



**PRÁTICAS E POLÍTICAS DE GESTÃO, NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA POR PARTE DOS
UTENTES EM ORGANIZAÇÕES DO SETOR DA SAÚDE E SOCIAL**

Carolina Filipa Rodrigues Dias

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas

Orientada por Prof. Doutora Ana Teresa Martins Ferreira de Oliveira

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Viana do Castelo, Março de 2023.

Esta página foi deixada em branco propositadamente



**PRÁTICAS E POLÍTICAS DE GESTÃO, NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA POR PARTE DOS
UTENTES EM ORGANIZAÇÕES DO SETOR DA SAÚDE E SOCIAL**

Carolina Filipa Rodrigues Dias

Orientada por Prof. Doutora Ana Teresa Martins Ferreira de Oliveira

Viana do Castelo, Março de 2023.

Esta página foi deixada em branco propositadamente

Resumo

O presente estudo pretende caracterizar a violência dos utentes dirigida a profissionais do setor social e da saúde, bem como, identificar práticas organizacionais adotadas no sentido de gerir a ocorrência destas situações.

Em Portugal há pouca literatura relativamente a esta problemática em contexto de organizações sociais, motivo pelo qual, optou-se por incluir organizações do setor da saúde.

A nível metódico optou-se por uma metodologia quantitativa com aplicação de dois questionários: Gestão da Violência e o Questionário Geral de Saúde. Numa fase inicial procedeu-se à recolha de dados presencialmente e em formato de papel, contudo devido à situação pandémica e às limitações das instituições impostas pela COVID-19, criou-se uma versão online através *google forms*.

No presente estudo participaram sessenta e cinco profissionais de forma voluntária e anónima, a desempenhar funções em organizações do setor social e da saúde. A nível geográfico, estes profissionais encontram-se distribuídos geograficamente pela região Norte de Portugal.

Os resultados revelam que as estratégias menos utilizadas pelos colaboradores se referem às estratégias organizacionais como a frequência de formação acerca das medidas de proteção e em relação à temática em geral, assim como constatamos que o recurso aos organismos para reportar episódios de violência são pouco utilizados e insuficientemente reconhecidos. Em contrapartida foi evidente a relevância das estratégias psicossociais como mecanismos de uso individual e de autoproteção, com o intuito de prevenir e não potenciar uma situação de tensão ou de exaltação por parte dos utentes. Os resultados revelam que as organizações em estudo não estão a seguir as orientações do Modelo Haddon Matrix nem as estratégias sugeridas por vários atores de proteção dos profissionais.

Estes dados demonstram a pertinência da sensibilização para este tema, sobretudo nas organizações. Estas necessitam de implementar guiões de trabalho, fornecer formação e apoio aos seus colaboradores. A gestão organizacional, através das suas chefias deve ser chave na proteção e gestão em segurança dos seus profissionais, podendo iniciar este processo com o empoderamento e a disponibilização de instrumentos organizacionais e individuais para prevenir estas situações.

Palavras-chave: violência no trabalho, estratégias de gestão para prevenção e gestão organizacional

Resumé

Le présent document a l'intention de caractériser la violence de la part des utilisateurs vers les professionnels du secteur social et de la santé, aussi bien qu'identifier les pratiques organisationnelles adopter dans le sens de gérer ces situations.

Au Portugal il y a peu de littérature relationné à cette problématique dans le contexte social, raison pour laquelle, ils ont choisi de faire l'inclusion d'organismes du secteur de la santé.

Au niveau méthodologique, on a choisi une méthodologie quantitative avec l'application de deux questionnaires: Gestion de la Violence e le Questionnaire Général de la Santé. Initialement, il y était fait le recueil de donnée présentielle et en format de papier, mais avec la situation pandémique de la COVID-19, on a créé une version online à travers du *Google forms*.

Soixante-cinq professionnels ont volontairement et anonymement participé à la présente étude, exerçant des fonctions dans des organisations des secteurs sociaux et de la santé. Géographiquement, ces professionnels sont géographiquement répartis dans la région nord du Portugal.

Les résultats révèlent que les stratégies les moins utilisées par les employés se réfèrent aux stratégies organisationnelles telles que la fréquence des formations sur les mesures de protection et par rapport à la thématique en général, ainsi que nous avons constaté que le recours aux organisations pour signaler les épisodes de violence est peu utilisé et insuffisamment reconnue. D'autre part, la pertinence des stratégies psychosociales comme mécanismes d'utilisation individuelle et d'autoprotection était évidente, dans le but de prévenir et non d'aggraver une situation de tension ou d'exaltation de la part des usagers. Les résultats révèlent que les organisations étudiées ne suivent pas les lignes directrices du Haddon Matrix Model ou les stratégies proposées par les différents acteurs professionnels de la protection.

Ces données démontrent la pertinence d'une sensibilisation à cette problématique, notamment dans les organisations. Celles-ci doivent mettre en place des guides de travail, assurer la formation et l'accompagnement de leurs salariés. La gestion organisationnelle, à travers ses dirigeants, doit être la clé de la protection et de la gestion sûre de ses professionnels, et peut démarrer ce processus avec l'autonomisation et la mise à disposition d'instruments organisationnels et individuels pour prévenir ces situations.

Mots clés: la violence au travail, stratégies de gestion pour la prévention et la gestion organisationnelle

Abstract

The present study pretend to characterize the violence of the users directed to the social and health professionals as well as identify organizational practices adopted in order to manage the occurrence of these situations.

In Portugal there is little literature on this issue in the context of social organizations, reason why it was chosen to include organizations in the health sector.

At a methodical level, a quantitative methodology was chosen with the application of two questionnaires: Violence Management and General Health Questionnaire.

Initially data collection was carried out in person and in paper format however due to the covid-19 pandemic an online version was created through *Google forms*.

In this study, sixty five professionals participated voluntarily and anonymously, to perform functions in Social and Health sector organizations. They were geographically distributed throughout the northern region of Portugal.

The results revealed that the strategies least used by employees refer to organizational strategies such as the frequency of training on protective measures and in relation to the theme in general, as well as we found that the use of organizations for flaggers Episodes of violence are little used and insufficiently recognized. On the other hand, the relevance of psychosocial strategies as mechanisms for individual use and self-protection was obvious, with the aim of preventing and not aggravating a situation of tension or exaltation on the part of users. The results obtained show that the organizations studied do not follow the guidelines of the Haddon Matrix Model or the strategies proposed by the various professional protection actors.

These data promote the relevance of raising awareness of this issue, particularly in organisations. These must set up work guides, provide training and support for their employees. Organizational management, through its leaders, must be the key to the protection and safe management of its professionals, and can start this process with the empowerment and provision of organizational and individual instruments to prevent these situations.

Key words: workplace violence, management strategies for prevention and organizational management

Agradecimentos

Após concluído mais este desafio, quero agradecer de uma forma geral, a todas as pessoas que me apoiaram neste percurso, diretamente ou indiretamente, e que contribuíram para o término desta dissertação.

Quero expressar o meu profundo agradecimento à minha família, por serem o meu refúgio, por me incentivarem e por nunca me deixarem desistirem.

Ao Márcio, por me encorajar e acreditar sempre em mim, por cada estímulo para dar sempre o melhor.

Quero, também, gratificar os colegas de mestrado, em modo particular as amigas Bruna Silva e Liliana Afonso, por partilharem esta vivência desde do primeiro instante até ao término deste desafio. Por cada conselho, pelo companheirismo e empoderamento partilhado.

Ao meu grupo de amigas mais restritas, pela compreensão e disponibilidade, sobretudo nos momentos mais desafiantes.

Agradeço às minhas entidades patronais por quais passei no decorrer deste mestrado, por todo apoio, compreensão e flexibilidade para a realização deste objetivo.

À Prof. Doutora Ana Teresa Martins Ferreira de Oliveira, a quem estou grata pela oportunidade da sua orientação, pela partilha de conhecimentos, pela sua sabedoria e persistência para com os seus orientandos.

Agradeço ao corpo docente do mestrado Gestão das Organizações por todo o conhecimento que transmitiram ao longo deste curso, pelo empenho e dedicação.

Agradeço, ainda, a todas as pessoas que participaram na minha investigação, pelo tempo disponibilizado e pela partilha de informação.

Lista de Abreviaturas e Siglas

DGS – Direção Geral da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

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

SNNI - Sistema Nacional de Notificações de Incidentes

UGT – União Geral de Trabalhadores

Índice

Introdução.....	11
Capítulo 1 – Enquadramento teórico	13
1.1 Violência no trabalho.....	14
1.2 Enquadramento Legal da violência.....	18
1.3 Impacto da violência no Trabalho no contexto Organizacional	20
1.4 Impacto da violência nos colaboradores.....	22
1.5 Estratégias de Gestão de Violência	23
1.6 A Violência como consequência da pandemia Coronavírus.....	26
Capítulo 2 Metodologia	27
2.1 Caracterização do estudo	28
2.2 Definição da questão de investigação e hipóteses	28
2.3 Amostra	29
2.4 Instrumento.....	30
2.5 Procedimento de recolha de dados	31
2.6 Resultados.....	32
Caracterização da frequência de uso das estratégias de gestão da violência	32
Modelo de Regressão Linear das variáveis sociodemográficas com as Estratégias de Gestão da violência.....	37
Discussão	38
Limitações e sugestões de investigação futuras.....	41
Conclusão.....	41
Referências Bibliográficas	43
Anexos.....	45

Índice de Tabelas

Tabela 1: Constituição da República Portuguesa - Direito à Não Violência.....	18
Tabela 2: Tipificação dos crimes.....	19
Tabela 3: Modelo de Haddon Matrix – Estratégias de pré-evento.....	24
Tabela 4: Modelo de Haddon Matrix – Estratégias de evento.....	25
Tabela 5: Modelo de Haddon Matrix – Estratégias de Pós-Evento.....	25
Tabela 6: Caracterização da amostra por função laboral.....	29
Tabela 7 - Análise de Alpha de Cronbach.....	30
Tabela 8 Frequência de uso das estratégias de gestão da violência.....	33
Tabela 9 Análise das Medidas Estatísticas da Frequência de Uso das Estratégias de Gestão da Violência.....	35
Tabela 10 : Coeficientes de correlação de Pearson para as oito dimensões.....	36

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo Ecológico da Violência Fonte: própria, adaptado OMS.....	15
---	----

Introdução

A presente dissertação intitula-se “Práticas e políticas de gestão, na prevenção da violência por parte dos utentes em organizações do setor da saúde e social”.

