a better understanding of this reality.

Keywords: Workplace Violence, Workplace Harassment, Nurses, Occupational Health, Occupational Medicine, Occupational Health Nursing.

INTRODUÇÃO

A violência contra profissionais de saúde (PS) no local de trabalho é um problema prevalente a nível mundial, afetando a qualidade dos serviços, com repercussões na organização e nas relações de trabalho, assim como no desempenho dos trabalhadores (1), tendo tal se agravado com a Pandemia pelo COVID 19 (2).

Assim, pode dizer-se que trabalhar em instituições de saúde envolve situações de risco, que proporcionam um ambiente favorável para a ocorrência de casos de violência no trabalho (3).

Os estudos realizados sobre a problemática da violência e assédio no trabalho (VAT) em PS, demonstram que a maioria destes profissionais já experienciou estas situações (4) (5), que a maior parte das vítimas são mulheres (5) (6) (7) (8) (9) e enfermeiras (6) (8) (10), embora não sejam unânimes relativamente à associação

entre género e VT, em que em alguns encontram associações significativas (5) e outros não (11), bem como em relação à idade, em que os escalões etários com maior frequência foram de 21 a 30 anos (6), 30 a 39 anos (7), 40 a 49 anos (8) ou 56 a 65 anos (5), assim como no tempo de serviço, que varia desde os seis aos dez anos (8) (12), até ao tempo de serviço igual ou superior a 31 anos (5).

Os agressores mais comuns são os doentes, seguidos dos familiares (1) (4) (6) (8) (13) e a maior parte dos tipos de agressões são as verbais, seguidas do assédio moral e das físicas (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (12) (13). Em relação às consequências das situações de VAT nos PS, estas poderão incluir desde traumatismos resultantes da violência física a perturbações na saúde mental das vítimas (7) (8) (10) (12) (13) (14), nomeadamente alterações do sono (7) (10) (11), aumento do stresse (7) (10) (11) (13), tristeza e medo do agressor (11) (12), sintomas de *burnout* (11) e de Transtorno de Stresse Pós-Traumático (TSPT) (13) como memórias ou pensamentos perturbadores e recorrentes, evitando pensar ou falar sobre o incidente e estar hipervigilante (11).

Considerando o exposto, nomeadamente no que concerne às consequências do impacto da VAT em PS, tanto nos próprios profissionais quanto nos serviços de saúde e na qualidade dos cuidados, e com base em estudos que indicam que os enfermeiros são os mais afetados – por serem profissionais de primeira linha no atendimento aos utentes (7) (9) e por os seus elementos serem predominantemente do género feminino (7) – realizou-se este estudo com o objetivo de caracterizar a VAT nos enfermeiros em Portugal, nas perspetivas socioprofissional e psicossocial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório quantitativo-qualitativo, descritivo e transversal, em que a colheita de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário *online* de autoadministração, tendo esta fase decorrido entre outubro e dezembro de 2024.

População e amostra

A população é constituída pelos enfermeiros a trabalhar em serviços de saúde portugueses, públicos ou privados, do continente. A amostra (n) é de conveniência e composta pelos elementos desta população que responderam ao instrumento de colheita de dados (participantes) aplicado *online*, com n = 134 participantes.

Variáveis em Estudo

- Variáveis de Caracterização Socioprofissional: idade; género; estado civil; habilitações literárias/académicas; profissão; tempo de exercício profissional (TEP); serviço ou unidade onde exerce funções; tempo de trabalho no serviço/unidade onde exerce funções profissionais (TTS); e região onde se situa serviço/unidade onde exerce funções profissionais;

- Variáveis de Caracterização Psicossocial e das Situações de Violência e Assédio no Trabalho: ansiedade; depressão; stresse; fatores de prevenção da VAT em PS; existência de situações em que foi vítima direta ou indireta de VAT; tipo de vítima em situações de VAT (vítima direta, indireta ou ambas)(*); grau de gravidade das situações em que foi vítima de VAT(*); serviços/unidades onde foi vítima de VAT (*); número de situações de VAT de que foi vítima(*); tipos de situações de VAT de que foi vítima(*); tipos de agressores nas situações de VAT em que foi vítima(*); existência de sintomas considerados perturbadores após a situação de VAT(*); tipo de sintomas apresentados depois da situação em que foi vítima de VAT(*); existência de sintomas que persistem na atualidade(*) e tipo de sintomas que persistem na atualidade(*)).

De referir que as variáveis assinaladas com asterisco (*) são analisadas apenas nos casos em que os

participantes tenham sido vítimas, direta ou indiretamente, de VAT.

Menciona-se ainda que, no caso da existência de sintomas considerados perturbadores após a situação de VAT, são pesquisados sintomas de TSPT e outros sintomas para além destes.

Os sintomas de TSPT podem ser agrupados em três categorias, da seguinte forma (15):

- Reexperimentação - recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes à situação de violência no trabalho; sonhos perturbadores e repetitivos referentes à situação de violência no trabalho; agir ou sentir-se subitamente como se a situação de violência no trabalho estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver); sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra da situação de violência no trabalho; e ter reações físicas (como coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra da situação de violência no trabalho;

- Evitamento - evitar pensar ou falar sobre a situação de violência no trabalho, evitar ter sentimentos relacionados com esse acontecimento; evitar atividades ou situações porque elas lhe relembram a situação de violência no trabalho; ter dificuldade em lembrar aspetos importantes da situação de violência no trabalho; perder o interesse por atividades de que antes costumava gostar; sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas; sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afeto pelas pessoas que lhe são próximas; sentir que a sua vida futura vai acabar cedo;

- Hiperativação - ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir; sentir-se irritável ou ter ataques de fúria; ter dificuldade em se concentrar; estar “superalerta”, hipervigilante ou em guarda; e sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente alarmado/a.

Instrumento de colheita de dados

É um questionário autoadministrado *online*, com 21 questões, das quais nove perguntas abertas de resposta rápida e 12 fechadas, que incluem três escalas que são a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de 21 itens, de Lovibond e Lovibond (16) e as Escalas de Fatores de Prevenção de VAT em PS (EFPVAT) e de Ordem de Gravidade das Situações de VAT de que o participante foi vítima direta ou indireta (OGSVAT), construídas para este estudo.

