



RISCOS



A VIOLÊNCIA SOFRIDA PELOS PROFISSIONAIS FORA DO HOSPITAL:
REVISÃO INTEGRATIVA*

THE VIOLENCE SUFFERED BY PROFESSIONALS OUTSIDE THE HOSPITAL:
AN INTEGRATIVE REVIEW

Ana Sá Fernandes

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de Investigação em Enfermagem (Portugal)

ORCID 0000-0001-5883-1382 sa.fernandes.na@gmail.com

RESUMO

Se observarmos a história da humanidade, podemos observar que a definição e aceitação da violência no seio da sociedade oscilava consoante a época e cultura em que estavam inseridas. Contudo, tem crescido e afeta os profissionais no exercício das suas funções. Com este estudo pretende-se compreender se a violência é uma realidade prevalente. Reconhecer os tipos de violência mais comuns, conhecer as consequências que a violência tem no profissional exposto, determinar que medidas mitigadoras estão a ser realizadas.

Para o efeito, procedeu-se a uma revisão da literatura e realizou-se uma pesquisa entre o período de 1990 a 2020, contudo, entre 1990 e 1997 não foram encontrados artigos. Pesquisou-se nas bases de dados: b-ON, PubMed® e google académico tendo sido selecionados para análise 31 artigos. Foi realizada análise dos estudos publicados entre 1998 e 2020 que tinham como foco a violência no pré-hospitalar contra os profissionais de saúde.

Os estudos analisados demonstram que a violência é um risco psicossocial atual e necessita de uma intervenção eficiente. É um fenómeno em evolução que traz consequências a curto-longo prazo para o bem-estar do profissional e para o seu desempenho na instituição. Apresentando repercussões na própria instituição e inevitavelmente na economia nacional.

Palavras-chave: Técnico de emergência médica ou paramédico, violência no local de trabalho, pré-hospitalar.

ABSTRACT

If we look at the history of humanity, we can see that the definition and acceptance of violence within society has fluctuated depending on the time and culture under consideration. However, it has increased and affects workers carrying out their professional tasks. This study aims to understand whether violence is a prevalent reality. Recognizing the most common types of violence, knowing the consequences that violence has for professionals exposed to it, and determining what mitigating measures are being applied.

A literature review was therefore undertaken and research carried out between 1990 and 2020, but no articles were found for the period 1990 to 1997. The following databases were searched: b-ON, PubMed® and google scholar and 31 articles were selected for analysis. We analysed the studies published between 1998 and 2020 that focused on pre-hospital violence against health professionals.

The studies in question show that violence is a current psychosocial risk and requires efficient intervention. It is an evolving phenomenon that has short/long-term consequences for the well-being of the professional and for their performance in the institution. This naturally has repercussions for the institution itself and inevitably for the national economy.

Keywords: Emergency medical technician or paramedic, workplace violence, pre-hospital.

* O texto deste artigo foi submetido em 11-05-2020, sujeito a revisão por pares a 11-05-2020 e aceite para publicação em 23-11-2020.

Este artigo é parte integrante da Revista *Territorium*, n.º 29 (II), 2022, © Riscos, ISSN: 0872-8941.

Introdução

Percorrendo a Idade Média, olhando as diferentes civilizações (e.g., Egípcios, Maias, Romanos) que se ergueram no mundo ao longo dos tempos até ao Mundo Moderno observamos que a violência é transversal em cada uma destas épocas. As manifestações e a valorização que a mesma tinha em cada uma dessas épocas variou devido a um conjunto de características (e.g., individuais, culturais, coletivas, espirituais e materiais) que se refletiam na regularização das normas, crenças, relações e processos de funcionamento (Ianni, 2002). Em fins do século XIX, diversas áreas académicas começaram a desenvolver estudos sobre este fenómeno. Até então, não era considerado de interesse académico, mas tudo muda com o virar do século (Hayeck, 2009).

Com o século XXI e a entrada cada vez mais profunda no mundo tecnológico, esta época foi catalogada como sinónimo de superioridade intelectual e civismo. A tecnologia habituou-nos a ter a informação disponível ao segundo, a não ter de esperar porque facilmente se consegue através de um clique obter o que se quer. Muitos acreditam que esta nova forma de sociedade está a construir uma cultura desprovida dos valores para coexistir com o outro. É possível que este distanciamento social tenha tornado a violência menos dissimulada e adaptada ao afastamento físico que outrora permitia a interação entre as pessoas.

A evolução histórica impede-nos de afirmar que um século foi menos violento que os demais porque não podemos comparar de forma simplista épocas, história, realizações e mesmo crenças. Podemos reconhecer que cada época teve uma forma distinta de coexistir e de criar a sua história, mas que a violência existiu através de diferentes formas de ser exercida (Ianni, 2002).

Num mundo cada vez mais conturbado, a violência continua a sofrer alterações sem que se consiga dar uma definição clara e objetiva (Chappell e Di Martino, 2006). Curiosamente, a violência é um fenómeno que tem uma capacidade extraordinária de se adaptar à mudança dos tempos. Por conseguinte, se associarmos a carga cultural e histórica percebemos que a violência além de adaptativa também é multifacetada (Radünz, 2007).

Partindo desta perspetiva, podemos atender que cada conceito de violência será diferente de sociedade para sociedade. Teremos de analisar o momento histórico, o significado e importância que é dado à violência. Em rigor, a violência não pode ser vista de forma singular porque pertence a todo um conjunto de valores e crenças partilhados pelos membros que dão origem à cultura em vigor (Porto, 2002).