A violência no trabalho é um tema que tem sido bastante debatido pela comunidade científica e pelos meios de comunicação, contudo estes debates surgem com enfoque nas vítimas e na caracterização dos atos violentos. Esta investigação, por sua vez tem como principal foco debater estratégias de prevenção e intervenção em situações de possível risco.

Em Portugal a violência em organizações sociais é pouco debatida comparativamente com organizações do setor da saúde, no qual este já tem vários estudos e projetos de prevenção, principalmente o PAPVSS (2022) desenvolvido através da DGS. É nesse seguimento que perdura o desejo de contribuir positivamente para a sensibilização da problemática e necessidade de tomada de consciencialização e de *inputs* por parte da Gestão dando visibilidade a este tema.

É de salientar, ainda, o interesse público neste tema uma vez que a frequência da violência no local de trabalho tem vindo a aumentar ao nível mundial, ameaçando negativamente o desempenho dos profissionais e das organizações laborais, o que representa elevados custos para a organização, tal como indica OIT (2020) e o PAPVSS (2022).

A violência no trabalho refere-se a incidentes em que os trabalhadores se encontram intimidados, ameaçados ou agredidos, seja por pessoas de dentro ou fora do seu local de trabalho (DGS, 2022).

As fontes de violência no trabalho podem ser internas, como por exemplo por parte de colegas/parceiros de trabalho ou externas à organização, nomeadamente derivadas dos clientes, visitas, acompanhamentos, tendo sempre com vítima o profissional.

A OIT considera a violência em contexto laboral como um dos cinco riscos emergentes para a saúde e segurança dos colaboradores em todo mundo.

Assim sendo é apresentada a questão de investigação inicial: “quais as práticas de gestão implementadas para a prevenção da violência contra colaboradores em organizações sociais e de saúde?”.

Para tal foram delineados os seguintes objetivos: caracterizar a violência dos utentes dirigidas a profissionais do setor social e da saúde, e identificar práticas organizacionais adotadas no sentido de gerir a ocorrência destas situações.

O presente estudo encontra-se dividida em três partes. A primeira abrange o fenómeno da violência. Neste capítulo apresentamos a definição de violência, impacto da mesma no seio organizacional, enquadramento legal e partilha de estratégias a serem adotadas. A segunda

parte consiste na análise da metodologia de investigação utilizada e posterior a análise do tratamento de dados. Na última é apresentada a discussão de resultados e a conclusão do estudo.

Capítulo 1 – Enquadramento teórico

1.1 Violência no trabalho

Atualmente a violência tem apresentado um crescimento significativo, sobretudo em organizações do terceiro setor e no setor da saúde. A sua ocorrência denota-se a nível mundial, derivado ao aumento das desigualdades, desemprego, falta de perspectivas no futuro, colocando os seus colaboradores em situações de insegurança devido às consequências psicofísicas, emocionais, laborais e sociais.

O termo violência deriva do latim - *violentia*, que significa o emprego de força. A força só é interpretada como violência quando é exercida uma carga negativa sobre o sujeito, quebrando acordos socialmente aceites, causando sofrimento (Coelho, 2020).

De acordo com Organização Mundial de Saúde ([OMS], s.d) considera-se violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade (...)”.

Neste seguimento e focando no conceito de violência no local de trabalho, a OIT refere que

A violência no trabalho abrange um espectro de comportamentos inaceitáveis. Ela inclui incidentes nos quais os funcionários são abusados, ameaçados, discriminados ou agredidos em circunstâncias relacionadas com o trabalho deles, incluindo o deslocamento de casa para o trabalho e vice-versa, os quais representam uma ameaça para a segurança, saúde e bem-estar deles (2014, p. 85)

Segundo Observatório Europeu dos Riscos (2018) o aumento do setor dos serviços teve como principal consequência a “(...) intensificação do trabalho emocional ... associado a um maior risco de violência e assédio”, considerando a violência no trabalho como um dos cinco riscos emergentes para a saúde e segurança dos colaboradores mundialmente.

Uma das explicações mais plausível é referente às mudanças das políticas aplicadas na estrutura organizacional do trabalho, particularmente, com o encerramento e centralização dos serviços de saúde, educação e ação social, expondo os trabalhadores primários a riscos acrescidos de violência no trabalho (Estrada, Nilsson, Jerre & Wikman, 2010).

Vários estudos internacionais revelam que a deterioração das condições de trabalho e a qualidade do serviço público, resultante do subfinanciamento e cortes nos programas, surge acompanhada por um consistente aumento nas taxas de agressão física (de 3% para 30%) e ameaça verbal (de 42% para 82%), de que são vítimas os profissionais (Zelnick, 2013, citado por Silva, 2016).

É inexequível apresentar apenas uma justificação para o comportamento agressivo das pessoas. Para vários autores, nomeadamente Dahlberg, & Krug, (2006, p. 12) esta causalidade “ (...) é

resultado da interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais, pressupondo o modelo ecológico (...)” .

Este modelo, proposto pela OMS ainda no final do Séc. XX, tem o objetivo de fomentar a compreensão da violência multifacetada, analisando a relação entre fatores individuais e contextuais, atenta a violência como o resultado de quatro níveis de influência sobre o comportamento.

No nível individual, concentra-se os fatores biológicos, pessoais e características da pessoa que aumentam a possibilidade de ela ser uma vítima ou um perpetrador da violência, nomeadamente fatores como a impulsividade, baixo rendimento escolar, abuso de substâncias e histórico de agressão.

No nível relacional, considera-se relações sociais próximas aumentam o risco para comportamentos de vitimização, ou seja, os companheiros, parceiros íntimos e membros da família têm poder para moldar o comportamento de uma pessoa e a sua esfera de experiências.

Por sua vez, no nível da comunidade, analisa-se os contextos comunitários em que as relações estão inseridas, particularmente escolas, locais de trabalho e vizinhança.

Por fim, no nível social, inclui-se a desigualdade de género, os sistemas de crenças religiosas e culturais, as normas políticas e económicas ou sociais que levam a tensões entre grupos de indivíduos, e conseqüentemente, a episódios violentos (Krug et al., pág. 12, 2002). Para uma melhor compreensão propõe-se a análise da figura 1.

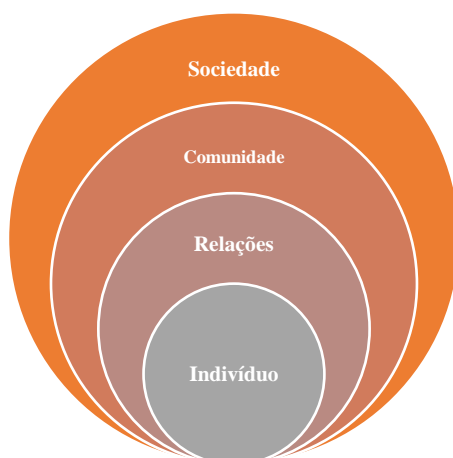


Figura 1: Modelo Ecológico da Violência
Fonte: Adaptado pela OIT&OMS, 2002

A violência manifesta-se em diferentes tipos de comportamentos, gestos e atitudes prejudiciais para as vítimas. A violência física resulta em danos físicos, sexuais ou psicológicos, pode incluir agressões físicas, pontapés, bofetadas, esfaqueamentos, tiros, empurrões e mordeduras. A psicológica inclui abuso verbal, assédio, bullying e mobbing, assédio sexual.

Por sua vez a violência sexual pode ser definida como qualquer ato sexual ou tentativa de obtenção de um ato sexual, comentários sexuais indesejados, avanços sexuais, ou outras formas de abuso contra os colaboradores (OIT, 2020).

Os episódios de violência, como efeito do desempenho das suas funções, pode ocorrer durante relacionados ou decorrentes do trabalho, isto é, a violência pode ocorrer nos locais de trabalho, em locais onde o colaborador recebe pagamentos, faz pausas de descanso ou toma refeições, ou instalações sanitárias, balneários e vestiários; durante viagens relacionadas com o trabalho, formação, eventos ou atividades sociais; através de comunicações relacionadas com o trabalho (OIT&OMS, 2020).

A violência no trabalho é um fenómeno complexo e multifacetado com múltiplos atores. Neste estudo destacamos a violência por parte de terceiros, ou seja, situações praticadas por consumidores/clientes/pacientes que estão sob os cuidados/orientação da vítima, como acontece maioritariamente no setor social e da saúde (OIT, 2020). O Inquérito Europeu das Empresas sobre riscos novos e emergentes revela que há um fator acrescido no setor da educação, saúde humana e ação social (75%).

Esta ocorrência poderá estar intrinsecamente relacionada com o contacto contínuo entre o profissional gestor de caso e o utente, bem como, subjacente às características dos utentes destas organizações, influenciando significativamente a perceção que o utente tem do trabalho realizado pelo colaborador, e ainda da qualidade do mesmo (Tzafrir, Enosh & Gur, 2013).

Os utentes destas organizações caracterizam-se por vivenciarem situações vulneráveis de vida, situações de maior stress e desgaste, doenças psicopatológicas, e elevados consumos de drogas e álcool sendo que quando procuram apoio dos profissionais, estes devem reger-se mediante as leis, normas e regulamentos estabelecidos quer pela própria instituição, quer pelo Estado, de forma a ser dada a resposta mais adequada às situações dos utentes (Tzafrir et al., 2013).

Para vários autores, nomeadamente OIT&OMS (2014) e Parente (2020) estas situações estão associadas à vários fatores de risco:

- Ambientais - condições físicas do local onde as funções são desempenhadas. Advém da insatisfação com o serviço prestado, a demora no atendimento resultante por exemplo da diminuição de recursos humanos da instituição gerando sentimento de injustiça, impaciência nos utentes.
- Ocupacionais - riscos inerentes à especificidade da profissão, como por exemplo, o contacto direto com os utentes, as responsabilidades ao nível do cuidado físico e emocional, o trabalho por turnos, a deslocação a domicílios para a prestação de cuidados.

- Interpessoais - características da vítima e do agressor. Utentes sob influência de álcool, medicação e drogas ilegais, e/ou com diagnóstico de perturbação mental.

Em Portugal e analisando a violência em organizações de saúde, foram registadas 4893 queixas no Sistema Nacional de Notificações de Incidentes (SNNI) no âmbito de cuidados de saúde desde da sua criação em 2013 até Dezembro de 2019. Dessas queixas, 57% as vítimas sofreram assédio moral/mobbing, 20% foram vítimas de violência verbal, 13% vítimas de violência física e 2% vítimas de dano de bens de propriedade privada, ameaça física com objeto, dano de bens da instituição, ameaça de morte e 1% vítimas de assédio sexual.