A versão eletrónica deste questionário, para aplicação junto da população em estudo, foi efetuada a partir do Google Forms®, e a sua distribuição realizada através de contatos informais, nas redes sociais (Facebook, WhatsApp) e associações profissionais da enfermagem, de forma a chegar-se ao maior número de participantes possível.

Os participantes foram informados que somente enfermeiros poderiam responder ao questionário e que só deveria ser respondido um questionário por pessoa.

Descrição e análise psicométrica das escalas utilizadas

A EADS de 21 itens, de Lovibond e Lovibond (16), é uma escala de tipo Likert, com 21 itens, agrupados em três subescalas, respetivamente de ansiedade, de depressão e de stresse, de sete itens cada uma e com quatro pontos de gravidade ou de frequência, que variam entre “0” (não se aplicou nada a mim) e “3” (aplicou-se a mim a maior parte das vezes), que fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”, correspondendo as notas mais elevadas aos estados afetivos mais negativos (16).

Para se determinar os níveis de ansiedade, depressão e stresse, efetuou-se a soma dos *scores* nos fatores e estabelecemos intervalos para identificação destes níveis a partir da determinação dos percentis, de modo a obtermos uma classificação tripartida, correspondendo aos seguintes níveis: Ligeiro - ≥ 0 pontos ≤ 7 pontos; Moderado - ≥ 8 pontos ≤ 14 pontos; Acentuado - ≥ 15 pontos ≤ 21 pontos.

Da análise das relações entre as três subescalas, e entre as subescalas e a escala total (tabela 1), através

de testes de correlação, verificamos que os níveis de significância (p) são todos muito relevantes ($p < 0,001$), e que os níveis de associação (r) são moderados ($0,4 \geq r \leq 0,69$) entre a depressão e a ansiedade, e altos ($0,7 \geq r \leq 0,89$) para as relações entre o stresse, a depressão e a ansiedade, e entre estas subescalas e a escala total.

Os valores de consistência interna (α) para as respetivas subescalas neste estudo, foram $\alpha = 0,864$ para a ansiedade, $\alpha = 0,87$ para a depressão e $\alpha = 0,851$ para o stresse (com $\alpha = 0,946$ para a escala total), o que vem ao encontro dos valores encontrados na versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (16), que foram $\alpha = 0,74$ para a ansiedade, $\alpha = 0,85$ para a depressão e $\alpha = 0,81$ para o stresse, pelo que podemos dizer que este instrumento continua a apresentar boas condições psicométricas, sendo adequado para avaliar as variáveis que pretende medir (17) - ansiedade, depressão e stresse.

A EFPVAT, como já referimos, é uma escala construída para este estudo, visando a análise dos fatores de prevenção da VAT, e é uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre “1” (pouco importante) e “5” (extremamente importante) e 21 itens, que agrupamos em cinco fatores, de acordo com o referencial teórico de um estudo prévio efetuado (18), e que são os seguintes:

- Fatores individuais - com oito itens, respetivamente “formação dos profissionais de saúde em atendimento ao público”, “formação dos profissionais de saúde em técnicas de mediação de conflitos, com reforço das competências comunicacionais e relacionais”, “criação de canais de denuncia confidenciais”, “criação de medidas de apoio de saúde mental ocupacional aos profissionais de saúde”, “promoção de medidas de redução do stresse e ansiedade junto da população atendida”, “recurso a mediadores interculturais e tradutores junto da população estrangeira e minorias étnicas”, “divulgação nos serviços da carta dos direitos e deveres dos utentes” e “divulgação nos serviços de saúde e à população em geral, das consequências legais para os agressores no caso de situações de violência”;
- Fatores organizacionais - com oito itens, respetivamente “reforço da capacitação e adequação dos recursos humanos disponíveis para o atendimento ao público”, “adequação dos procedimentos organizacionais dos serviços, que reduzam os tempos de espera e a acumulação dos utentes”, “criação de canais de fuga e proteção para os profissionais de saúde em caso de agressão”, “adequação dos espaços de trabalho, para que sejam confortáveis para os seus utilizadores e permitam reduzir o stresse a ansiedade de profissionais e utentes”, “implementação de medidas técnicas de apoio físico e psicossocial aos profissionais de saúde vítimas de agressão, que permitam o diagnóstico precoce e o tratamento imediato das consequências destas agressões e a sua reabilitação”, “existência de policiamento presencial, nomeadamente nos locais de maior afluxo de utentes e de conflituosidade”, “implementação de uma política de tolerância zero para como os comportamentos de violentos” e “estudo e análise sistemática dos fatores de conflituosidade com o público e adoção de medidas para a redução dos mesmos”;
- Fatores societais - com dois itens, respetivamente “promoção de uma melhor ligação à comunicação social, reforçando a formação dos profissionais deste setor, no sentido de uma maior consciencialização para um tratamento mais adequado de conteúdos sobre as situações de violência no trabalho nos profissionais de saúde, de forma a melhorar a qualidade das coberturas noticiosas” e “criação de conteúdos específicos destinados às redes sociais, no sentido de se promover uma educação para a cidadania relativa à violência no geral e em particular sobre os profissionais de saúde”;
- Fatores jurídico-penais e do sistema judicial - com um item, que é “agravamento da moldura penal para as situações de agressões aos profissionais de saúde e agilização dos procedimentos jurídico-legais”;
- Fatores políticos - com dois itens, respetivamente “criação de legislação e regulamentos que proibam e

sancionem todas as formas de violência e assédio no trabalho” e “adoção de políticas relevantes e adoção de estratégias de prevenção, denúncia e combate à violência e assédio no trabalho”.

Para se determinar os níveis de importância para os diferentes fatores desta escala, utilizou-se a média dos scores em cada um dos fatores, estabelecendo-se intervalos para identificação destes níveis de modo a obtermos uma classificação quadripartida, correspondendo aos seguintes níveis: “pouco importante” - ≥ 1 ponto < 2 pontos; “importante” ≥ 2 pontos < 3 pontos; “muito importante” ≥ 3 pontos ≤ 4 pontos; e “extremamente importante” > 4 pontos ≤ 5 pontos.

A escala total revela uma consistência interna de $\alpha = 0,976$. Apesar dos fatores terem sido previamente determinados, verificamos ainda a consistência interna dos mesmos. Excetuando os fatores jurídico-penais e do sistema judicial, por somente incluírem um item, os valores apresentados são os seguintes: fatores individuais - $\alpha = 0,913$; fatores organizacionais - $\alpha = 0,948$; fatores sociais - $\alpha = 0,824$; e fatores políticos - $\alpha = 0,95$.