Existem muitas formas de violência que se misturam entre o novo e o antigo, entre o que é conhecido e o que está

camuflado. Vejamos, numa sociedade contemporânea podemos deparar-nos com a violência urbana, violência doméstica, violência ligada ao narcotráfico, ao trabalho, ao terrorismo, aos conflitos religiosos e raciais. Tantas outras formas podem existir, mas o que todas tem em comum é que a sua manifestação adota formas cada vez mais brutais de emergir. Os investigadores acreditam que com o virar do século surgiram novas técnicas e formas de violência. Ainda perpetua a normalidade, mas surge cada vez mais uma forma dissimulada, insuspeita e sofisticada de perpetuar a violência (Ianni, 2002).

Só em meados dos anos 80, é que o conceito violência no local de trabalho foi desenvolvido com o objetivo de enquadrar a violência que acontecia no local de trabalho. Esta nova definição, que se considera ainda recente veio impulsionar o início de estudos na área (Vidal-Martí e Pérez-Testor, 2015).

A violência contra os profissionais de saúde no pré-hospitalar tem suscitado inúmeros estudos a nível internacional. Contudo em Portugal, os estudos nesta área ainda são escassos. Este estudo tem como objetivo principal compreender se a violência é uma realidade prevalente. Como objetivos específicos pretende: conhecer os tipos de violência mais comuns, conhecer as consequências que a violência tem no profissional exposto, determinar que medidas mitigadoras estão a ser realizadas.

Este artigo apresenta na primeira parte o enquadramento da violência ao longo dos tempos. De seguida, através dos estudos analisados pretende-se agrupar a informação obtida em subcapítulos de forma a se perceber os principais achados dos autores. Terminamos o artigo a abordar o tema sobre o COVID-19, embora nesta fase os estudos ainda sejam preliminares, mas pertinentes.

Enquadramento

Enquadrar a violência no local de trabalho

Ao fim de vários anos, ainda é difícil definir com consistência o que é a violência no local de trabalho. A violência é entendida como ações tais como, homicídio, intimidação, agressão, assédio moral, ameaças, os diferentes tipos de crime e a crescente maior ameaça à sociedade, o terrorismo (Chappell e Di Martino, 2006). Dessa forma, de acordo com a *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) (n.a.) e a National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2019), podemos definir violência no local de trabalho como qualquer ação, ameaça ou comportamento ameaçador dirigido a um profissional no seu local de trabalho sob a forma de assédio, intimidação, violência física ou verbal que pode originar desde perturbação a lesões que culminem em morte.

O local de trabalho, por norma, caracteriza-se como um lugar físico situado num edifício específico para o efeito (e.g. escritórios), contudo, com o passar do fim do século XX cada vez mais pessoas fazem teletrabalho o que obriga a que se alargue a definição de local de trabalho (Chappell e Di Martino, 2006).

Os profissionais que estão em contacto com o público expõem-se a riscos acrescidos de sofrerem violência. Por esse motivo, a violência tem-se tornado gradualmente uma grande preocupação a nível mundial (Pinar *et al.*, 2015). Hoje, a violência é considerada um problema emergente que necessita de ter uma assertiva resposta por parte da comunidade, a nível macro das instituições e micro dos trabalhadores e das autoridades competentes (Wolf *et al.*, 2014).

Observa-se um ciclo vicioso onde o profissional, vítima de violência, se sente desvalorizado e vive momentos de angústia interior perante o seu eu profissional e a sua prestação de cuidados (Scaramal *et al.*, 2017a). A violência enquanto fenómeno revela-se uma problemática do mundo de trabalho que ameaça os cuidados prestados, o bem-estar dos funcionários e do bom funcionamento da instituição. É frequente observar-se em locais com índices de violência mais elevados o aumento de absentismo, presentismo, insatisfação, rotatividade de profissionais e queixas (Direção Geral de Saúde [DGS], 2006).

A dimensão da violência

A constante evolução das comunidades provoca mudanças na sociedade, na política e na economia. O que faz com que o progresso conduza as comunidades a novos desafios e dá origem a novos riscos para a saúde do trabalhador e para a segurança no local de trabalho (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2020a).

Mas o que é o risco? O risco é a probabilidade de alguém sofrer um efeito nefasto na sua saúde tal como uma doença, uma lesão no corpo, uma experiência traumática ou pode ser a perda de bens. Os efeitos podem ser agudos quando o efeito é sentido pela pessoa a curto prazo ou crónico quando o efeito é sentido a médio-longo prazo (CCOHS, 2020).

O risco profissional é o risco que pode surgir no decorrer do trabalho e combina a probabilidade de um efeito adverso acontecer e a gravidade que esse efeito adverso pode provocar na saúde do profissional. Neste seguimento, o risco está presente em qualquer instituição mesmo quando é reduzido (DGS, 2020a). Existem vários tipos de riscos que podem ser classificados em riscos biológicos (e.g. vírus, bactérias), químicos, físicos (e.g. campos magnéticos), segurança (e.g. avaria de equipamentos, quedas), ergonômicos (e.g. incorreto levantamento de cargas, movimentos repetitivos), psicossociais (e.g. violência) (CCOHS, 2020; DGS, 2020a).

Os riscos psicossociais afetam várias áreas do mundo de trabalho e podem estar relacionados com o stresse e a violência interna (quando exercida no local de trabalho por outro trabalhador) e/ou a violência externa (quando exercida por pessoas externas ao serviço). É comum que locais de trabalho onde existe uma falta de coordenação e clareza nos objetivos, sobrecarga e intensidade no trabalho potenciem comportamentos que levem à violência (INRS, 2020).

A violência no local de trabalho tem um grande impacto na vida profissional, pessoal, social, no bem-estar da pessoa, da instituição e da economia. Sendo a violência um risco psicossocial apresenta um risco para a segurança no local de trabalho e um risco para a saúde do trabalhador (EU-OSHA, n.a.). Como consequência, o profissional pode desenvolver problemas de saúde físicas (e.g. lesões músculo-esqueléticas, doenças cardiovasculares), problemas do foro mental (e.g. desgaste, depressão, ansiedade) e do desempenho/ produtividade no local de trabalho (EU-OSHA, n.a.; INR, 2020).