Analisando os agressores nas organizações de saúde, das 4893 queixas presentes no SNNI, 56% dos agressores foram os utentes, doentes e clientes; 21% foram os familiares dos utentes, 2% foram os acompanhantes dos utentes e 1 % foram visitantes dos utentes.

É fulcral ter em atenção ao analisar esta problemática que em muitas situações a denúncia pode não estar formalizada e por sua vez influenciar as estatísticas, bem como não são consideradas vítimas os indivíduos que enfrentam estas situações diretamente, ou seja, o facto de testemunhar episódios de violência dirigidos o seu colega pode acarretar consequências negativas semelhantes às sofridas pelas vítimas diretas.

A OIT (2021) alerta que muitos profissionais aceitam os comportamentos mais abusivos, sem apresentar queixa ou reportar estas situações aos seus superiores hierárquicos, por desconhecimento dos procedimentos e porque quando efetivamente há uma queixa torna-se um processo complexo.

Em Portugal já se assiste a algumas intervenções e boas práticas no domínio de orientar, apoiar e sensibilizar quer os colaboradores, entidades patronais e todos os seus intervenientes perante esta problemática. Destaca-se o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde [PAPVSS] que segue a linha orientadora da Direção Geral da Saúde [DGS] de promover as adaptações e interpretações ao nível regional, institucional e local com planos regionais, por cada instituição, serviço ou unidade funcional e a construção local de estratégias para as equipas no terreno.

Este plano rege-se por uma série de dimensões que vão de acordo com Conferência Internacional do Trabalho (2018)

- ✚ Compromisso das estruturas de gestão e envolvimento dos/as profissionais no apoio às tomadas de decisão;
- ✚ Avaliação das condições de trabalho;
- ✚ Avaliação de riscos psicossociais;
- ✚ Planeamento de ações e procedimentos de prevenção e gestão das situações de violência;
- ✚ Implementação de medidas de segurança;

- ✚ Notificação sistemática das situações de violência ou de potencial violência através da plataforma da Direção-Geral da Saúde disponibilizada para o efeito (NOTIFICA);
- ✚ Formação de trabalhadores, gestores e dirigentes sobre a violência societal e no local de trabalho

1.2 Enquadramento Legal da violência

A Constituição da República Portuguesa refere que todos os trabalhadores têm o direito de usufruir de um trabalho digno e de um ambiente de trabalho saudável e seguro. Esta constituição, nº 1/2005 de 12 de Agosto, promulga o direito à não violência, através da aplicabilidade de três artigos, tal como se observa na tabela 1:

Tabela 1: Constituição da República Portuguesa - Direito à Não Violência.

Artigo 13º - Princípio da Igualdade	Artigo 12º - Direito à Resistência	Artigo 25º - Direito à Integridade física
<ul style="list-style-type: none"> • Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei . 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos têm direito de resistir a qualquer ordem que ofenda os seus direitos, liberdades e garantias e de repelir pela força qualquer agressão, quando não seja possível recorrer à autoridade pública 	<ul style="list-style-type: none"> • A integridade moral e física das pessoas é inviolável (...)” e “Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a maus-tratos ou papéis cruéis, degradantes ou desumano.

Fonte: Adaptado DGS, 2015.

Em Portugal, os crimes podem ter duas tipologias distintas: crime particular e o crime público. No crime particular o procedimento depende da prévia constituição como assistente da pessoa com legitimidade para tal (normalmente o ofendido com a prática do crime, ou seu advogado, para tal é necessário apresentar queixa no Ministério Público ou junto das autoridades competentes.

Os seus principais crimes são contra a honra, particularmente, injúria e difamação, bem como alguns crimes contra a propriedade por sua vez no crime público basta o conhecimento pelas autoridades judiciárias ou policiais, bem como a denúncia facultativa de qualquer pessoa. As pessoas que desempenham funções em instituições públicas têm a obrigatoriedade de denunciar os crimes que tenham conhecimento no exercício das suas funções. Neste tipo de crime, o processo corre mesmo contra a vontade do titular dos interesses ofendidos. (Ministério Público Portugal, 2022).

Para uma melhor compreensão da diversidade de crimes praticados das distintas formas, no contexto da violência do trabalho, apresentamos a tabela 2.

Tabela 2: Tipificação dos crimes

Tipo de violência	Tipificação no Código Penal	Tipo de crime
Física	Ofensa à integridade física simples (art. 143º)	Semi-público
	Ofensa à integridade física grave (art. 144º)	Público
	Ofensa à integridade física qualificada (art. 145º)	Público
	Ofensa à integridade física por negligência (art. 148º)	Público
Moral	Coação (art. 154º)	Semi público
Sexual	Coação sexual (art. 163º)	Semi público
Verbal	Difamação	Particular
	Injúria	Particular
	Calúnia	Particular
	Ameaça (art. 153º)	Semi-público
	Ameaça agravada (art. 153º e 155º)	Público
Sexual	Violação (art. 164º)	Semi-público
	Importunação sexual (art. 170º)	Semi-público

Fonte: Ministério Público

O Código do Trabalho português expõe que é dever do empregador e da entidade patronal proporcionar boas condições de trabalho, do ponto de vista físico e moral, bem como a prevenção dos riscos profissionais e organização de Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho.

1.3 Impacto da violência no Trabalho no contexto Organizacional

As questões de violência no trabalho devem ser encaradas como uma questão organizacional de risco para a saúde e segurança laboral e não como um problema apenas do indivíduo/colaborador. Segundo OIT&OMS (2014, p.86) “as consequências negativas afetam não só a vítima, mas o ambiente de trabalho como um todo, causando desconforto, insegurança e medo entre os funcionários ou pacientes que não são as vítimas diretas (...)”.

As soluções internas para a resolução da violência poderá ser uma responsabilidade delegada através de leis e políticas nacionais, contudo é responsabilidade dos gestores e de toda a equipa implementar medidas para a proteção e prevenção.

As organizações devem criar uma cultura organizacional de tolerância zero, todos os comportamentos violentos precisam ser prevenidos e controlados através de uma combinação de políticas, protocolos e de mediação. Os gestores e as direções devem assumir uma postura de liderança democrática tanto ao nível micro quer ao nível macro na tomada de medidas de prevenção.

A Gestão de topo deve compreender a perceção dos colaboradores face a estas situações e explorar a realidade organizacional como fator de influência nos comportamentos e desempenho profissional (Garrido, Lopes & Calheiros, 2012). Esta mudança e implementação de uma cultura organizacional é encarada, do ponto de vista da gestão, como uma das principais práticas de gestão organizacional.

É relevante expor que nas organizações, a cultura organizacional está relacionada com os seus objetivos, valores e com a natureza do próprio trabalho, isto é, estas organizações prestam serviços de forma continua a utentes vulneráveis, encontrando-se associados a um leque variado de problemas de natureza física, social e psicológica. Neste sentido e tal como descrito por Garrido et al. (2012, p. 138) “(...) o trabalho nestas organizações imprevisível, complexo e sujeito a elevados níveis de stresse, aliado a uma constante necessidade de lidar com uma teia burocrática complexa de regulamentos, legais e organizacionais.

A forma como os episódios são geridos pelo colaborador, equipa e gestão de topo influencia significativamente situações semelhantes no futuro e o desenvolvimento organizacional, bem como como a sociedade, utentes e colaboradores olham para a organização (Guy, Tzafrir & Gur, 2012). A Todas as formas de comportamento violento precisam ser prevenidas e controladas através de uma combinação de políticas, protocolos e mediação.

Do ponto de vista organizacional, violência no local de trabalho acarreta custos económicos para as empresas, através de um ambiente de trabalho negativo com baixa produtividade dos colaboradores e, ainda, pela má reputação da própria empresa (Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho, 2019).

Ao nível dos colaboradores o custo económico advém da vulnerabilidade do estado saúde dos colaboradores – apresentam-se no trabalho doentes, baixas médicas prolongadas que criam frequentemente rotatividade de profissionais (*turnover*), acidentes de trabalho, altos níveis de ansiedade e stress levando a situações de *burnout*, resultando em consulta de especialistas, médicos e advogados, e da baixa remuneração pela ausência de atividade laboral (Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho, 2019).

A Comissão das Comunidades Europeias 2007-2012 referia que

As doenças consideradas emergentes, como o stress, a depressão ou a ansiedade, bem como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação, representam, por si sós, 18% dos problemas de saúde relacionados com o trabalho, uma quarta parte dos quais implica duas semanas ou mais de ausência ao trabalho.

Serrano (2010) defende que o aumento significativo da produtividade depende das condições sociais e organizacionais, ou seja, os colaboradores têm a necessidade de pertença, sentindo a necessidade de oportunidade e de interação e conexão com outros indivíduos e com a organização. Espera-se que a organização invista em políticas e práticas da gestão adequadas aos desafios que se defrontam atualmente.

Também as características estruturais da instituição influenciam os utentes, como por exemplo as salas de espera desconfortáveis, frias e sobrelotadas, ausência de parques de estacionamento próprios, necessidade de salas de atendimento que possibilitem a privacidade dos utentes.

1.4 Impacto da violência nos colaboradores

A violência no trabalho acarreta várias consequências no indivíduo, sendo estas de natureza física, psicológica e comportamental. Estas consequências têm implicações quer no colaborador vítima, quer nos restantes colaboradores e na própria organização, tal como já foi mencionado.

O ponto de partida das consequências refere-se à própria perceção dos técnicos que se encontram numa situação de risco, numa situação propícia para serem vítimas de comportamentos violentos e agressivos, provocando elevados níveis de stress e mal-estar (Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho, 2021).

No que concerne aos problemas psicológicos, estes estão relacionados com perturbações de humor como a depressão ou perturbações do sono resultantes da experiência de violência. Decorrente destes problemas psicológicos, o colaborador apresenta uma conduta de medo e de ansiedade, afetando negativamente o compromisso organizacional, e manifestando sentimentos negativos como a injustiça, insegurança e negligência em relação ao seu trabalho e a própria organização.

A Ordem Profissional dos Enfermeiros criou na última década um seguro gratuito para todos os membros com cédula profissional válida, de forma a conseguir apoiar ao nível das indemnizações em situações de acidentes pessoais provocados pelas agressões quando no exercício da atividade profissional (DGS, 2021).

Derivado dos elevados níveis de stress e ansiedade, vários autores defendem que muitos colaboradores apresentam alterações a nível cognitivo, como dificuldade de concentração que por sua vez influencia negativamente a produção tal como referido previamente, bem como reduz drasticamente o sentimento de autoconfiança e insatisfação (Dimartino, 2007)

Também a nível familiar e social os colaboradores apresentam alterações, acabando por alguns colaboradores apresentarem alterações nas suas rotinas e afastando-se das suas relações (isolamento social, deterioração das relações pessoais). Em situações mais graves, onde o apoio é inexistente ou desajustado, muitas vítimas acabam por cometer suicídio.