Das relações entre os cinco fatores desta escala e a escala total, observamos que os níveis de significância apresentados são todos muito relevantes ($p < 0,001$). Verificamos ainda que os níveis de associação são moderados entre os fatores individuais e os fatores sociais, jurídico-penais e do sistema judicial e políticos, e altos para as relações entre os restantes fatores, bem como entre os fatores e a escala total, de acordo com a tabela 2, o que nos leva a inferir que esta escala apresenta características psicométricas adequadas para avaliar a variável que pretende medir (17) e que são os fatores de prevenção de VAT em PS.

A OGSVAT é também uma escala tipo Likert, construída também para este estudo, para análise da gravidade percebida das situações de VAT no serviço ou unidade onde tenha sido vítima (direta ou indireta), com cinco pontos, que variam entre “1” (pouco grave) e “5” (extremamente grave), e um único item que é “ordem de gravidade da situação” (pelo que não efetuamos testes de validação psicométricos).

Para se determinar os níveis de gravidade também se estabeleceram intervalos quadripartidos, correspondendo aos seguintes níveis: “pouco grave” - ≥ 1 ponto < 2 pontos; “grave” ≥ 2 pontos < 3 pontos; “muito grave” ≥ 3 pontos ≤ 4 pontos; e “extremamente grave” > 4 pontos ≤ 5 pontos.

Tratamento Estatístico

Foram aplicados métodos de estatística descritiva e de análise inferência. As ferramentas estatísticas utilizadas para o tratamento de dados foram o IBM SPSS Statistics 22® e o Excel®.

As questões abertas, exceto para a idade e os tempos de exercício profissional e no serviço ou unidade onde exerce funções (porque são variáveis contínuas), foram tratadas por análise de conteúdo simplificada, categorizando-se as respostas de forma a se poder também fazer o processamento estatístico inferencial das mesmas.

De referir ainda, que as variáveis qualitativas foram descritas pela frequência absoluta (Fi) e frequência relativa (%); e as variáveis contínuas pela média (M) e desvio padrão (SD).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos resultados deste estudo ($n = 134$), no que concerne à caracterização sociodemográfica, conforme observamos na tabela 3, a maioria dos participantes situa-se no escalão etário dos 41 a 50 anos (32,8%), seguidos daqueles que têm idades compreendidas entre os 31 a 40 anos (29,1%), ou seja, a maior parte tem idades compreendidas entre 31 e 50 anos (61,9%), com $M = 45,5$ anos ($SD = 10,3$ anos, variando entre 26 e 67 anos), encontrando-se na margem de idades apresentada em alguns estudos (7) (8), que corresponde à fase da maturidade profissional (19), são de género feminino (86,6%), o que vem ao encontro

dos resultados de outras investigações sobre a temática (5) (6) (7) (8) (9), e que pode ser explicado pelo facto de a enfermagem ser uma profissão cujos elementos são maioritariamente de género feminino - em Portugal, em 2024, as mulheres representavam 82,8% do total dos 85.535 profissionais inscritos na Ordem dos Enfermeiros (20); destes, estão casados ou juntos (70,1%) e tem como habilitações literárias a licenciatura ou equivalente (62,7%).

A maior parte dos participantes exerce funções na região do Algarve (55,2%), tem um TEP entre 11 a 20 anos (30,6%), seguido do grupo com um TEP entre os 31 a 41 anos (26,9%), com $M = 22$ anos ($SD = 10,3$ anos, variando entre dois e 41 anos), e um TTS entre um a cinco anos (31,3%), seguido do grupo cujo TTS está compreendido entre 11 a 20 anos (30,6%), com $M = 10,8$ anos ($SD = 8,2$ anos, variando entre um e 33 anos), exerce funções profissionais na área dos cuidados hospitalares (67,9%), embora os serviços ou unidades onde exercem essas funções sejam as Unidades Funcionais (Unidades de Saúde Funcional, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) dos Centros de Saúde (25,4%), podendo esta situação estar relacionada com o facto de a dispersão dos participantes pelos serviços ou unidades da área hospitalar ser maior que nas Unidades Funcionais dos Centros de Saúde (tabela 3).

De referir que encontramos correlações muito significativas ($p < 0,001$) e altas ($0,7 \geq r \leq 0,89$) entre a idade e o TEP, e moderados ($0,4 \geq r \leq 0,69$) com o TTS, e entre o TEP e o TTS (tabela 4), o que nos leva a inferir que nesta amostra há uma tendência para que os participantes mais velhos tenham mais TEP e TTS, bem como para que os participantes com mais TEP tenham também mais TTS, o que denota alguma estabilidade nesta amostra para o TEP e TTS, talvez relacionada com o facto de a maioria dos participantes se encontrar, como referido, numa fase de maturidade profissional (19).

Relativamente à análise das características psicossociais e das situações de VAT dos participantes, conforme verificamos na tabela 5, os participantes apresentaram valores ligeiros para ansiedade, depressão e stresse (≥ 0 pontos ≤ 7 pontos), que são mais acentuados para a depressão ($M = 4,2$; $SD = 4,3$) e para o stresse ($M = 6,4$; $SD = 5$).

Para os fatores de prevenção de VAT, de acordo com a tabela 6, os participantes percecionam todos os fatores (individuais, organizacionais, sociais, jurídico-penais e do sistema judicial e políticos), como extremamente importantes (> 4 pontos ≤ 5 pontos) (18)

Fazendo uma análise por item, verifica-se que os itens com os valores mais elevados são a implementação de medidas técnicas de apoio físico e psicossocial aos profissionais de saúde vítimas de agressão, que permitam o diagnóstico precoce e o tratamento imediato das consequências destas agressões e a sua reabilitação ($M = 4,5$; $SD = 0,9$), seguido do reforço da capacitação e adequação dos recursos humanos disponíveis para o atendimento ao público, adequação dos espaços de trabalho, para que sejam confortáveis para os seus utilizadores e permitam reduzir o stresse a ansiedade de profissionais e utentes, implementação de uma política de tolerância zero para como os comportamentos de violentos (fatores organizacionais), criação de legislação e regulamentos que proíbam e sancionem todas as formas de violência e assédio no trabalho e adoção de políticas relevantes e adoção de estratégias de prevenção, denúncia e combate à violência e assédio no trabalho (fatores políticos) e criação de medidas de apoio de saúde mental ocupacional aos profissionais de saúde (fatores individuais) (estes últimos todos com $M = 4,4$; $SD = 0,9$), ou seja, considerados como extremamente importantes (tabela 6).