Do ponto de vista da instituição, um profissional que seja vítima de violência será um elemento na equipa que irá ter efeitos negativos na produtividade e rentabilidade e vai aumentar a probabilidade de acidentes, erros e lesões (EU-OSHA, n.a.). Como consequência, é comum surgir um ambiente de trabalho instável, aumento da rotatividade do posto de trabalho, o absentismo e mesmo presenteísmo (INRS, 2020).

A violência é um fenómeno composto por distintos elementos causais que lhe conferem uma multidiversidade e se caracterizam por sentimentos de impunidade por parte do agressor, diminuição de valores da sociedade tais como, egoísmo, influência de poderes, corrupção, o crescimento dos índices de violência, a convivência de todos perante episódios de violência e a influência das redes sociais e da comunicação social (Hayeck, 2009). E ainda pela predisposição do género, onde a mulher ainda hoje tem uma maior probabilidade de estar exposta a determinados tipos de violência e de ser vista como uma vítima fácil e indefesa. Em opinião contrária surge o homem que é entendido como tendo uma predisposição genética para o confronto e para reagir agressivamente (Chappell e Di Martino, 2006).

A violência é um risco relevante que afeta os profissionais no local de trabalho (Magnavita, 2013), contudo, a nível institucional ainda é incomum debater este fenómeno dado que o tema é pouco reportado e muitas vezes considerado como fazendo parte do trabalho. Como os relatos são escassos, não há dados significativos nem registo de eventos sentinela que alertem para o tema. O gestor não vê um problema que precise de ser resolvido, logo os gestores permanecem inconscientes de que a violência existe (Kirkwood, 2012).

A maioria dos profissionais crê que a violência poderá acontecer a alguns colegas de trabalho, contudo, acredita que esse contexto nunca lhes vai acontecer porque são incapazes de se ver a assumir o papel de vítima. O que muitos profissionais esquecem é que qualquer ocorrência pode facilmente escalar para um cenário instável porque a violência não escolhe a hora e o lugar para acontecer (Krebs, 2002).

No pré-hospitalar as equipas são constituídas no mínimo por dois profissionais munidos de um veículo motorizado e com equipamento movel para poder prestar assistência a vítimas de doença súbita ou trauma (Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro). Quando a equipa chega ao local da ocorrência não sabe quem está presente, quais as suas intenções, dificuldades e se pode estar armado o que pode fazer escalar uma situação normal para uma situação violenta (Taylor *et al.*, 2015).

Kirkwood (2012) considera que os profissionais do pré-hospitalar criaram ao longo do tempo uma cultura própria. Sugere que por diversas razões subsiste um entendimento único entre gestores e o profissional onde o lema é *não perguntes, não contes*. Onde as características únicas contribuem, por vezes, para a violência no local de trabalho seja subnotificada ou aceite porque o profissional sente o dever ético de não prejudicar o agressor enquanto doente ou entende que a agressão não foi intencional (OSHA, 2015).

Em 1995, para melhor se caracterizar a violência no local de trabalho, a CAL/OSHA (1995) considerou que havia quatro tipos de categoria da violência cuja definição se mantém ainda atual. Cada tipo descrito de I a IV caracterizava-se pela relação entre quem provocada a agressão, o denominado agressor e a vítima. O tipo I enquadra o tipo de violência levado a cabo por criminosos que não tem ligação ao cenário, mas que aparecem no local de trabalho de outra pessoa para roubar ou cometer outro tipo de crime. O tipo II caracteriza-se pelo tipo de violência que é levada a cabo por clientes, vítimas, outros contra a instituição que lhes está a prestar um serviço. O tipo III é o tipo de violência exercida por um ex-profissional ou profissional contra outro profissional ou superior hierárquico. O tipo IV caracteriza-se pela violência exercida no local de trabalho por uma pessoa externa ao serviço, mas que tem uma relação de proximidade com um profissional da instituição (e.g. vítima de violência doméstica).

Mas porque está a haver uma mudança de valores na sociedade? O ritmo acelerado a que a sociedade se desenvolve condiciona as relações interpessoais e promove mudanças de comportamentos. Cada vez mais os profissionais sentem-se sobrelotados, com rácios mais pequenos e mais exigências.

Um ambiente saudável no local de trabalho permite que os profissionais do pré-hospitalar se sintam bem,

contudo, para evitar que o trabalho se torne um meio dificultador no processo é necessário simplificar o processo, reduzir redundâncias e a burocracia. Uma gestão menos eficiente leva-nos a reduzir o tempo para trabalhar a qualidade do tempo entre o profissional e o utente. A falta de ligação no decorrer dos cuidados prestados pode promover insatisfação no utente e criar um ambiente onde o profissional fique vulnerável a episódios de violência (DGS, 2020b).

A violência contra os profissionais decorre de um conjunto multifatorial com diferentes determinantes que podem emergir quando o utente está insatisfeito com os serviços de saúde, os cuidados prestados ou outros tais como, não terem o atendimento e o encaminhamento adequado (DGS, 2020b).

Os profissionais expõem-se regularmente a diferentes tipos de violência tais como: física, verbal, sexual (Brophy *et al.*, 2018). A violência é um dos cinco fatores que mais afetam o mundo de trabalho e acarreta consigo uma influência negativa e repercussões no bem-estar físico e psíquico dos trabalhadores (Cruz e Klinger, 2011). Como qualquer tipo de crime que provoca uma quebra de confiança e de sensação de falta de segurança, a violência no local de trabalho vai ter repercussões na sociedade, na instituição e no profissional (FBI, 2002). As suas consequências tendem a ser graves e a ter repercussões negativas na saúde do profissional devendo ser encarada como um tema sério (Lanthier *et al.*, 2018).