1.5 Estratégias de Gestão de Violência

As estratégias de gestão de violência são medidas de controlo com o intuito de prevenir e reduzir os efeitos negativos da violência. É nesta lógica que surge o modelo de Haddon Matrix que identifica estratégias que podem combater as consequências da violência. Contudo não existe nenhum instrumento validado, que avalie e defina as estratégias aplicadas pelos profissionais em contexto de violência.

Neste sentido, optou-se por utilizar e interpretar o instrumento desenvolvido por Parente (2020) à luz do modelo de Haddon.

O modelo de Haddon Matrix considera três tipos de variáveis: a) as estratégias utilizadas pelo profissional (host), b) os fatores subjacentes ao perpetrador (agent) e c) as estratégias ambientais, sociais e físicas. Parente (2020) adaptou os conceitos host e agent, para estratégias de gestão individual do(a) profissional e “estratégias de gestão: relação entre utente e profissional”, respetivamente.

As estratégias estão categorizadas mediante o momento em que são aplicadas: estratégias pré-evento - com o intuito de prevenir as ocorrências; estratégias de evento - utilizadas aquando ocorre o episódio; e estratégias após o evento ocorrer - apaziguando os efeitos negativos que possam sugerir (Parente, 2020).

As estratégias de pré-evento permitem identificar previamente os sinais de comportamentos violentos, bem como desenvolver estratégias de coping por parte dos colaboradores.

Vários autores, nomeadamente, Estrada et al. (2010), Garrido (2012), OIT (2020) referem que a clareza dos procedimentos através da sua explicação aos utentes é uma das estratégias mais utilizada pelos profissionais. As condições físicas e as características particulares destes serviços como salas frias e os longos períodos de espera podem potenciar a frustração e a irritabilidade nos utentes. É, também, nesta lógica de prevenção que várias instituições optam por práticas que reduzem o trabalho isolado, criando salas em vidro ou por partilha de gabinetes. Para uma melhor compreensão observa-se a tabela 3:

Tabela 3: Modelo de Haddon Matrix – Estratégias de pré-evento

	Estratégias de Gestão individual	Estratégias de Gestão – Relação entre utente e profissional	Estratégias de Gestão Organizacional
Pré-Evento	Formação/treino	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar os procedimentos - Fatores desencadeadores: elevado tempo de espera, condições físicas da sala 	<ul style="list-style-type: none"> a) Minimizar o risco de trabalhar sozinho: b) Pedir ajuda a um colega quando se sente em risco c) Pedir a um colega que o acompanhe d) Pedir a um colega que o substitua e) Pedir ao superior hierárquico que o substitua f) Pedir ajuda ao superior hierárquico

Fonte: Adaptado Parente, 2020

Nas estratégias de evento reforça-se a importância da formação e informação acerca da violência, capacidades linguísticas verbais e não verbais com recurso a técnicas psicossociais – contacto visual com o utente, tom de voz calmo, linguagem clara e coesa (Parente, 2020).

A DGS propôs em 2016 uma lista de medidas de prevenção a três níveis: nível Macro: medidas sociais, cívicas, políticas e legais, sendo ainda criado um Observatório Nacional da Violência contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho; nível Meso: normativas com linhas orientadoras para dirigentes e profissionais realçando as condições de trabalho e de acesso ao SNS; e por fim ao nível Micro: procedimentos de segurança, mecanismos de notificação de incidentes, formação sobre comunicação e gestão de conflitos, apoio às vítimas e investigação dos casos de violência.

O Sindicato dos Enfermeiros Portugueses em 2000 publicou uma lista de medidas para prevenir a violência em contexto de serviço de urgência, como por exemplo a contratação de seguranças, porteiros, colocação de alarmes, limitar o acesso ao público em geral, triagem de utentes agressivos para áreas específicas, recursos humanos adequados, horários de trabalho mais adequados, melhoria na receção de utentes, entre outros.

Para uma melhor compreensão repara-se na tabela 4:

Tabela 4: Modelo de Haddon Matrix – Estratégias de evento

	Estratégias de Gestão individual	Estratégias de Gestão – Relação entre utente e profissional	Estratégias de Gestão Organizacional
Evento	Formação/treino	Utilização de técnicas psicossociais: (a) estabelecer contacto visual com o utente (b) utilizar um tom de voz calmo para tranquilizar o utente (c) fazer uso de uma linguagem clara de forma a diminuir o comportamento violento (d) evitar tocar no utente	a) Implementação de um sistema de alarme b) Contratação de seguranças c) Limitação de espaços d) Triagem de utentes

Fonte: Adaptado Parente, 2020

Nas estratégias pós-evento prevê-se que a Direção e a gestão de topo da organização forneça apoio directo às vítimas. Esse acompanhamento pode ser sob a forma de apoio médico, emocional, psicológico e jurídico (OIT, 2020) e o reporte de ocorrências à Ordem e/ou aos Sindicatos (OIT, 2020) de modo a que desenvolvam procedimentos e políticas desenhadas para a gestão da violência. Neste sentido verifica-se a tabela 5:

Tabela 5: Modelo de Haddon Matrix – Estratégias de Pós-Evento

	Estratégias de Gestão individual	Estratégias de Gestão Organizacional
Pós-Evento	Discussão dos episódios de violência	a) Reporte de ocorrências ao superior hierárquico b) Oferta de apoio por parte do superior hierárquico: apoio emocional, apoio psicológico, discussão dos episódios de violência c) Apoio jurídico da Instituição d) Recurso às forças de segurança e) Reporte das ocorrências a Ordem Profissional e/ou Sindicatos

Fonte: Adaptado Parente, 2020

1.6 A Violência como consequência da pandemia Coronavírus

A Covid-19 foi detetada pela primeira vez em dezembro de 2019 na China e rapidamente se espalhou por todo o Mundo, levando a OMS a considerar uma emergência de saúde pública devido à sua elevada capacidade de transmissibilidade.

É uma doença que apresenta maioritariamente sintomas semelhantes de uma gripe como por exemplo fadiga, dores musculares, tosse, dispneia, perda de olfato e paladar, podendo ainda evoluir para dispneia e/ou pneumonia.

Uma vez que se trata de uma questão de emergência de saúde pública, os profissionais de saúde e por sua vez os profissionais do setor social encontram-se na linha da frente, com maior exposição para o risco, quer no atendimento à população/utentes, quer na prestação de cuidados (DGS, 2021).

O contexto da pandemia compulsou uma rápida reorganização dos serviços e funções dos colaboradores que originaram o aumento significativo da carga horária dos profissionais, precarização das condições de trabalho, sobrecarga das funções e enumeras limitações impostas pela Direção Geral de Saúde para os utentes internados em unidades de saúde, a residir em ERPI ou que por algum motivo apresentassem um estado débil.

Vários autores, nomeadamente Braz. J, et al. (2020) relatam episódios de violência por todo Mundo, sobretudo no setor da saúde, quando os profissionais implementavam medidas preventivas – utente em quarentena ou isolamento, negada visita, situações de cuidado pós-morte dos seus familiares.

O estudo expõe que é necessário um grande comprometimento por parte da gestão, garantindo a segurança do profissional, bem como disponibilização de apoio direcionado para o bem-estar mental. Há vários relatos de incidentes de violência, assédio e estigmatização contra profissionais tanto nos locais de trabalho como nas residências desses profissionais.

Capítulo 2 Metodología

2.1 Caracterização do estudo

O presente estudo pretende caracterizar a violência dos utentes dirigidas a profissionais do setor social e da saúde, bem como a identificação de práticas organizacionais adotadas no sentido de gerir a ocorrência destas situações.

A pertinência do estudo está relacionada com o aumento significativo deste fenómeno, com as implicações na vida das vítimas e na rotina organizacional, bem pelo facto de ser pouco estudado em contexto português.

Optou-se por uma metodologia quantitativa, através da recolha de dados com a aplicação de questionários. A aplicabilidade dos questionários foi realizada em formato de papel e paralelamente criou-se o mesmo questionário em formato digital de forma a simplificar o acesso aos participantes que trabalhavam em áreas geograficamente dispersas encontrando-se em regime de teletrabalho devido à atual situação pandémica.

Em todos os questionários os participantes foram informados acerca do propósito do estudo e da sua importância, sendo garantido o anonimato e confidencialidade.

2.2 Definição da questão de investigação e hipóteses

Com a revisão de literatura produziu-se a definição da pergunta para este estudo como sendo: quais as práticas de gestão implementadas para a prevenção da violência contra colaboradores em organizações sociais e de saúde?

Considerando os aspetos abordados da presente dissertação, expomos as nossas hipóteses:

Hipótese 1: Na gestão da violência organizacional, as estratégias relacionais estão associadas com as estratégias psicossociais.

Hipótese 2: Na gestão da violência organizacional, as estratégias relacionais estão associadas com as estratégias organizacionais.

Hipótese 3: Na gestão da violência organizacional, as estratégias psicossociais estão associadas às estratégias organizacionais.

Hipótese 5: Na gestão da violência organizacional, as estratégias de gestão da violência estão associadas à saúde geral.

Hipótese 6: Na gestão da violência organizacional, as estratégias de gestão da violência estão associadas com o medo, resiliência e preparação para o isolamento e estado espírito pandémica COVID 19.

2.3 Amostra

A presente amostra integra 65 profissionais, sendo 55.4% desempenham funções no setor social e 44.6% desempenham funções no setor da saúde.