Conforme podemos observar na tabela 7, a maioria dos participantes refere ter sido vítima direta ou indiretamente (testemunhas) de situações de VAT (73,1%), o que é similar a outros estudos realizados sobre esta problemática (4) (5).

Dos participantes vítimas de situações de VAT (n = 98), a maior parte vivenciou ambos os tipos de violência (62,2%), seguido do grupo dos que somente foram vítimas diretas (26,5%), e a maior parte das respostas indica que estas situações ocorreram principalmente em serviços de internamento médicos e cirúrgicos de adultos (22,4%), seguidas das Unidades Funcionais dos Centros de Saúde (19,6%), entre uma a três vezes (51%), seguidas das respostas que mencionam que ocorreram mais de 10 vezes (29,6%) (tabela 7), tendo o grau de gravidade destas situações (M = 4, SD = 1) sido percecionado como muito grave (≥ 3 pontos ≤ 4 pontos).

No que concerne ao tipo de situações de VAT de que os participantes foram vítimas, conforme observamos na tabela 7, a maioria das respostas indicou o assédio moral (41,4%), seguido da agressão física (15,5%), e relativamente ao tipo de agressores, a maioria das respostas indicou ter sido o utente/doente como agressor (30,6%), seguido dos outros profissionais da instituição/serviço (28,1%), o que vem ao encontro da literatura consultada a este respeito, exceto no que concerne ao segundo grupo de respostas para o tipo de agressores, que neste estudo são os outros profissionais da instituição/serviço, quando o mais frequente é serem os familiares/acompanhantes ou então mesmo o utente/doente (1) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (12) (13).

Dos participantes que foram vítimas de VAT (n = 98 participantes), a maioria refere ter tido sintomas que considerou perturbadores após a ocorrência desta situação (62,2%) (tabela 7), podendo a maior parte dos sintomas referidos ser enquadrados nos TSPT (98%), dos quais os mais mencionados são sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra da situação de violência no trabalho (9,9%), recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes à situação de violência no trabalho (9,4%) e ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir (8%) (15) (tabela 8).

Para os participantes vítimas de VAT que apresentaram sintomas considerados perturbadores após a ocorrência desta situação (n = 61 participantes), a maioria refere a existência de sintomas que ainda persistem na atualidade (52,5%) (tabela 7).

Destes sintomas, os mais referidos são ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir (13,8%), ansiedade/sentimento de angústia no trabalho (12,5%) e ter reações físicas (como coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra da situação de violência no trabalho (10%), dos quais somente a ansiedade/sentimento de angústia no trabalho não está enquadrada nos TSPT (15), embora se possa dizer que está relacionada com estes (tabela 8).

Quer os sintomas surgidos após a ocorrência das situações de VAT, como os que depois persistiram estão de acordo com o que é referido na literatura a este respeito, nomeadamente as alterações do sono (7) (10) (11) e os sintomas de TSPT (13), em que também as alterações do sono podem estar incluídas (15).

De mencionarmos ainda, que não se encontraram associações estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$) entre o género, a idade, o TEP e o TTS com a ocorrência de situações de VAT (tabela 9), com a gravidade destas situações (tabela 10), com a existência de sintomas considerados perturbadores após a ocorrência destas situações (tabela 11), e com a sua persistência, exceto neste último caso, para o TEP ($p < 0,05$), em parece que as pessoas com mais tempo de experiência profissional tendem a manter a persistência dos sintomas (tabela 12), o que vem ao encontro de alguns estudos sobre esta temática (5), embora não exista unanimidade a este respeito na restante literatura consultada (8) (12).

CONCLUSÕES

Apesar de não se poder generalizar os resultados deste estudo pelo facto de se tratar de uma amostra de conveniência, o que foi uma limitação, os resultados demonstram que a VAT é um problema que afeta a maior

parte dos enfermeiros que participaram no mesmo, com consequências ao nível da sua saúde mental, nomeadamente pelo surgimento de sintomas considerados perturbadores, na sua maioria de TSPT, e persistência dos mesmos, independentemente do género, idade, TEP e TTS, embora possamos dizer que as pessoas com maior TEP tendem a manter a persistência destes sintomas.

No entanto, não se detetaram níveis elevados de ansiedade, stresse e depressão, o que pode ter relação com o facto de ser uma amostra de enfermeiros maioritariamente numa fase de maturidade profissional.

O tipo de situações de VAT mais referidas são o assédio moral e as agressões físicas, sendo de assinalar que apesar de os agressores mais referidos serem os utentes/doentes, o segundo grupo mais relevante ser o dos outros profissionais da instituição/serviço, e os fatores de prevenção percecionados como mais importantes, são os fatores organizacionais, nomeadamente a implementação de medidas técnicas de apoio físico e psicossocial aos profissionais de saúde vítimas de agressão e o reforço da capacitação e adequação dos recursos humanos disponíveis para o atendimento ao público.

Assim, podemos dizer que em termos gerais, este estudo atingiu os objetivos propostos, tendo-se feito uma caracterização da VAT em enfermeiros nas perspetivas socioprofissional, psicossocial e das situações ocorridas.

A mencionar ainda que os resultados obtidos demonstram que a violência e o assédio no trabalho são problemas que afetam a maior parte dos seus participantes, o que vem ao encontro da literatura consultada a este respeito, embora seja de assinalar o facto de o segundo grupo de agressores mais referido ser o dos outros profissionais da instituição/serviço, e o surgimento e a persistência de sintomas transtorno de stresse pós-traumático nas vítimas, o que evidencia a necessidade da realização de mais estudos de âmbito nacional, que permitam um melhor conhecimento desta realidade.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não houve conflitos de interesse dignos de registo.

OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS E/OU LEGAIS

Este estudo não teve financiamento externo e foram respeitados os pressupostos éticos nomeadamente no que concerne ao consentimento livre e informado dos participantes, à confidencialidade e anonimato dos dados, bem como o disposto na legislação relativa à proteção de dados.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Direção-Geral de Saúde. Programa nacional de prevenção da violência no ciclo de vida: manual para a implementação do plano de ação para a prevenção da violência no setor da Saúde [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/prevencao-da-violencia-no-setor-da-saude/ficheiros/plano-nacional-violencia-saude-2022-final1.aspx>
- 2) International Council of Nurses, International Committee of the Red Cross, International Hospital Federation, World Medical Association. Violence against healthcare: current practices to prevent, reduce or mitigate violence against healthcare [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2022/07/Violence-against-healthcare-survey-report.pdf>
- 3) Vilas Boas J, Sampaio B, Carvalho B, Sampaio N, Pinto R. A Violência Física como Acidente de Trabalho numa Unidade Local de Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2023; 16: esub0415. DOI:

- 4) Banga A, Mautong H, Alamoudi R, Faisal U, Bhatt G, Amal T et al. ViSHWaS: Violence Study of Healthcare Workers and Systems—a global survey. *BMJ Glob Health*. 2023; 8(9): e013101. DOI:10.1136/bmjgh-2023-013101
- 5) Pich J, Roche M. Violence on the Job: The experiences of nurses and midwives with violence from patients and their friends and relatives. *Healthcare*. 2020; 8(4): 522. DOI: 10.3390/healthcare8040522
- 6) Johnsen G, Morken T, Baste V, Rypdal K, Palmstierna T, Johansen I. Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). *BMC Health Services Research*. 2020; 20(1): 33. DOI: 10.1186/s12913-019-4856-9
- 7) Santos J, Meira, K, Coelho, J, Dantas, E, Oliveira L, Oliveira J et al. Violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(12): 5955-66. DOI: 1413-812320212612
- 8) Viottini E, Politano G, Fornero G, Pavanelli P, Borelli P, Bonaudo M, Gianino M. Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Services Research*. 2020; 20(1): 2015. DOI: 10.1186/s12913-020-05084-x
- 9) Busnello G, Trindade L, Dal Pai D, Beck C, Ribeiro O, Borges EMN et al. Violência contra o trabalhador de enfermagem: repercussões no acesso e segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022; 75(4): e20210765. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0765pt
- 10) Stahl-Gugger A, Hämmig O. Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees – a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. *BMC Health Services Research*. 2022; 20(1): 291. DOI: 10.1186/s12913-022-07602-5
- 11) Antão H, Sacadura-Leite E, Manzano M, Pinote S, Relvas R, Serranheira F et al. Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies. *Acta Medica Portuguesa [Internet]*. 2020; 33(1): 31-7. DOI: 10.20344/amp.11465
- 12) Ceballos J, Frota O, Nunes H, Avalos P, Ferreira M et al. Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73(Suppl 5): e20190882. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0882
- 13) Fabri N, Martins J, Galdino M, Ribeiro R, Moreira A. Violência laboral e qualidade de vida profissional entre enfermeiros da atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2022; 35: eAPE0362345. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO0362345
- 14) Barros C, Meneses R, Sani A, Baylina P. Workplace Violence in Healthcare Settings: Work-Related Predictors of Violence Behaviours. *Psych*. 2022; 4: 516-24. DOI: 10.3390/psych4030039
- 15) Marcelino D, Gonçalves S. Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012; 30(1): 71-75. DOI: 10.1016/j.rpsp.2012.03.003
- 16) Pais-Ribeiro J, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde e doenças*. 2004; 5(2): 229-39. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000200007&lng=pt
- 17) Pestana M, Gageiro J. *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. 6.ª ed. Lisboa: Edições Silabo; 2014.
- 18) Murcho N, Pacheco E, Maio T. A violência no trabalho em profissionais de saúde: uma abordagem teórica.

Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2024; 17: esub0452. DOI: 10.31252/RPSO.22.06.2024

19) Machado M, Aguiar-Filho W, Lacerda W, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. Enfermagem em Foco. 2016; 7(Esp): 9-14. DOI: 10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686

20) Ordem dos Enfermeiros. Anuário Estatístico 2024 [Online]. 2025. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Tabela 1 – Correlações entre os fatores da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens, de Lovibond e Lovibond (16)

Fatores	Depressão	Ansiedade	Stresse	Escala Total
Depressão	----	0,661***	0,740***	0,884***
Ansiedade	----	----	0,772***	0,889***
Stresse	----	----	----	0,936***
Escala Total	----	----	----	----

Legenda: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Tabela 2 – Correlações entre os fatores

	Fatores Individuais	Fatores Organizacionais	Fatores Societais	Fatores JPSJ	Fatores Políticos	Escala Total
Fatores Individuais	----	0,832***	0,656***	0,586***	0,661***	0,927***
Fatores Organizacionais	----	----	0,727***	0,743***	0,834***	0,961***
Fatores Societais	----	----	----	0,708***	0,762***	0,807***
Fatores JPSJ	----	----	----	----	0,868***	0,776***
Fatores Políticos	----	----	----	----	----	0,856***
Escala Total	----	----	----	----	----	----

Legenda: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$; FVPATPS - JPSJ – Jurídico-Penais e do Sistema Judicial

Tabela 3 - Distribuição dos participantes relativamente às variáveis de caracterização socioprofissional (n = 134)

Variáveis	Fi	%	M	SD
Idade (em anos)	-----	-----	45,5	10,3
26 a 30	9	6,7	-----	-----
31 a 40	39	29,1	-----	-----
41 a 50	44	32,8	-----	-----
51 a 60	29	21,6	-----	-----
61 a 67	13	9,7	-----	-----