A nível europeu, a violência tal como: a intimidação, a ameaça e os assédios são uma das principais preocupações para as instituições, sobretudo as que atuam na área da saúde (Múrias *et al.*, 2016). Por conseguinte, os profissionais desses serviços que trabalham diretamente com o público, os profissionais de saúde, os profissionais que trabalham em equipas pequenas ou sozinhos tem maior probabilidade de estar exposto ao risco de violência no local de trabalho (OSHA, n.a.).

Chappell e Di Martino (2006), OSHA (2016) e Zampieron *et al.* (2010) corroboram esse facto e descrevem que áreas da saúde tais como, os serviços de emergência extra ou intra-hospitalar, os hospitais, os serviços de saúde mental e inclusive os lares são áreas onde este fenómeno é mais prevalente e onde os profissionais (e.g. enfermeiros, médicos, socorristas) experienciam o maior número de violência do Tipo 2 (FBI, 2002).

O pré-hospitalar tem características únicas que o diferenciam dos restantes. Situa-se num ambiente não controlado pelos profissionais do pré-hospitalar, as equipas são reduzidas, deslocam-se para o desconhecido e muitas vezes vão sem apoio da autoridade, mesmo sabendo que são acionados para cenários de violência onde o agressor ainda pode estar no local (Furin *et al.*, 2015). A possibilidade de se deslocarem para ambientes hostis, bairros de etnia

desfavorecia e a possibilidade de confronto com potenciais agressores vem reforçar os riscos e perigos a que os profissionais do pré-hospitalar se expõem, lembrando que as equipas devem estar preparadas para cenários conflituosos (Maguire *et al.*, 2019a).

Na sua pesquisa a OSHA (n.a.) identificou alguns fatores que podem predispor algumas funções ao aumento do risco de violência no local de trabalho contra os profissionais de saúde. Considera que há um aumento de exposição à violência em situações tais como, o trabalho junto de pessoas que estão instáveis e com comportamentos voláteis, prestar cuidados diretos, trabalhar sozinho ou em áreas isoladas, a localização do posto de trabalho que no contexto pré-hospitalar é incerto, a permanência em zonas de elevada taxa de criminalidade, o trabalho noturno.

As áreas onde se prestam cuidados de saúde proporcionam ambientes que permitem uma acessível exposição do profissional a ambientes potencialmente violentos tornando-os portanto, vulneráveis ao meio que o circunda (DGS, 2006). São ainda potenciadores, o trabalho por turnos rotativos ao longo das 24 horas, os serviços que envolvam uma maior carga emocional, os locais conflituosos e com má liderança (Sharipova *et al.*, 2010).

Não obstante nenhum estudo defina especificamente qual o paciente que mais tarde se vai tornar agressivo, os estudos consideram que existem características

indicadoras tais como: consumo de substâncias lícitas (e.g., álcool), substâncias ilícitas (e.g., drogas), ambientes instáveis e desconhecidos, doença mental, a má notícia (e.g., prognósticos), dor (OSHA, 2016).

Quando se aborda questões de segurança no contexto pré-hospitalar, a formação incide maioritariamente na abordagem inicial do cenário. É comum, no treino prático na fase inicial o profissional questionar se o cenário com que se depara está seguro. É incutido que se foque na colocação do equipamento de proteção individual e na proteção contra fluidos, sendo incomum gerar cenários violentos onde a abordagem seja a gestão de um cenário violento. Na prática o treino sistematizado de gestão de conflitos e cenários violentos não acontece (Kirkwood, 2012).

O modelo de Chappell e Di Martino (2006) é um modelo interativo que interliga diferentes características. Este modelo (fig. 1) prevê que a relação agressor/vítima assente numa base profissional, porém, podem ser desconhecidos. Segue-se os fatores de risco individuais que levam ao desempenho do papel de agressor e de vítima e os fatores de risco no local de trabalho que potenciam a violência. Numa fase seguinte, surgem os resultados que resultam da situação que vão culminar na ação reativa da vítima e.g. doença, vulnerabilidade, abandono da função ou local de trabalho até ações como o suicídio. E em consequências para a instituição a título de exemplo: o absentismo, presentismo, aumento de episódios de violência.