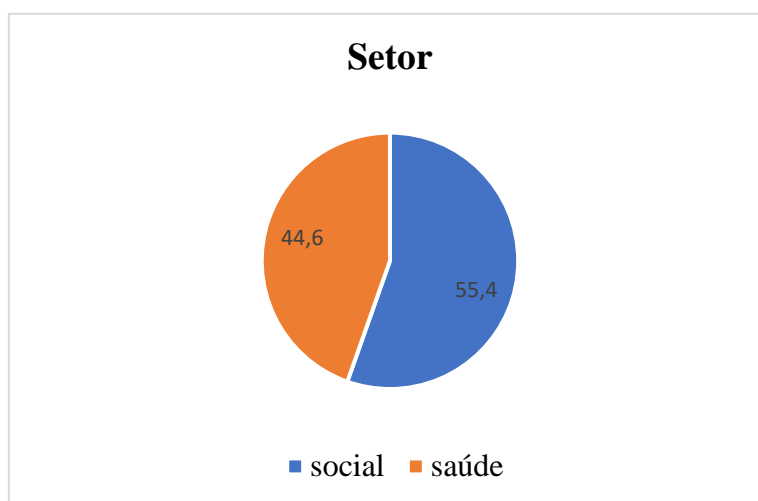


Gráfico 1: Caracterização da amostra por setor de trabalho

Desta amostra, 16 dos participantes são do género masculino e 49 são do género feminino. Estes profissionais têm idades compreendidas entre os 21 e 63 anos, situando-se a média etária nos 38.62 anos (DP=11.62). Relativamente à localização geografia onde desempenham funções, 42 participantes encontram-se no concelho de Viana do Castelo, 6 no concelho de ponte de Lima, 5 no concelho de Esposende, e os restantes participantes encontram-se distribuídos pelos distritos de Braga, Bragança e Porto.

No que concerne às funções desempenhadas por esta amostra constatamos uma grande distribuição sendo que 29.2% são auxiliares de ação direta, 15.4% são enfermeiros, 10.80% são assistentes sociais, 7.70% pertencem à Direção, 4.6% são educadores sociais, fisioterapeutas, medicas, psicólogas, 3.1% são animadores sociais, gestores, serviços gerais, terapeutas da fala, 1.5% são administrativas, polícia, terapeutas ocupacionais. Apresentamos os dados organizados na tabela 6 para uma melhor perceção.

Tabela 6: Caracterização da amostra por função laboral

Função	Colaboradores	Percentagem
Assistente Social	7	10,8
AAD	19	29,2
Administrativa	1	1,5
Animador Social	2	3,1
Direção	5	7,7
Educador Social	3	4,6

Enfermeira/o	10	15,4
Fisioterapeuta	3	4,6
Gestor	2	3,1
Médica	3	4,6
Polícia	1	1,5
Psicóloga/o	3	4,6
Psicomotrocista	1	1,5
Serviços Gerais	2	3,1
Terapeuta da Fala	2	3,1
Terapeuta Ocupacional	1	1.5

2.4 Instrumento

O questionário está organizado em quatro partes. Para a análise dos dados quantitativos, optou-se pela utilização do programa de análise estatística de dados IBM® SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. Através deste programa estudou-se a consistência interna das questões agrupadas, através da interpretação do alpha de Cronbach que estuda o grau de confiança.

Na primeira parte pretende-se realizar um pequeno estudo sociodemográfico, onde se pretende conhecer a idade, género, área geográfica, função e setor de trabalho dos participantes.

Na segunda parte foi aplicada a escala Gestão da Violência de Balbi (2018), adaptada por Parente (2020), composto por 20 questões que remetem para a aplicabilidade de estratégias segundo o modelo teórico de Haddon Matrix (estratégias pré-evento, estratégias evento, estratégias pós-evento).

No estudo inicial de Parente (2020), apenas as estratégias organizacionais da gestão da violência apresentava um alfa de Cronbach $\alpha.40$, sendo que as restantes estratégias apresentam um alfa superior a $.70$. Nesta investigação procedeu-se à análise dos alpha de Cronbach na qual os resultados estão esboçados na tabela 7.

Tabela 7 - Análise de Alpha de Cronbach

Estratégias de gestão	Alpha de Cronbach
Estratégias Relacionais	$\alpha. 89$
Estratégias Psicossociais	$\alpha.85$

Estratégias Organizacionais	$\alpha.88$
-----------------------------	-------------

Na terceira parte foi aplicado o Questionário Geral de Saúde General, de Goldberg (1992) adaptada para a população portuguesa por McIntyre, McIntyre e Redondo (1999), composto por 12 questões acerca da saúde mental, analisando dois fatores de risco: o fator depressão e o fator ansiedade.

Na quarta parte foi analisado questões relativas ao covid, aplicando algumas questões do questionário Programação Pandémica, desenvolvido por Torkar & Baltés (2020). Estas questões procuram avaliar a preparação para desastres, o medo e resiliência perante a situação do COVID-19. Procedeu-se a análise do alpha de cronbach nas questões relacionadas com a pandemia covid-19, tendo estas apresentado valores inferiores comparativamente com as estratégias de gestão da violência. Na variável Medo Covid, composta por 5 itens, apresenta um $\alpha.802$. Por sua vez a variável Estado espírito Covid, composta por 7 itens apresenta um $\alpha. ,872$. Já a resiliência, composta por 3 questões, revela um $\alpha.435$. Por último as questões relacionadas com a preparação para o isolamento, composto por 5 questões, revela um $\alpha.573$.

Todas questões foram respondidas numa escala de *Likert* em que: (1) Discordo Totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo Totalmente, tendo em consideração a frequência de como gerem situações de violência.

2.5 Procedimento de recolha de dados

Numa primeira fase de implementação do questionário entrou-se em contacto com uma instituição do concelho de Viana do Castelo, selecionada por conveniência, com profissionais do setor social e de saúde. Realizou-se a distribuição dos questionários em papel em articulação com o enfermeiro coordenador, durante o mês de janeiro de 2021.

Contudo a adesão ao questionário revelou-se insuficiente, no início de fevereiro foi agendada uma reunião com o enfermeiro coordenador para levantar os questionários e ser transmitida impressão dos colaboradores. Aquando desta reunião apenas foram obtidos 40 questionários. Esta baixa adesão poderá ser interpretada como consequência da situação pandémica COVID-19 que o país vivia no momento, uma vez que se encontrava em confinamento e muitos dos profissionais estavam em teletrabalho e/ou isolamento profilático.

Neste seguimento e com o objetivo de uma maior divulgação do questionário, optou-se pela criação de uma versão online do questionário, através do *google forms*. Contactou-se, via email, várias instituições de ambos setores no qual foi partilhado o link do questionário, explicado os objetivos, pertinência do estudo e procedimentos de recolha de dados. O contacto com estas instituições originou da rede de contactos do INNOLAB – laboratório de responsabilidade social empresarial do IPVC, no qual a orientadora desta investigação é coordenadora.

O questionário esteve disponível desde o início de março até ao fim do mês de abril.

Antes de os participantes avançarem para o preenchimento online, foram informados acerca dos objetivos do estudo e do caráter voluntário da sua participação, bem como a confidencialidade e anonimato dos participantes - esta informação também se encontrava disponível no questionário em versão de papel.

2.6 Resultados

Todas as análises da Escala de Estratégias de Gestão tiveram como base os resultados do estudo de Parente (2020). A autora inicialmente efetuou uma análise fatorial exploratória composta por 5 fatores, contudo esta análise revelou-se pouco satisfatória, tendo procedido à análise com três fatores que explicam 50.70% da variância total.

Os fatores analisados tiveram em consideração a literatura e o modelo de Haddon Matrix. Neste seguimento o primeiro fator define-se “Estratégias Relacionais de Gestão da Violência”, por incluir questões relativas ao suporte social, dos colegas e da chefia. Neste fator inserem-se as questões 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 12. Por sua vez o segundo fator define-se “Estratégias Psicossociais de Gestão de Violência”, uma vez que pressupõe a utilização de estratégias de uso individual, englobando as questões 15, 16, 17, 19, e 20. Por último o terceiro fator, define-se “Estratégias Organizacionais de Gestão de Violência”, por remeter para a proteção por parte das instituições e/ou políticas, procedimentos e recursos organizacionais, engloba as questões 10, 11 e 14. As questões 7,8, 9, 13 e 18, não saturam em nenhum fator extraído (Parente, 2020).

Caracterização da frequência de uso das estratégias de gestão da violência

Optou-se pela análise das frequências da utilização das estratégias de gestão da violência no trabalho que são utilizadas pelos colaboradores para gerir situações ou possíveis situações de violência. Nesta análise utilizou-se as 20 questões, estando os resultados organizados de forma crescente, com recurso aos valores absolutos e percentagem, como se observa na tabela 8.

As estratégias menos utilizadas pelos colaboradores foram “Realizou formação sobre estratégias de gestão de violência suscetíveis de serem utilizadas no contexto de trabalho” com 27.7% (n=18) bem como a estratégia “Reportou à Ordem Profissional ocorrências de violência” com 24.6% (n=16). Em contrapartida 12.3% (n=8) e 13.8% (n=9) referem que recorrem sempre a esta estratégia, respetivamente.

No que respeita as estratégias mais mencionadas pelos colaboradores destaca-se a estratégia “Utilizou um tom de voz calmo para tranquilizar o utente” e “Fez uso de uma linguagem clara de forma a diminuir comportamentos violentos”, ambas com 43.1% (n=28 em cada estratégia). É de destacar que nestas estratégias nenhum participante refere nunca utilizar esta estratégia (discordo totalmente).

Tabela 8 Frequência de uso das estratégias de gestão da violência

Estratégias de Gestão da Violência	Discordo		Discordo Totalmente		Não discordo nem Concordo		Concordo		Concordo Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14. Realizou formação sobre estratégias de gestão de violência suscetíveis de serem utilizadas no contexto de trabalho?	18	27.7	13	20	12	18.5	14	21.5	8	12,3
10. Reportou à Ordem Profissional ocorrências de violência?	16	24,6	9	13.8	21	32.4	10	15.4	9	13.8
11. Procurou apoio jurídico da Instituição depois de uma ocorrência de violência?	15	23.1	8	12.3	20	30.8	14	21.5	8	12.3
8. A Direção da Instituição ofereceu indicações sobre como responder a uma situação violenta (e.g., plano de gestão de violência, plano de gestão de conflitos)?	12	18.5	8	12.3	15	23.1	20	30.8	10	15.4
4. Pediu a um/a colega que o substituísse?	11	16.9	11	16.9	18	27.7	11	16.9	14	21.5
5. Pediu ao seu superior hierárquico que o substituísse por outro colega?	11	16.9	16	24.6	15	23.1	12	18.5	11	16.9
6. Reportou ocorrências de violência ao seu superior hierárquico?	10	15.4	4	6.2	12	18.5	16	24.6	23	35.4
9. Chamou as forças policiais numa situação violenta?	10	15.4	7	10.8	18	27.7	14	21.5	16	24.6
18. Evitou tocar no utente?	9	13.8	7	10.8	8	12.3	27	41.5	14	21.5
7. O seu superior hierárquico ofereceu algum tipo de apoio após uma situação violenta?	6	9.2	8	12.3	18	27.7	18	27.7	15	23.1

17. Estabeleceu contacto visual com o utente com o objetivo de diminuir comportamentos violentos?	6	9.2	2	3.1	9	13.8	32	49.2	16	24.6
2. Pediu ajuda ao seu superior hierárquico quando se sentiu em risco?	5	7.7	9	13.8	10	15.4	19	29.2	22	33.8
12. Pediu a um colega para estar por perto ou presente quando achou que um utente pudesse apresentar comportamentos violentos?	5	7.7	5	7.7	7	10.8	26	40	22	33.8
15. Procurou explicar quais seriam os procedimentos do seu trabalho?	5	7.7	3	4.6	14	21.5	29	44.6	14	21.5
16. Redirecionou o utente para um local mais calmo, quando este apresentava comportamentos violentos?	5	7.7	5	7.7	7	10.8	26	40	22	33.8
3. Pediu a um(a) colega que o(a) acompanhasse?	4	6.2	3	4.6	14	21.5	24	36.9	20	30.8
13. Esteve atento(a) a possíveis fatores desencadeadores de violência, antes de atender um utente (e.g., elevado tempo de espera)?	4	6.2	6	9.2	12	18.5	27	41.5	16	24.6
1. Pediu ajuda a um(a) colega quando se sentiu em risco?	2	3.1	5	7.7	12	18.5	23	35.4	23	35.4
19. Utilizou um tom de voz calmo para tranquilizar o utente?	2	3.1			11	16.9	24	36.9	28	43.1
20. Fez uso de uma linguagem clara de forma a diminuir comportamentos violentos?	2	3.1			8	12.3	27	41.5	28	43.1

Para uma melhor perceção do impacto da aplicabilidade das estratégias de gestão da violência, procedeu-se à análise das medidas estatísticas como se pode observar na tabela 9.