Gênero	-----	-----	-----	-----
Masculino	18	13,4	-----	-----
Feminino	116	86,6	-----	-----
Estado civil	-----	-----	-----	-----
Solteiro(a)	24	17,9	-----	-----
Casado(a)/junto(a)	94	70,1	-----	-----
Divorciado(a)/separado(a)	16	11,9	-----	-----
Viúvo(a)	-	-	-----	-----
Habilitações literárias/acadêmicas	-----	-----	-----	-----
12.º ano completo (ou equivalente)	-	-	-----	-----
Bacharelato	5	3,7	-----	-----
Licenciatura (ou equivalente)	84	62,7	-----	-----
Mestrado	45	33,6	-----	-----
Doutoramento	-	-	-----	-----
Tempo de exercício profissional (em anos)	-----	-----	22	10,3
2 a 5	6	4,5	-----	-----
6 a 10	16	11,9	-----	-----
11 a 20	41	30,6	-----	-----
21 a 30	35	26,1	-----	-----
31 a 41	36	26,9	-----	-----
Áreas de exercício profissional	-----	-----	-----	-----
Cuidados de saúde primários	37	27,6	-----	-----
Hospitalar	91	67,9	-----	-----
Cuidados continuados	4	3	-----	-----
Emergência pré-hospitalar	2	1,5	-----	-----
Serviço/unidade onde exerce funções			-----	-----
Unidade Funcional (USF, UCC, UCSP) de Centro de Saúde	34	25,4	-----	-----
Consulta Externa Pediátrica	1	0,7	-----	-----
Consulta Externa Adultos	6	4,5	-----	-----
Hospital de Dia	3	2,2	-----	-----
Hospitalização Domiciliária	1	0,7	-----	-----
Cuidados Paliativos	2	1,5	-----	-----
Emergência Pré-Hospitalar	1	0,7	-----	-----
Urgência Pediátrica	1	0,7	-----	-----
Urgência Básica/Médico-Cirúrgica/Polivalente	9	6,7	-----	-----
Urgência de Ginecologia-Obstetrícia e Bloco de Partos	19	14,2	-----	-----

Psiquiatria	8	6	-----	-----
Comportamentos Aditivos e Dependências	3	2,2	-----	-----
Internamento de Cuidados Continuados/Lares de Idosos	1	0,7	-----	-----
Internamento Pediátricos	4	3	-----	-----
Internamento Obstétricos	4	3	-----	-----
Internamento Médico e Cirúrgico de Adultos	21	15,7	-----	-----
Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	4	3	-----	-----
Cuidados Intensivos Adultos	4	3	-----	-----
Bloco Operatório	8	6	-----	-----
Tempo de trabalho no serviço/unidade onde exerce funções profissionais (em anos)	-----	-----	10,8	8,2
1 a 5	42	31,3	-----	-----
6 a 10	36	26,9	-----	-----
11 a 20	41	30,6	-----	-----
21 a 33	15	11,2	-----	-----
Região onde exerce funções profissionais	-----	-----	-----	-----
Norte	16	11,9	-----	-----
Centro	7	5,2	-----	-----
Lisboa e Vale do Tejo	27	20,1	-----	-----
Alentejo	10	7,5	-----	-----
Algarve	74	55,2	-----	-----

Legenda: USF – Unidade de Saúde Familiar; UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Tabela 4 – Correlações entre a idade, tempo de experiência profissional e o tempo de trabalho no serviço

Variáveis	Idade	Tempo de experiência profissional	Tempo de trabalho no serviço
Idade	----	0,902***	0,494***
Tempo de experiência profissional	----	----	0,484***
Tempo de trabalho no serviço	----	----	----

Legenda: VAT – violência e assédio no trabalho; * - p <0,05; ** - p <0,01; *** - p <0,001

Tabela 5 – Caracterização dos participantes relativamente à ansiedade, depressão e stresse

Variáveis	Mín.	Máx.	M	SD
Ansiedade	0	17	3,4	4
Depressão	0	16	4,2	4,3
Stresse	0	21	6,4	5

Legenda: Min. – Mínimo; Max. – Máximo; M – Média; SD – Desvio Padrão.

Tabela 6 – Caracterização dos participantes relativamente à percepção da importância dos fatores de prevenção da violência e assédio no trabalho

Variáveis	Mín.	Máx.	M	SD
Fatores de prevenção de VAT				
Fatores individuais	2	5	4,1	0,8
Fatores organizacionais	2	5	4,3	0,8
Fatores sociais	1	5	4	1
Fatores jurídico-penais e do sistema judicial	1	5	4,3	1
Fatores políticos	1	5	4,4	1
Itens				
Formação dos profissionais de saúde em atendimento ao público.	1	5	3,8	1,2
Formação dos profissionais de saúde em técnicas de mediação de conflitos, com reforço das competências comunicacionais e relacionais.	1	5	4,3	1
Criação de canais de denuncia confidenciais	1	5	4,2	1
Criação de medidas de apoio de saúde mental ocupacional aos profissionais de saúde.	1	5	4,4	0,9
Promoção de medidas de redução do stresse e ansiedade junto da população atendida.	1	5	4,3	1
Recurso a mediadores interculturais e tradutores junto da população estrangeira e minorias étnicas.	1	5	4	1,1
Divulgação nos serviços da carta dos direitos e deveres dos utentes.	1	5	3,8	1,2
Divulgação nos serviços de saúde e à população em geral, das consequências legais para os agressores no caso de situações de violência.	1	5	4,2	0,9
Reforço da capacitação e adequação dos recursos humanos disponíveis para o atendimento ao público.	1	5	4,4	0,9
Adequação dos procedimentos organizacionais dos serviços, que reduzam os tempos de espera e a acumulação dos utentes.	1	5	4,3	1
Criação de canais de fuga e proteção para os profissionais de saúde em caso de agressão.	2	5	4,3	0,9
Adequação dos espaços de trabalho, para que sejam	2	5	4,4	0,9

confortáveis para os seus utilizadores e permitam reduzir o stress a ansiedade de profissionais e utentes.				
Implementação de medidas técnicas de apoio físico e psicossocial aos profissionais de saúde vítimas de agressão, que permitam o diagnóstico precoce e o tratamento imediato das consequências destas agressões e a sua reabilitação.	2	5	4,5	0,9
Existência de policiamento presencial, nomeadamente nos locais de maior afluxo de utentes e de conflituosidade.	1	5	4,3	0,9
Implementação de uma política de tolerância zero para como os comportamentos de violentos.	1	5	4,4	0,9
Estudo e análise sistemática dos fatores de conflituosidade com o público e adoção de medidas para a redução dos mesmos.	1	5	4,2	0,9
Promoção de uma melhor ligação à comunicação social, reforçando a formação dos profissionais deste setor, no sentido de uma maior consciencialização para um tratamento mais adequado de conteúdos sobre as situações de violência no trabalho nos profissionais de saúde, de forma a melhorar a qualidade das coberturas noticiosas.	1	5	4	1,1
Criação de conteúdos específicos destinados às redes sociais, no sentido de se promover uma educação para a cidadania relativa à violência no geral e em particular sobre os profissionais de saúde.	1	5	4	1,1
Agravamento da moldura penal para as situações de agressões aos profissionais de saúde e agilização dos procedimentos jurídico-legais.	1	5	4,3	1
Criação de legislação e regulamentos que proíbam e sancionem todas as formas de violência e assédio no trabalho.	1	5	4,4	0,9
Adoção de políticas relevantes e adoção de estratégias de prevenção, denúncia e combate à violência e assédio no trabalho.	1	5	4,4	0,9

Legenda: VAT – violência e assédio no trabalho; Min. – Mínimo; Max. – Máximo; M – Média; SD – Desvio Padrão.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes vítimas de situações de violência e assédio no trabalho, tipo de vítimas, serviços/unidades onde ocorreram, número de situações, número de situações, tipo de situações, tipo de agressores, surgimento de sintomas considerados perturbadores após a ocorrência da situação e persistência desses sintomas.