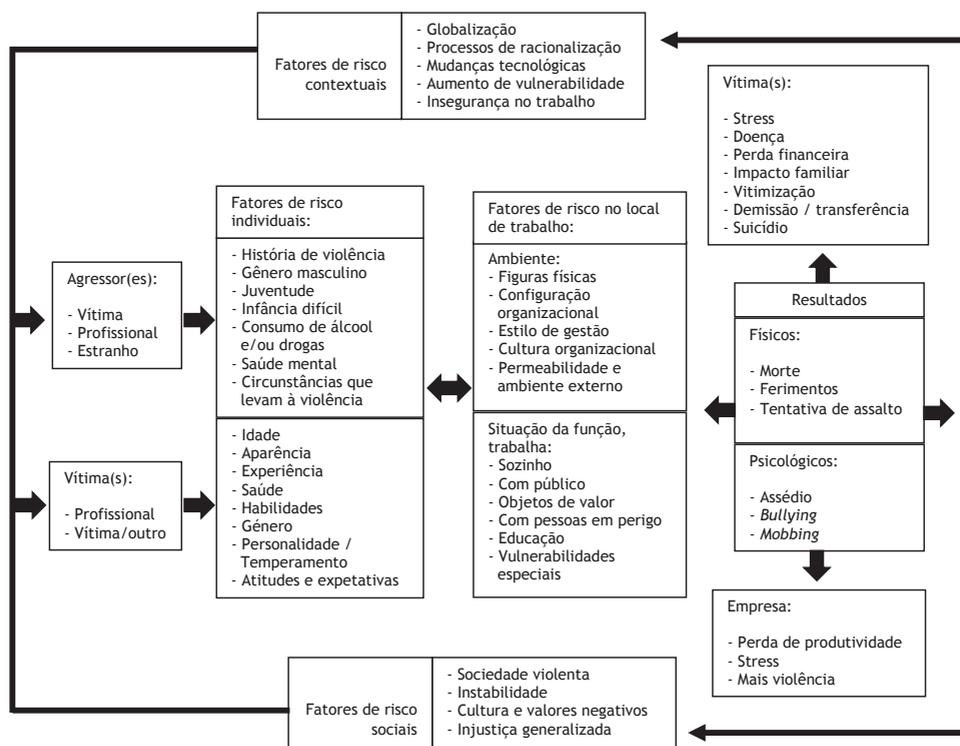


Fig. 1 - Modelo Interativo de Violência no Trabalho traduzido para português (Fonte: Chappell e Di Martino, 2006).

Fig. 1 - Interactive Model of Violence at Work translated into Portuguese (Source: Chappell and Di Martino, 2006).

No presente estudo, enquadra-se o tipo II que caracteriza a violência exercida pela vítima, família ou outros intervenientes contra o profissional.

Os especialistas acreditam que à medida que se altera a perceção sobre o tema e se reconhece os diferentes tipos de violência no local de trabalho, é possível desenvolver medidas preventivas, contudo, os programas que não contemplem os diferentes tipos de violência tais como, assédio, intimidação, perseguição, o *bullying*, o assédio emocional, as ameaças dificilmente terão sucesso na prevenção (FBI, 2002).

Estima-se que a violência no local de trabalho represente um grande risco para profissionais e instituições. Estima-se que a violência possa afetar cerca de 95% dos profissionais nas instituições de saúde (Spelten *et al.*, 2020). Eliminar totalmente a violência é praticamente impossível, contudo, é possível fazer uma abordagem multidimensional que incida em medidas preventivas e mitigadoras, abrangente a todo o fenómeno e que minimizem a sua gravidade e recorrência ou ocorrência (Pinar *et al.*, 2015).

Vários Países têm investido em campanhas de tolerância zero, de desenvolvimento de estratégias que informem o público das funções dos profissionais e em medidas de proteção. Vejamos o exemplo da campanha contra a violência, desenvolvida no Canadá que estimou um investimento de US \$ 1,35 milhões (Queensland Ambulance Service, 2016).

Metodologia

A procura do conhecimento académico

O presente artigo de revisão integrativa, de modo a sintetizar os resultados obtidos na pesquisa para poder ordenar de forma abrangente a informação concluída, e tem como objetivo ser um estudo abrangente e compilar o conhecimento sobre o fenómeno em estudo nos últimos 30 anos. A pesquisa foi efetuada eletronicamente nas bases de dados PubMed®, b-ON® e google académico. Numa fase inicial foi feita busca na base de dados EBSCO, contudo, introduzidos os descritores não se conseguiu aceder aos artigos pelo que não foram contabilizados. Os descritores de pesquisa foram obtidos através do DeCS® e do MeSH Browser®. Foram utilizadas na pesquisa os seguintes descritores: *Emergency medical technician or paramedic, workplace violence, prehospital*.

Para selecionar os artigos para análise foram considerados como critérios de inclusão os estudos realizados nas últimas três décadas, em qualquer língua, realizados no pré-hospitalar e sobre o tema violência (fig. 2). O método de seleção dos estudos foi efetuado por um revisor e teve em consideração o título, resumo e/ou corpo de texto. A partir dessa análise foram excluídos

os artigos que não se enquadravam na violência em contexto pré-hospitalar contra os profissionais de saúde. De salientar como limitação a não obtenção de artigos entre o ano de 1990 a 1997.

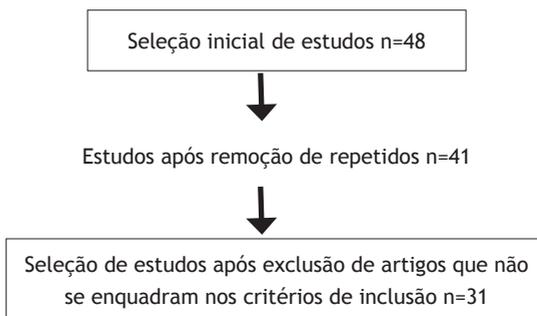


Fig. 2 - Critérios de inclusão dos estudos analisados.

Fig. 2 - Inclusion criteria for the analysed studies.

No final consideraram-se para análise 31 artigos. Diferentes autores estudaram o tema da violência ao longo dos últimos anos. O estudo da violência apresenta-se como um tema atual e de interesse de estudo na comunidade científica a nível mundial. Na tabela apresentada abaixo apresentam-se as principais conclusões dos diferentes estudos.

Análise e discussão dos resultados

Os principais resultados encontrados são seguidamente discutidos à luz de três grandes categorias (TABELA I).

A evolução da violência nas últimas décadas

O pré-hospitalar proporciona às equipas um ambiente imprevisível, onde as mesmas nunca sabem verdadeiramente ao que se estão a expor. Daqui pode-se depreender que os profissionais estão mais suscetíveis de sofrerem determinados riscos, o que pode proporcionar eventos dos quais podem resultar determinadas lesões como consequência desses riscos tal como a violência (Gormley *et al.*, 2016).