Tabela 9 Análise das Medidas Estatísticas da Frequência de Uso das Estratégias de Gestão da Violência

<i>Estratégias de Gestão da Violência</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
1.1 Pediu ajuda a um colega quando se sentiu em risco	3,92	1,065
1.2 Pediu ajuda ao seu superior hierárquico quando se sentiu com medo	3,68	1,288
1.3 Pediu a um colega que o acompanhasse	3,82	1,117
1.4 Pediu a um colega que o substituísse	3,09	1,378
1.5 Pediu ao seu superior hierárquico que o substituísse por outro colega	2,94	1,345
1.6 Reportou ocorrências de violência ao seu superior hierárquico	3,58	1,424
1.7 O seu superior hierárquico ofereceu algum tipo de apoio após uma situação violenta	3,43	1,237
1.8 A Direção da Instituição ofereceu indicações sobre como responder a uma situação violenta	3,12	1,341
1.9 Chamou as forças policiais numa situação violenta	3,29	1,366
1.10 Reportou à Ordem Profissional ocorrências de violência	2,80	1,349
1.11 Procurou apoio jurídico da Instituição depois de uma ocorrência de violência	2,88	1,329
1.12 Pediu a um colega para estar por perto ou presente quando achou que um utente pudesse apresentar comportamentos violentos	3,85	1,202
1.13 Esteve atento(a) a possíveis fatores desencadeadores de violência, antes de atender um utente (e.g., elevado tempo de espera)?	3,69	1,131
1.14 Realizou formação sobre estratégias de gestão de violência suscetíveis de serem utilizadas no contexto de trabalho	2,71	1,400
1.15 Procurou explicar quais seriam os procedimentos do seu trabalho	3,68	1,105
1.16 Redirecionou o utente para um local mais calmo, quando este apresentava comportamentos violentos	3,85	1,202
1.17 Estabeleceu contacto visual com o utente com o objetivo de diminuir comportamentos violentos	3,77	1,142
1.18 Evitou tocar no utente	3,46	1,324
1.19 Utilizou o tom de voz calmo para tranquilizar o utente	4,17	,928
1.20 Fez uso de uma linguagem clara de forma a diminuir comportamentos violentos	4,22	,893

Estudo das correlações entre as variáveis analisadas

As correlações estatisticamente significativas ocorrem entre as três estratégias de gestão da violência, nomeadamente entre as estratégias relacionais (ER) e as estratégias psicossociais (EP) ($r = .52$, $p < .01$), confirmando assim a H1 e com as estratégias organizacionais ($r = .46$, $p < .01$) como previsto na H2, bem como entre as EP e as estratégias organizacionais (EO) - ($r = .33$, $p < .01$), confirmando a H3. Estes valores significam que os participantes gerem as situações de conflito recorrendo sobretudo ao suporte social dos colegas e estratégias de uso individual.

Também constatamos que existe correlação estatisticamente significativa nas variáveis relacionadas com a situação pandémica, nomeadamente, entre preparação para o isolamento e resiliência ($r = .29$, $p < .01$). Verificamos, ainda, correlação significativa entre preparação para o isolamento e as estratégias relacionais e estratégias psicossociais, nomeadamente, ($r = .19$, $p < .05$) e ($r = .23$, $p < .05$), respetivamente, confirmando assim a H6. A hipótese 4 não foi confirmada.

Tabela 10 : Coeficientes de correlação de Pearson para as oito dimensões

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ER	-							
2. EP	,52**	-						
3. EO	,46**	,33**	-					
4. SAÚDE PSICOLÓGICA DOS COLABORADORES	,54	,12	,09	-				
5. MEDO COVID	,18*	,10	,15	-,28	-			
6. ESTADO ESPÍRITO COVID	,11	,04	,12	,86	,25	-		
7. RESILIÊNCIA	,05	,09	-,03	,04	,21*	-,04	-	
8. PREPARAÇÃO PARA O ISOLAMENTO	,19*	,23*	,18	,21*	,19*	-,06	,29**	-

A correlação é significativa no nível 0,01 **

A correlação é significativa no nível 0,05 *

Modelo de Regressão Linear das variáveis sociodemográficas com as Estratégias de Gestão da violência

Procedeu-se a uma análise de regressão linear simples para verificar o efeito preditivo das estratégias de gestão da violência nas variáveis sociodemográficas.

É possível referir que as estratégias relacionais não têm efeito preditor nas variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade ($R^2_{aj}=-.01$, $p > .05$) [$F(1.63) = .12$, $p > .05$]; género ($R^2_{aj}=-.02$, $p > .05$) [$F(1.63) = 2.50$, $p > .05$]; instituição ($R^2_{aj}= -.04$, $p < .10$) [$F(1.62)= 3.62$, $p < .10$].

No que se refere as estratégias psicossociais de gestão da violência, estas predizem 5% da variância idade ($R^2_{aj}=.05$, $p < .05$) [$F(1.63)= 4.50$, $p < .05$], contudo não apresentam efeito preditor na variável género ($R^2_{aj}= -.01$ $p > .05$) [$F(1.63)= .68$, $p > .05$], instituição ($R^2_{aj}= -.02$ $p > .05$) [$F(1.62)= .001$, $p > .05$].

No que concerne às estratégias organizacionais de gestão da violência, estas não tem efeito preditor nas variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade ($R^2_{aj}=-.02$, $p > .05$) [$F(1.63) = 2.19$, $p > .05$]; género ($R^2_{aj}=-.01$, $p > .05$) [$F(1.63) = .11$, $p > .05$]; instituição ($R^2_{aj}= .00$, $p > .05$) [$F(1.62)= .97$, $p > .05$].

Relativamente às estratégias relacionais de gestão da violência, estas predizem 17% da variância das estratégias psicossociais ($R^2_{aj}=.17$, $p < .001$) [$F(1.63)= 13.82$, $p < .001$] e 34% das estratégias organizacionais da gestão da violência ($R^2_{aj}= .34$, $p < .001$) [$F(1.63)= 33.3$, $p < .001$].

Relativamente às estratégias psicossociais, estas predizem 6% da variância das estratégias organizacionais da violência ($R^2_{aj}=.06$, $p < .05$) [$F(1.63)= 4.83$, $p < .05$]

No que concerne a saúde psicológica dos colaboradores verificou-se que estas não tem efeito preditor nas estratégias de gestão da violência, nomeadamente estratégias relacionais ($R^2_{aj}=-.02$, $p > .05$) [$F(1.63) = .02$, $p > .05$]; estratégias psicossociais ($R^2_{aj}=-.02$, $p > .05$) [$F(1.63) = .20$, $p > .05$]; estratégias organizacionais ($R^2_{aj}=-.00$, $p > .05$) [$F(1.63) = .82$, $p > .05$];

Discussão

O presente estudo pretende caracterizar a violência dos utentes dirigida a profissionais do setor social e da saúde, bem como identificar práticas organizacionais adotadas no sentido de gerir a ocorrência destas situações.

Neste estudo aplicou-se uma metodologia quantitativa que procurou explicar a perspetiva/interpretação de alguns comportamentos e condutas por parte dos colaboradores e por sua vez compreender que medidas já se encontravam implementadas, cumprindo assim os objetivos propostos inicialmente.

Ao longo da nossa investigação foi evidente a carência de estratégias/protocolos para prevenir ou diminuir as consequências da violência, partindo de uma perspetiva autorregulatória dos profissionais e de estratégias organizacionais, o que dificultou responder à nossa questão inicial “quais as práticas de gestão implementadas para a prevenção da violência contra colaboradores em organizações sociais e de saúde?”.

Surgem várias normativas apresentadas pela DGS, OMS e pela OIT que sugerem a conceção de instrumentos de diagnóstico, de forma a conhecer e compreender quais as estratégias adotadas pelos profissionais para gerir a violência nos seus locais de trabalho, quer seja no setor da saúde, quer no setor social.

Este estudo baseia-se numa análise dos resultados obtidos pela amostra, constituída por 65 profissionais que durante o período de janeiro de 2021 a Abril de 2021 participaram voluntariamente no estudo. Optou-se por uma metodologia quantitativa, com recurso a questionários, que foram respondidos online e em formato de papel por profissionais de várias áreas geográficas, diferentes profissões quer do setor da saúde, quer do setor social.

Da presente amostra 55.4% dos profissionais desempenham funções numa organização social (Instituições Particulares de Solidariedade Social, Santa Casa da Misericórdia, Câmara Municipal) e 44.6% desempenham funções numa organização de saúde (hospital, centro de saúde, Unidade de Cuidados Continuados Integrados). Estrada, et al. (2010) refere que em termos de frequência a vitimização é maior em setores de atendimento público, em ocupações que impliquem contactos prestador-cliente, do que no setor da indústria.

Estes 65 profissionais encontram-se geograficamente distribuídos por vários concelhos do Norte de Portugal, nomeadamente, Amarante, Arcos de Valdevez, Barcelos, Braga, Caminha, Esposende, Gondomar, Mogadouro, Ponte de Lima, Porto, Viana do Castelo e Vila Nova de Gaia, pretendendo assim comprovar que esta problemática não está delimitada a uma determinada zona geográfica específica, há várias narrações de episódios de violência a nível nacional e nível internacional (Giga & Hoel, 2003).