Variáveis	Fi	%
Foi vítima de VAT (n = 134)	-----	-----
Sim	98	73,1

Não	36	26,9
Tipo de vítima de VAT (n = 98)	-----	-----
Direta	26	26,5
Indireta (testemunha)	11	11,2
Ambas (direta e indireta)	61	62,2
Serviços/unidades onde foi vítima de VAT (RM - Fi tot. = 107)	-----	-----
Unidade Funcional (USF, UCC, UCSP) dos Centro de Saúde	21	19,6
Consulta Externa Adultos	5	4,7
Hospital de Dia	1	0,9
Urgência de Ginecologia-Obstetrícia e Bloco de Partos	9	8,4
Urgência Básica/Médico-Cirúrgica/Polivalente	15	14
Psiquiatria	8	7,5
Comportamentos Aditivos e Dependências	3	2,8
Internamento Pediátricos	2	1,9
Internamento Obstétricos e Puerpério	6	5,6
Internamento Médicos e Cirúrgicos de Adultos	24	22,4
Cuidados Intensivos Adultos	3	2,8
Bloco Operatório	4	3,7
Não especificado (outros serviços)	6	5,6
Número de situações de VAT de que foi vítima (em vezes [n = 98])	-----	-----
1 a 3	50	51
4 a 6	18	18,4
7 a 9	1	0,1
Mais de 10	29	29,6
Tipo de situações de VAT de que foi vítima (RM - Fi tot. = 174)	-----	-----
Assédio moral	72	41,4
Assédio sexual	15	8,6
Agressões verbais	21	12,1
Ameaças de agressão física	15	8,6
Ameaças de agressão com objetos	4	2,3
Ameaças de agressão com armas	6	3,4
Ameaças de perseguição à família	1	0,6
Ameaças de morte	10	5,7
Destruição de bens e equipamentos	2	1,1
Perseguição	1	0,6
Agressão física	27	15,5
Tipo de agressores de VAT (RM - Fi tot. = 160)	-----	-----
Utente/doente	49	30,6
Familiares/acompanhantes	38	23,8
Pares	4	2,5
Superiores hierárquicos	23	14,4

Outros profissionais da instituição/serviço	45	28,1
Profissionais fora da instituição	1	0,6
Surgimento de sintomas considerados perturbadores após a situação de VAT (n =98)	-----	-----
Sim	61	62,2
Não	37	37,8
Persistência dos sintomas considerados perturbadores surgidos após a situação de VAT (n = 61)	-----	-----
Sim	32	52,5
Não	29	47,5

Legenda: VAT – violência e assédio no trabalho; RM - Respostas Múltiplas USF – Unidade de Saúde Familiar; UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; Fi tot. – total de respostas

Tabela 8 - Distribuição dos participantes relativamente aos sintomas surgidos após a ocorrência de situações de violência e assédio no trabalho e os sintomas que persistiram depois da ocorrência destas situações.

Sintomas referidos	Surgidos após situações de VAT (RM - Fi tot.= 415)		Sintomas que persistiram depois da situação de VAT (RM - Fi tot. = 80)	
	Fi	%	Fi	%
Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes à situação de violência no trabalho	39	9,4	3	3,8
Sonhos perturbadores e repetitivos referentes à situação de violência no trabalho	21	5,1	2	2,5
Agir ou sentir-se subitamente como se a situação de violência no trabalho estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver)	20	4,8	1	1,3
Sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra da situação de violência no trabalho?	41	9,9	4	5
Ter reações físicas (como coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra da situação de violência no trabalho?	32	7,7	8	10
Evitar pensar ou falar sobre a situação de violência no trabalho, evitar ter sentimentos	21	5,1	1	1,3

relacionados com esse acontecimento?				
Evitar atividades ou situações porque elas lhe relembram a situação de violência no trabalho?	19	4,6	1	1,3
Ter dificuldade em lembrar aspectos importantes da situação de violência no trabalho?	13	3,1	-----	-----
Perder o interesse por atividades de que antes costumava gostar?	27	6,5	7	8,8
Sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas?	22	5,3	3	3,8
Sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afeto pelas pessoas que lhe são próximas?	12	2,9	1	1,3
Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo?	6	1,4	1	1,3
Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir?	33	8,0	11	13,8
Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria?	21	5,1	5	6,3
Ter dificuldade em se concentrar?	29	7,0	3	3,8
Estar “superalerta” ou hipervigilante ou em guarda?	31	7,5	6	7,5
Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente alarmado/a?	19	4,6	2	2,5
Outros sintomas que não estes:	9	2,2	-----	-----
Ansiedade/sentimento de angústia no trabalho	-----	-----	10	12,5
Depressão	-----	-----	1	1,3
Desânimo	-----	-----	1	1,3
Medo que a intensidade dos sintomas retome	-----	-----	1	1,3
Medo de represálias	-----	-----	1	1,3
Sentimento de revolta	-----	-----	2	2,5
Não ter vontade de voltar ao trabalho	-----	-----	3	3,8
Perda de interesse pela profissão	-----	-----	1	1,3
Sentimento de culpa pela situação	-----	-----	1	1,3

Legenda: VAT – violência e assédio no trabalho; RM - Respostas Múltiplas USF – Unidade de Saúde Familiar; UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; Fi tot. – total de respostas.