Unanimemente, os investigadores concluíram que a violência é um fenómeno mundial. Embora alguns estudos tenham verificado que o género (Petzäll *et al.*, 2011; Suserud *et al.*, 2002; Wang *et al.*, 2019) ou a raça/etnia (Gormley *et al.*, 2016) não fosse um fator provável que gerava violência, outros estudos inferiram que o sexo feminino tinha maior probabilidade de sofrer violência (Bigham *et al.*, 2014; Cenk, 2019; Oliver e Levine, 2015; Taylor *et al.*, 2016).

Na sociedade atual, a imagem do sexo masculino é a de alguém mais agressivo enquanto a figura da mulher ainda é vista como um ser frágil que muitas vezes necessita de proteção (Taylor *et al.*, 2016). Koritsas *et al.* (2009)

TABELA I - Síntese dos artigos por ano, autor, países em estudo e principais conclusões.

TABLE I - Summary of articles by year, author, countries under study, and main conclusions.

Ano	Autor	País em estudo	Principais conclusões
2020	Knor <i>et al.</i>	República Checa	Os profissionais do pré-hospitalar foram expostos a episódios de violência verbal e física. Metade da amostra referiu que o agressor era uma pessoa integrada na sociedade com um bom emprego e bom suporte familiar.
2019	Sá Fernandes e Sá	Portugal	A violência é frequente e traz diversas consequências para o profissional. É necessário mais estudos.
2019	Wang <i>et al.</i>	Ásia	A violência é prevalente e existe uma elevada subnotificação e necessidade de implementar medidas mais eficientes.
2019	Lindquist <i>et al.</i>	Índia	A violência é prevalente no contexto pré-hospitalar. Consideram necessário implementar medidas para reduzir o receio de insegurança entre os profissionais.
2019	Dadashzadeh <i>et al.</i>	Irão	A gestão do paciente agressivo tem bons resultados, contudo, é necessário melhorar as medidas de treino na gestão de conflitos violentos.
2019	Cenk	Turquia	A violência verbal e física está presente sendo mais prevalente a violência verbal que foi associada ao síndrome de <i>burnout</i> .
2018	Maguire	Austrália	A violência contra os profissionais do pré-hospitalar continua a aumentar. Considera que é necessário implementar mais medidas multifacetadas.
2018a	Maguire <i>et al.</i>	Vários Países	Previsão dos profissionais do pré-hospitalar sobre medidas a serem implementadas para reduzir a violência.
2018b	Maguire <i>et al.</i>	Austrália	A violência contra os profissionais do pré-hospitalar continua a ser frequente. Descreve o tipo de violência e o agressor mais comum e sugere que deve haver interligação entre os profissionais e os investigadores para melhorar desenvolverem medidas preventivas mais adequadas.
2018	Hosseiniakia <i>et al.</i>	Irão	A violência contra os profissionais do pré-hospitalar é elevada sendo necessário implementar medidas direcionadas, entre outras, para a formação de gestão da violência e da sensibilização pública.
2017	Campos e Klijn	Chile	Existe uma elevada subnotificação dos episódios de violência. A violência verbal é a mais prevalente, contudo, neste estudo fazem referência ao <i>mobbing</i> .
2017	Maguire e O'Neill	EUA	Os profissionais do sexo feminino estão mais expostos à violência física sendo necessário melhorar as medidas preventivas para evitar essas situações.
2016	Gormley <i>et al.</i>	EUA	A violência no contexto pré-hospitalar é frequente, com maior incidência na zona urbana quando comparada com a zona rural. Os autores consideram que deve haver sensibilização da comunidade para diminuir a incidência de violência.
2016	Taylor <i>et al.</i>	EUA	Os profissionais do sexo feminino tinham maior probabilidade de ser agredidos assim como os profissionais diferenciados. Determinaram pontos de intervenção para medidas preventivas.
2016	Deniz <i>et al.</i>	Turquia	A violência contra os profissionais do pré-hospitalar é prevalente havendo uma relação entre violência e o síndrome de <i>Burnout</i> .
2016	Bentley e Levine	EUA	Concluíram que a violência é uma preocupação e muitos profissionais notificam o problema, contudo, houve ao longo do espaço temporal do estudo um decréscimo nas horas de formação dos profissionais.
2015	Oliver e Levine	EUA	Consideram que o estudo da violência ainda está numa fase inicial. Inferiram que o agressor usa várias formas de praticar violência assim como devem ser implementadas melhores medidas sobre gestão de violência.
2015	Gabrovec	Eslovênia	A violência contra os profissionais do pré-hospitalar é elevada. Os profissionais referiram sentimentos de medo e vulnerabilidade no trabalho após episódios de violência.
2015	Bernaldo-De-Quirós <i>et al.</i>	Espanha	Os profissionais expostos à violência têm maior probabilidade de desenvolver o síndrome de <i>Burnout</i> . Foi encontrada uma relação entre violência e o síndrome de <i>Burnout</i> .
2014	Bigham <i>et al.</i>	Canadá	A maioria dos profissionais do pré-hospitalar foram expostos à violência. Esta traz consequência para o bem-estar e saúde do profissional. Os autores sugerem que as medidas preventivas devem ser melhoradas.
2012	Rahmani <i>et al.</i>	Irão	A violência contra os profissionais do pré-hospitalar é prevalente e mais frequente na forma verbal. Alguns profissionais não sabiam a quem notificar, sentiam que notificar era ineficaz e que a violência fazia parte do trabalho.
2011	Petzäll <i>et al.</i>	Suécia	A violência contra os profissionais do pré-hospitalar é prevalente. No estudo exploram as diferentes formas em como os profissionais foram agredidos.
2009	Koritsas <i>et al.</i>	Austrália	Os autores concluíram que existem determinados fatores que podem aumentar a probabilidade do profissional ser vítima de violência. Consideram que deve ser ministrada mais formação aos profissionais.
2007	Boyle <i>et al.</i>	Austrália	A violência em contexto pré-hospitalar é prevalente e deve ser ministrada mais formação aos profissionais assim como desenvolver-se mais estudos sobre o tema.
2002	Grange e Corbett	EUA	Consideram que a violência é um fenómeno presente e descrevem quem é o agressor mais frequente. Sugerem que os profissionais do pré-hospitalar devem usar equipamento de proteção individual e receber formação de gestão da violência.
2002	Duchateau <i>et al.</i>	França	A violência no contexto pré-hospitalar é frequente e deve ser ministrada formação aos profissionais porque a mesma é insuficiente.
2002	Mechem <i>et al.</i>	EUA	No geral, a violência é frequente e, por vezes, origina lesões. Os autores consideram que medidas preventivas devem ser melhoradas.
2002	Suserud <i>et al.</i>	Suécia	A maioria da amostra foi vítima de violência em contexto de trabalho no pré-hospitalar o que condicionou a relação vítima-profissional.
1998	Pozzi	EUA	A maioria da amostra foi vítima de violência em contexto de trabalho no pré-hospitalar e consideraram ser o fator de maior stress no seu trabalho. A maioria dos profissionais referiu que a violência faz parte do trabalho e que não tinham formação adequada.
1998	Corbett <i>et al.</i>	EUA	Os profissionais referem que a violência no local de trabalho é frequente e que não tinham formação adequada.
1998	Mock <i>et al.</i>	EUA	Os autores consideram que a violência é subnotificada e os dados não demonstram grande prevalência o que pode induzir uma errada perceção de menor risco.