Relativamente ao género dos profissionais, 16 dos participantes são do género masculino e 49 são do género feminino, indo de encontro com a feminização das profissões associadas ao ato de cuidar/apoiar (serviço social, psicologia, educação social, medicina, enfermagem, etc), traduzindo-se num fator explicativo, tal como refere Estrada et al. (2010) “em determinados setores de atividades económicas... são maioritariamente preenchidos por ativos do sexo feminino (...)”. Também no estudo de Banda (2016) refere que 75% dos profissionais enfermeiros vítimas são do género feminino.

Relativamente ao questionário, aplicou-se a escala Gestão da Violência do estudo de Balbi (2018), adaptada por Parente (2020) que se rege pelo modelo de Haddon Matrix. A adaptação de Parente resultou em três fatores de análise: estratégias relacionais da gestão da violência, estratégias psicossociais da gestão da violência e estratégias organizacionais da gestão da violência. Neste estudo, as três estratégias apresentam valores elevados de confiabilidade, apresentando valores de alfa de Cronbach superiores a $\alpha.85$.

Quanto a relação da faixa etária e do uso de estratégias, identificou-se apenas que a idade predizia as estratégias psicossociais e que nas restantes estratégias não teria influência na sua aplicabilidade. Uma hipótese explicativa é o facto da nossa amostra apresentar uma média de idades superior a 38 anos de idade e por sua vez assumir que estes profissionais já dispõem de experiência profissional e por isso resulta numa maior capacidade de responder adequadamente aos incidentes e prevenir situações de risco utilizando mecanismos de uso individual preventivo.

Os resultados sugerem que os profissionais do setor social e da saúde não recorrem a estratégias organizacionais com frequência, nomeadamente a realização de formação ou a comunicação à Ordem Profissional das ocorrências de violência. Este trabalho de investigação demonstra a necessidade de as organizações aumentarem a formação e sensibilização na problemática da violência, incentivando e implementando mecanismos de identificação e denúncia de episódios de violência. As estratégias de intervenção são fundamentais para colmatar a violência no local de trabalho, tanto numa fase preventiva como remediativa, é fundamental que as organizações disponham de mecanismos capazes de evitar a ocorrência do fenómeno da violência.

A OIT, OMS e a DGS recomendaram um leque de estratégias para combater a violência a 3 níveis salientando, a nível micro, a pertinência da formação e da sensibilização para a problemática, com o incentivo à utilização de mecanismos de identificação dos episódios de violência e, ainda, o incentivo à denúncia, assim, verificamos que as organizações em estudo apresentam uma lacuna considerável ao nível da prevenção primária. Em contrapartida um estudo realizado na Alemanha, levado a cabo por Franz, S. et al (2010), verificou que 60,3% dos entrevistados relataram os incidentes de violência e paralelamente informaram os seus superiores hierárquicos destes episódios, tendo 20% resultado na participação à seguradora. Os resultados evidenciam as dificuldades ainda muito presentes nas organizações portuguesas e a sua necessidade de continuarem a desenvolver as estratégias organizacionais supracitadas.

Por sua vez as estratégias psicossociais são as estratégias mais usadas pelos profissionais, sendo que a maioria dos participantes refere fazer uso de uma linguagem clara e utilizar um tom de voz calmo, assim como proceder à explicação de procedimentos. Vários autores referem que muitos utentes apresentam uma postura apreensiva, receosa, desconfiada e de desconhecimento acerca das intervenções dos profissionais. (ex. aumentar a formação, tornar claro o procedimento institucional, planos de conduta, incluir referencias, etc).

No que diz respeito às estratégias relacionais, estas também revelam bastante aplicabilidade, principalmente o recurso da ajuda a um colega quando se sentia em perigo. Vários autores como Tan, Lopez e Cleary (2015) verificaram que os colegas são a fonte de apoio social mais importante quer no momento que decorre o episódio de violência, quer numa fase posterior como forma para lidar com a parte emocional, em segundo lugar é descrito o apoio dos superiores hierárquicos.

Este apoio por parte dos colegas de trabalho é explicado através do Modelo Ecológico da Violência referido anteriormente, no qual as relações sociais influenciam os fenómenos violentos. Nesta perspetiva a influência por parte dos colegas é encarada como uma influência positiva, tornando-se apoio e suporte para as vítimas de violência e confirmando assim a hipótese 2 proposta por nós inicialmente.

No que toca à análise das correlações verificamos correlações positivas e estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas ao longo deste estudo, confirmando as hipóteses propostas inicialmente.

Destacamos com evidência as correlações entre as três estratégias de gestão de violência, confirmando as hipóteses 2,3 e 4 propostas inicialmente. Contudo, é de referir que as estratégias organizacionais, que impulsionam a proteção e apoio por parte da instituição através da disponibilização de apoio jurídico, realização de formação bem como a comunicação à Ordem das ocorrências, apresentam frequências mais baixas, revelando-se uma situação de alerta, pois reflete o número reduzido de denúncias à chefia, falta de sensibilização na prevenção por parte da chefia.

Esta situação contradiz as orientações do modelo de Haddon Matrix, uma vez que, vários estudos, sobretudo Zhao (2015) referem que as baixas denúncias resultam da perceção dos colaboradores acerca do fraco impacto das denúncias ao nível das consequências para os agressores e na falta de apoio/encorajamento por parte da chefia no decorrer dos processos.

A questão pandémica também se reflete na utilização das estratégias de gestão, certificando assim a hipótese 6 que supunha que as estratégias de gestão estavam associadas ao estado pandémico que o mundo vivia. A situação pandémica reforçou as desigualdades sociais, económicas, políticas e culturais existentes, agravados pelo desemprego, isolamento social, situações de saúde mais debilitados, pouco acesso à informação.

As suas repercussões fizeram-se sentir na sobrecarga dos sistemas de saúde nas organizações de prestação de apoio social, não só no aumento significativo de situações de violência por parte dos utentes, mas também pelo sentimento de insegurança e medo por parte dos colaboradores em relação à pandemia. Vários estudos evidenciam que cerca de 80% dos trabalhadores tinham medo de atuar na pandemia da COVID-19, principalmente pelo receio de contaminar os familiares e por não ter condições seguras para trabalhar devido à falta de equipamentos de proteção e pelo aumento drástico da subcarga laboral.

Limitações e sugestões de investigação futuras

Relativamente às limitações, destaca-se como principal dificuldade a obtenção de uma amostra mais robusta (maior nº de participantes). Foram recolhidos questionários mal preenchidos ou de uma forma pouco indicatória relativamente à temática. Esta dificuldade também se deve ao facto de a pandemia COVID-19 não permitir que a parte prática fosse realizada como inicialmente prevista, realização de uma visita às entidades dispostas a participar no estudo e posterior contacto presencial e individual com os colaboradores no qual seria prestado um breve esclarecimento acerca do estudo e disponibilizado apoio nas respostas ao questionário. Perante as medidas de proteção e prevenção impostas pelo governo e pela DGS, as entidades e serviços foram obrigados a suspender serviços e visitas de externos, e paralelamente adaptar as suas formas de funcionamento e de trabalho.

Foi neste contexto que foram entregues em papel alguns questionários ao enfermeiro coordenador e por isso não nos é possível saber a forma com que foram efetivamente realizados e por conseguinte obter informações mais complexas, tendo sido a mesma pena referente ao básica exposta no questionário.

Numa investigação futura é fulcral a realização de um contacto direto e presencial com toda a organização, nomeadamente, chefias e colaboradores com o intuito de obter informações mais completas e por sua vez potencializar uma amostra mais representativa do objeto em estudo.

É, ainda, sugerido uma maior investigação do presente estudo, através do trabalho de campo e de um contacto próximo entre o investigador e os colaboradores e as próprias chefias, no qual passaria a ter um papel de sensibilizador e de apoio na realização de sessões de informação, criação de guias práticas e/ou documentos informativos.

Conclusão

O presente estudo pretendeu dar um contributo para a caracterização da violência direcionada aos colaboradores e incitar a consciencialização desta problemática em organizações sociais e

de saúde em Portugal, a par de capacitar para implementação de estratégias para a sua prevenção.

A violência no local de trabalho é ainda pouco estudada em Portugal, sendo a sua literatura muito diminuta. Contudo atualmente já se observa uma preocupação, uma sensibilização nos meios da comunicação social, com a partilha de relatos e casos de denúncia por parte dos profissionais, incentivando ao diálogo e a tomada de atitude perante situações de violência, de não aceitação ou de comodismo.

Falar de violência, e em concreto de violência no trabalho é um conjunto de definições e perceções e de interpretações bastante dispare – podemos considerar que há um conjunto de ações que podem ser categorizadas como violentas, outras como ponderadas, pouco perceptíveis para aqueles profissionais como atos de violência.

Uma conclusão que verificámos neste estudo é que os profissionais reconhecem e possuem a perceção que as suas funções, o seu local de trabalho, é propício a sentimentos de risco de insegurança, que os seus utentes estão numa situação de fragilidade, quer a nível social/económico, quer a nível de saúde, por sua vez mais ansiosos, stressados e pouco tolerantes /recetivos.

Após a realização desta investigação concluiu-se ser urgente a adoção de medidas para o combate deste problema e para a sua prevenção. O sucesso deste guião de estratégias só poderá ser alcançado quando existir um compromisso entre sociedade civil, instituições laborais gestores/direções e os seus profissionais.

É missão da chefia/gestão da organização potenciar um ambiente de trabalho seguro e positivo aos seus colaboradores. É intrínseco incentivar os seus profissionais a denunciar, a utilizar os mecanismos legais e não legais existentes para notificar, a proporcionar apoio e suporte em situações de suspeita de violência, minimização do impacto negativo na organização e acima de tudo nos próprios profissionais que são as vítimas.