Tabela 9 – Distribuição dos participantes relativamente à ocorrência de situações de violência e assédio no trabalho e a sua associação com o género, idade, tempo de experiência profissional e tempo de trabalho no serviço

Variáveis	Ocorrência de situações de VAT			
	Não (n = 36)	Sim (n = 98)	X ²	p
Género	-----	-----	-----	-----
Masculino	5 (27,8%)	13 (72,2%)	0,009	0,925
Feminino	31 (26,7%)	85 (73,3%)		
Idade (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
26 a 30	3 (33,3%)	6 (66,7%)	3,234	0,519
31 a 40	9 (23,1%)	30 (76,9%)		
41 a 50	11 (25%)	33 (75%)		
51 a 60	11 (37,9%)	18 (62,1%)		
61 a 67	2 (15,4%)	11 (84,6%)		
tempo de experiência profissional (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
2 a 5	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0,775	0,994
6 a 10	4 (25%)	12 (75%)		
11 a 20	10 (24,4%)	31 (75,6%)		
21 a 30	10 (28,6%)	25 (71,4%)		
31 a 41	11 (30,6%)	25 (69,4%)		
tempo de trabalho no serviço (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
1 a 5	10 (23,8%)	32 (76,2%)	2,032	0,566
6 a 10	8 (22,2%)	28 (77,8%)		
11 a 20	12 (29,3%)	29 (70,7%)		
21 a 33	6 (40%)	9 (60%)		

Legenda: VAT – violência e assédio no trabalho; X² – valor do teste de Qui Quadrado; p - significância sendo

* p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001.

Tabela 10 – Relação entre o grau de gravidade das situações de violência e assédio no trabalho assinalado pelos participantes e o género, idade, tempo de experiência profissional e tempo de trabalho

Variáveis	Grau de gravidade das situações de VAT			
	M	SD	R	p
Género	-----	-----	-----	-----
Masculino (n = 13)	4,15	0,80	502 a)	0,577
Feminino (n = 85)	3,15	0,99		
Idade (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----

26 a 30 (n = 6)	3,83	0,98	0,119	0,243
31 a 40 (n = 30)	3,83	0,95		
41 a 50 (n = 33)	4,03	1,10		
51 a 60 (n = 18)	4,06	0,80		
61 a 67 (n = 11)	4,18	0,87		
Tempo de experiência profissional (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
2 a 5 (n = 5)	4	1	0,091	0,372
6 a 10 (n = 12)	3,92	0,79		
11 a 20 (n = 31)	3,81	1,11		
21 a 30 (n = 25)	4,12	1,01		
31 a 41 (n = 25)	4,08	0,81		
Tempo de trabalho no serviço (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
1 a 5 (n = 32)	4,06	0,84	- 0,029	0,774
6 a 10 (n = 28)	3,96	0,88		
11 a 20 (n = 29)	3,93	1,19		
21 a 33 (n = 9)	3,89	0,93		

Legenda: VAT – violência e assédio no trabalho; M – média; SD – desvio padrão; R – valor do teste de Ró de Spearman; a) valor do teste de U de Mann-Whitney; p - significância sendo * p <0,05; ** - p <0,01; *** - p <0,001.

Tabela 11 – Distribuição dos participantes relativamente à existência de sintomas após a ocorrência de situações de violência e assédio no trabalho e a sua associação com o género, idade, tempo de experiência profissional e tempo de trabalho no serviço

Variáveis	Existência de sintomas após a ocorrência de situações de VAT			
	Não (n = 37)	Sim (n = 61)	X ²	p
Género	-----	-----	-----	-----
Masculino	4 (30,8%)	9 (69,2%)	0,311	0,577
Feminino	33 (38,8%)	66 (61,2%)		
Idade (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
26 a 30	3 (50%)	3 (50%)	5,447	0,244
31 a 40	12 (40%)	18 (60%)		
41 a 50	8 (24,2%)	25 (75,8%)		
51 a 60	10 (55,6%)	8 (44,4%)		
61 a 67	4 (36,4%)	7 (63,6%)		
tempo de experiência profissional (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
2 a 5	2 (40%)	3 (60%)	2,251	0,690

6 a 10	4 (33,3%)	8 (66,7%)		
11 a 20	12 (38,7%)	19 (61,3%)		
21 a 30	7 (28%)	18 (72%)		
31 a 41	12 (48%)	13 (52%)		
tempo de trabalho no serviço (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
1 a 5	11 (34,4%)	21 (65,6%)	3,942	0,268
6 a 10	11 (39,3%)	17 (60,7%)		
11 a 20	9 (31%)	20 (69%)		
21 a 33	6 (37,8%)	3 (62,2%)		

Legenda: VAT – violência e assédio no trabalho; χ^2 – valor do teste de Qui Quadrado; p - significância sendo * p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001.

Tabela 12 – Distribuição dos participantes relativamente à persistência dos sintomas que surgiram após a ocorrência de situações de violência e assédio no trabalho e a sua associação com o género, idade, tempo de experiência profissional e tempo de trabalho no serviço

Variáveis	Persistência dos sintomas que surgiram após a ocorrência de situações de VAT			
	Não (n = 29)	Sim (n = 32)	χ^2	p
Género	-----	-----	-----	-----
Masculino	4 (44,4%)	5 (55,6%)	0,041	0,840
Feminino	25 (48,1%)	27 (51,9%)		
Idade (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
26 a 30	1 (33,3%)	2 (66,7%)	5,525	0,238
31 a 40	12 (66,7%)	6 (33,3%)		
41 a 50	12 (48%)	13 (52%)		
51 a 60	2 (25%)	6 (75%)		
61 a 67	2 (28,6%)	5 (71,4%)		
Tempo de experiência profissional (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
2 a 5	0 (0%)	3 (100%)	12,119	0,016*
6 a 10	6 (75%)	2 (25%)		
11 a 20	13 (68,4%)	6 (31,6%)		
21 a 30	7 (38,9%)	11 (61,1%)		
31 a 41	3 (23,1%)	10 (76,9%)		
Tempo de trabalho no serviço (escalões [em anos])	-----	-----	-----	-----
1 a 5	8 (38,1%)	13 (61,9%)	2,712	0,438
6 a 10	7 (41,2%)	10 (58,8%)		
11 a 20	12 (60%)	8 (40%)		

21 a 33	2 (66,7%)	1 (33,3%)		
---------	-----------	-----------	--	--

Legenda: VAT – violência e assédio no trabalho; χ^2 – valor do teste de Qui Quadrado; p - significância sendo
 * p <0,05; ** - p <0,01; *** - p <0,001.

Data de receção: 2025/04/15

Data de aceitação: 2025/05/09