apresentaram uma breve explicação em que consideram que essa ideia cultural pré-concebida da pseudo fragilidade do sexo feminino, muitas vezes, é considerada como uma fraqueza o que a torna um alvo fácil.

A forma como a violência se manifesta vai divergir a partir da forma como for praticada. Podemos considerá-la como uma epidemia que acontece em qualquer lugar a qualquer hora, não olha a quem afeta e muitas vezes não conhece limites. Para se ser exposto à violência e às suas consequências não precisamos de ser o alvo dessa ação, quantos de nós diariamente somos testemunhas de atos intencionais ou inconscientes de violência.

Esses meios de violência muitas vezes são complexos e não isolados, não se limitando a ser exercidos através de uma violência tipo. A nível global a violência segue um princípio através do qual pode ser exercida por força ou ameaça contra alguém ou um grupo. Se fizermos uma retrospectiva histórica quase que podemos depreender que a violência faz parte da nossa herança genética que muitas vezes cruza com a cultura e pode ser fomentada e incentivada ou desencorajada.

Quando pensamos em violência consideramos de imediato a violência física devido às lesões que causa, mas, na prática, a violência física é menos prevalente que a violência verbal (Cenk, 2019; Deniz, Saygun *et al.*, 2016; Grange e Corbett, 2002; Hosseinikia *et al.*, 2018; Lindquist *et al.*, 2019; Petzäll *et al.*, 2011; Rahmani *et al.*, 2012).

Efetivamente, a violência verbal ou psicológica é o tipo de violência mais relatada pelos profissionais atingindo-os de forma direta ou indireta (Bigham *et al.*, 2014; Boyle *et al.*, 2007; Duchateau *et al.*, 2002; Gabrovec, 2015; Gormley *et al.*, 2016; Suserud *et al.*, 2002; Wang *et al.*, 2019).

Menos prevalente, mas igualmente importante são os outros tipos de violência. Na pesquisa levado a cabo por Campos e Klijn (2017) o assédio moral foi relatado por 17.6% dos profissionais enquanto que nos estudos de Bigham *et al.* (2014); Boyle *et al.* (2007) e Koritsas *et al.* (2009) os meios de intimidação alcançaram valores acima dos 41% dos profissionais. Por seu lado, a violência cultural afetou perto de um terço dos profissionais (Hosseinikia *et al.*, 2018; Rahmani *et al.*, 2012).

Se analisarmos a violência sexual que pode ser cometida através de um comentário, de uma tentativa ou de uma interação indesejada podemos observar que deixa as suas marcas nas vítimas. Bigham *et al.* (2014), Boyle *et al.* (2007), Deniz *et al.* (2016) e Gabrovec (2015) exploraram o tema que ainda hoje é considerado um tabu para muitos. Concluíram que a violência sexual é um fato real na sociedade atual sendo mais prevalente nas mulheres e praticada através de meio do toque e carícias impróprias, tentativas de amarrar e puxar a profissional para cima do agressor (Bigham *et al.*, 2014).

Qualquer que seja a forma em que a violência é cometida, a mesma vai trazer consequências para o profissional podendo, em alguns casos, levar ao desenvolvimento do síndrome de *Burnout* (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Cenk, 2019; Deniz *et al.*, 2016). O síndrome de *Burnout* surge muitas vezes associado à exposição à violência ou a ambientes de trabalho não saudáveis (Cenk, 2019). Como consequência, a exposição ou negatividade a que os profissionais são sujeitos leva-o a ficar vulnerável e a ficar consumido física e mentalmente ao ponto de desenvolverem *Burnout* (Deniz *et al.*, 2016).

Em termos gerais, a violência física é menos prevalente, mas caracteriza-se por deixar marcas visíveis no profissional. São inúmeras as formas como a violência física pode ser exercida, de realçar as mais frequentes: empurrar (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Cenk, 2019; Pozzi, 1998; Rahmani *et al.*, 2012), bofetadas (termo popular para estalo), murros, pontapés ou escoriações (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Bentley e Levine, 2016; Cenk, 2019; Corbett *et al.*, 1998; Gormley *et al.*, 2016; Oliver e Levine, 2015; Mechem *et al.*, 2002; Maguire *et al.*, 2018b; Petzäll *et al.*, 2011; Pozzi, 1998; Suserud *et al.*, 2002). De referir ainda, os danos em imóveis/equipamentos (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015), o arremesso de objetos (Bigham *et al.*, 2014; Cenk, 2019; Gormley *et al.*, 2016; Mechem *et al.*, 2002) e as mordeduras (Bigham *et al.*, 2014; Corbett *et al.*, 1998; Gormley *et al.*, 2016; Petzäll *et al.*, 2011).