Referências Bibliográficas

- Balbi, A. (2018). Estratégias dos profissionais de saúde na gestão da violência. [Dissertação de mestrado]. Universidade do Minho.
- Chappell, D., & Di Martino V. (2006). Violence at work work (3rd Ed.). Geneva: International Labour Office.
- Coelho, D. (2020). A Violência contra os enfermeiros do serviço de urgência - Estudo de Caso. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Cooper, C., & Swanson, N. (2002). Workplace violence in the health sector: State of the art. Geneva, International Labour Organization.
- Dahlberg, L., & Krug, G. (2006). Violência: um problema global de saúde pública. pp. 1163-1178.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Violência contra profissionais de saúde notificação on-line. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2022). Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Relatório de Progresso de Monitorização: Sistema Nacional de Notificação de incidentes. Lisboa: NotifiQ@;
- Estrada, F., Nilsson, A., Jerre, K., & Wikman, S. (2010). Violence at Work—The emergence of a social problem. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 45-65.
- Franz, S., Zeh, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BioMed Central*.
- Garrido, M, Lopes, D., & Calheiros, M. (2012). Clima organizacional em organizações sociais. Edições Sílabo.
- Guy, P, Tzafrir, S, Gur, A. (2012). Client Aggression Toward Social Workers and Social Services in Israel - A Qualitative Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Jornal Público. (2019). Profissionais de saúde vão ter “botão de pânico” para prevenir violência. <https://www.publico.pt/2019/06/08/sociedade/noticia/profissionais-saude-vao-passar-botao-panico>.
- Lessard-Hébert. M, Goyette. G & Boutin.G. (2005). Investigação qualitativa – fundamentos e práticas. *Epistemologia e sociedade – Instituto Piaget*.
- Marques, D., & Silva, I. S. (2017). Violência no trabalho: Um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 17(7).
- Norma nº 015/2014 de 25 de setembro (2014). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – Notifica. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Organização Internacional do Trabalho & Organização Mundial de Saúde. (2002) Diretrizes marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.

Organização Internacional do trabalho & Organização Mundial da Saúde. (2014). HealthWISE - Melhoria do trabalho nos serviços de saúde: manual de ação. Brasília.

Organização Internacional do trabalho. (2021). Violência e assédio no mundo do trabalho: Um guia sobre a Convenção. Genebra.

Parente, M. (2020). Contributos para o Desenvolvimento de uma Medida: Estratégias de Gestão de Violência no Trabalho, em Profissionais de Enfermagem. [Dissertação de mestrado]. Universidade do Minho - Escola de Psicologia.

Ralph P, Baltes S, Adisaputri G, Torkar R, Kovalenko V, Kalinowski M, Novielli N, Yoo S, Devroey X, Tan X, Zhou M, Turhan B, Hoda R, Hata H, Robles G, Milani Fard A, Alkadhi R. (2020). Pandemic programming: How COVID-19 affects software developers and how their organizations can help. *Empir Softw Eng*.doi: 10.1007/s10664-020-09875-y.

Serrano, M. (2010). A Gestão de Recursos Humanos: Suporte teórico, evolução da função e modelos. Universidade Técnica de Lisboa: SOCIUS.

Silva, J. (2016). A Vitimação do Assistente Social e o Contexto de Retração dos Apoios das Políticas Sociais. [Dissertação de mestrado]. Universidade do Minho.

Sistema Nacional de Notificação de Incidentes. (2018). Relatório de progresso e monitorização- 4º trimestre 2018.

Sousa, S. (2012). Violência dos clientes face aos profissionais do serviço social: Contributos para a sua caracterização e intervenção. [Dissertação de mestrado]. Universidade do Minho – Escola de Psicologia, Braga.

Sznelwar, L. (2017). Violência e trabalho. *Laboreal*, 70-72.

Tan, M., Lopez, V., & Cleary, M. (2015). Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*.

Teixeira, S. (2017). *Gestão das Organizações*. Lisboa. Escolar Editora.

Tzafrir, S, Enosh, G, & Gur.A. (2013). Client aggression and the disenchantment process among Israeli social workers: Realizing the gap. *Qualitative Social Work*. doi: 10.1177/1473325013509827.

União Geral de Trabalhadores. (2016). Violência no local de trabalho: riscos, efeitos na saúde e prevenção.

Anexos

Anexo 1 – Questionário

O presente estudo surge no âmbito da dissertação de Mestrado - Gestão das Organizações, titulada como “*Práticas e políticas de gestão na prevenção da violência dos clientes em organizações sociais e de saúde*”, do Instituto Politécnico de Viana da Castelo, sob orientação da Professora Doutora Ana Teresa Ferreira Oliveira.

De modo mais específico, este estudo procura contribuir para o desenvolvimento de uma medida que permita avaliar as estratégias de Gestão de Violência no Trabalho que são utilizadas pelos profissionais em contexto de intervenção social. De notar que os dados resultantes dos questionários serão analisados pela equipa de investigação e tratados de forma confidencial. Desta forma, não será possível aceder à identidade dos participantes, visto em nenhum caso os dados serem tratados a nível individual.

A sua participação é voluntária e não traz qualquer benefício particular, mas também não são antecipados riscos ou desconforto referentes à investigação. Pedimos-lhe que leia e responda a todas as perguntas cuidadosamente. Não existem respostas certas ou erradas, apenas procuramos a sua opinião independentemente de estas serem, ou não, aquelas que prefere ou considera mais adequadas. Pede-se, por isso, o máximo de sinceridade no preenchimento do questionário

No caso de surgir qualquer dúvida relativa ao preenchimento e/ou se tiver interesse em conhecer os resultados deste estudo pode contactar a investigadora principal desta investigação Carolina Rodrigues através do e-mail -----

Muito obrigada, desde já, pela sua colaboração!

Modelo de Consentimento Informado *Obrigatório

Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo e desejo participar voluntariamente, dando consentimento para que os meus resultados sejam tratados nos moldes referidos anteriormente.

Estudo sociodemográfico

Idade		Género		Concelho	
Estado civil					
Habilitações literárias					
Função					
Hospital		RNCCI		C. Saúde	
				Org. Social	Outra

Os itens seguintes descrevem estratégias de gestão de violência no contexto de trabalho que podem ser utilizadas pelos profissionais, incluindo o recurso a possíveis fontes de apoio (e.g., colegas, superiores hierárquicos, direção da instituição).

Indique, por favor, o grau de concordância com cada uma das estratégias apresentadas tendo em conta a forma como habitualmente gere situações ou potenciais situações de violência no local de trabalho, tendo em conta a seguinte escala:

1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não discordo nem concordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Totalmente

	1	2	3	4	5
1. Pediu ajuda a um(a) colega quando se sentiu em risco?					
2. Pediu ajuda ao seu superior hierárquico quando se sentiu em risco?					
3. Pediu a um(a) colega que o(a) acompanhasse?					
4. Pediu a um/a colega que o substituísse?					
5. Pediu ao seu superior hierárquico que o substituísse por outro colega?					
6. Reportou ocorrências de violência ao seu superior hierárquico?					
7. O seu superior hierárquico ofereceu algum tipo de apoio após uma situação violenta?					
8. A Direção da Instituição ofereceu indicações sobre como responder a uma situação violenta (e.g., plano de gestão de violência, plano de gestão de conflitos)?					
9. Chamou as forças policiais numa situação violenta?					
10. Reportou à Ordem Profissional ocorrências de violência?					

11. Procurou apoio jurídico da Instituição depois de uma ocorrência de violência?					
12. Pediu a um colega para estar por perto ou presente quando achou que um utente pudesse apresentar comportamentos violentos?					
13. Esteve atento(a) a possíveis fatores desencadeadores de violência, antes de atender um utente (e.g., elevado tempo de espera)?					
14. Realizou formação sobre estratégias de gestão de violência suscetíveis de serem utilizadas no contexto de trabalho?					
15. Procurou explicar quais seriam os procedimentos do seu trabalho?					
16. Redirecionou o utente para um local mais calmo, quando este apresentava comportamentos violentos?					
17. Estabeleceu contacto visual com o utente com o objetivo de diminuir comportamentos violentos?					
18. Evitou tocar no utente?					
19. Utilizou um tom de voz calmo para tranquilizar o utente?					
20. Fez uso de uma linguagem clara de forma a diminuir comportamentos violentos?					

Indique, por favor, o grau de concordância com cada uma das estratégias apresentadas tendo em conta a forma como habitualmente gere situações ou potenciais situações de violência no local de trabalho tendo em conta a escala anterior.

	1	2	3	4	5
1. Tem conseguido concentrar-se no que faz?					
2. Tem perdido muitas horas de sono devido a preocupações?					
3. Tem sentido que tem um papel importante nas coisas em que se envolve?					
4. Tem-se sentido capaz de tomar decisões?					
5. Tem-se sentido constantemente sob pressão?					
6. Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?					

7.Tem sentido prazer nas suas actividades diárias?					
8.Tem sido capaz de enfrentar os problemas?					
9.Tem-se sentido triste e deprimido(a)?					
10.Tem perdido a confiança em si próprio?					
11.Tem pensado em si próprio como uma pessoa com valor?					
12.Tem-se sentido razoavelmente feliz, tendo em consideração todas as coisas?					

Pensado nas suas diferentes preocupações e actividades, indique o grau em que concorda ou discorda com cada uma das frases abaixo apresentadas. Utilize a seguinte escala de resposta:

1	2	3	4	5
Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente

1. Tem medo de...

... ser infetado com Covid-19	1	2	3	4	5
... morrer de COVID-19	1	2	3	4	5
... que um membro próximo da sua família morra infetado por Covid-19	1	2	3	4	5
... ficar com sequelas provocadas por COVID-19	1	2	3	4	5
... não conseguir cuidar de si ou da sua família se ficar infetado por Covid-19	1	2	3	4	5

2. Neste momento sente...

... medo	1	2	3	4	5
... desamparado (a)	1	2	3	4	5
... horrorizado (a)	1	2	3	4	5
... confusão	1	2	3	4	5
... dificuldade em tomar decisões	1	2	3	4	5
... dificuldade em pensar com clareza	1	2	3	4	5

... dificuldade em concentrar-se	1	2	3	4	5
----------------------------------	---	---	---	---	---

3. Por favor responda às seguintes questões

Tem medo de ficar sem dinheiro caso não possa trabalhar nos próximos 2-3 meses?	1	2	3	4	5
Normalmente recupera rapidamente de uma doença?	1	2	3	4	5
Tem amigos que possa contactar via telefone/e-mail de modo a não se sentir sozinho?	1	2	3	4	5

4. Toma medicação prescrita? _____

5. Por favor indique o grau de concordância com as seguintes afirmações, de acordo com a escala anteriormente utilizada

Discuto com outras pessoas acerca das informações que recebo sobre a pandemia do coronavírus	1	2	3	4	5
Tenho um kit de aprovisionamento de emergência	1	2	3	4	5
Tenho um plano para o caso de ter sintomas de coronavírus	1	2	3	4	5
Cumpro as recomendações do governo sobre a pandemia do coronavírus	1	2	3	4	5
Tenho pessoas que me prestarão auxílio em caso de isolamento	1	2	3	4	5