Embora menos frequente foi registado o sequestro (Bigham *et al.*, 2014), puxar o cabelo (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Suserud *et al.*, 2002) e outros (Corbett *et al.*, 1998; Maguire *et al.*, 2018b; Suserud *et al.*, 2002). Dos quais se salienta o aparecimento de contusões (Corbett *et al.*, 1998; Duchateau *et al.*, 2002; Maguire *et al.*, 2018b), hematomas, lesões abertas, entorses ou fraturas (Cenk, 2019; Corbett *et al.*, 1998; Duchateau *et al.*, 2002; Maguire e O'Neill, 2017; Maguire *et al.*, 2018b; Mechem *et al.*, 2002) e cuspir (Bentley e Levine, 2016; Bigham *et al.*, 2014; Gormley *et al.*, 2016; Petzäll *et al.*, 2011; Pozzi, 1998).

Diversos estudos referem o uso de uma arma em forma de ameaça (Corbett *et al.*, 1998; Petzäll *et al.*, 2011; Rahmani *et al.*, 2012; Suserud *et al.*, 2002) ou tentativas ou atos consumados com arma de fogo ou arma branca (Bentley e Levine, 2016; Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Bigham *et al.*, 2014; Duchateau *et al.*, 2002; Gormley *et al.*, 2016; Oliver e Levine, 2015; Maguire *et al.*, 2018b).

Outras armas mencionadas nos estudos foram o spray de gás pimenta (Corbett *et al.*, 1998; Duchateau *et al.*, 2002), garrafas partidas (Duchateau *et al.*, 2002; Petzäll *et al.*, 2011), machados, vassouras, tacos de beisebol ou bastões (Corbett *et al.*, 1998; Duchateau *et al.*, 2002; Petzäll *et al.*, 2011). O estudo de Duchateau *et al.* (2002) e Petzäll *et al.* (2011) inferiu ainda que os agressores usaram cães para os instigar contra os profissionais.

Na violência verbal ou psicológica é comum o agressor usar linguagem obscena ou insulto. Na prática, a linguagem não faz marcas físicas o que torna pouco visível os efeitos que ficam depois de cada episódio (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Bigham *et al.*, 2014; Cenk, 2019; Grange e Corbett, 2002; Pozzi, 1998). Nos estudos foram ainda encontrados relatos de gritos (Cenk, 2019), coerção (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015), ameaças de violência física, de maldições, de denúncias, represálias ou morte (Bentley e Levine, 2016; Bigham *et al.*, 2014; Deniz *et al.*, 2016; Oliver e Levine, 2015; Suserud *et al.*, 2002).

Mas o que desencadeia estes tipos de ações contra aqueles cuja função é ajudar quem precisa? Foram identificados dois grandes itens: o abuso de drogas e álcool (Bigham *et al.*, 2014; Grange e Corbett, 2002; Knor *et al.*, 2020; Maguire *et al.*, 2018b; Petzäll *et al.*, 2011; Rahmani *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2019) e o tempo de espera pelo meio de socorro, seja este atraso real ou imaginário por parte do agressor (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Dadashzadeh *et al.*, 2019; Knor *et al.*, 2020; Petzäll *et al.*, 2011; Rahmani *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2019).

Na verdade, algumas profissões têm funções onde a exposição do profissional é inerente ao trabalho e a previsão das atitudes dos outros difícil de ser avaliada. As vítimas podem ter reações violentas ou imprevisíveis que podem ser despoletadas por algum tipo de evento inesperado, pela negação de prestação de cuidados ou do serviço, atrasos no socorro ou uma discussão de opiniões (FBI, 2002).

Salienta-se ainda, as condições socioeconômicas desfavorecidas, o desconhecimento das competências técnicas dos profissionais (Knor *et al.*, 2020), a discordância com a intervenção (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Petzäll *et al.*, 2011), a influência negativa da comunicação social e penas pouco dissuasivas que são muito leves ou inexistentes (Cenk, 2019).

Como em qualquer profissão, existe um risco associado à função exercida. Os profissionais do pré-hospitalar enfrentam inúmeros riscos tais como, acidentes rodoviários, lesões músculo-esqueléticas, exposição a eventos traumáticos, exposição ao *mobbing* e a violência contra si, entre outros. Maguire *et al.* (2014), conclui que estes profissionais tinham duas vezes mais probabilidade de sofrerem lesões que poderiam culminar em morte do que os agentes de autoridade.

Por conseguinte, podemos inferir que as equipas do pré-hospitalar estão mais vulneráveis à violência. Ao olhar para estas equipas, os estudos apontam que os profissionais mais diferenciados têm maior probabilidade de ser agredidos do que os bombeiros, socorristas e técnicos de emergência (Gormley *et al.*, 2016; Lindquist *et al.*, 2019; Oliver e Levine, 2015; Mechem *et al.*, 2002).

O fator maior tempo de experiência também era um preditor para o aumento da probabilidade de ser agredido (Gormley *et al.*, 2016; Koritsas *et al.*, 2009; Oliver e Levine, 2015; Pozzi, 1998), assim como, quanto maior o número de horas de trabalho maior era a probabilidade de se depararem com este fenómeno (Gormley *et al.*, 2016; Koritsas *et al.*, 2009).

Nos estudos de Gormley *et al.* (2016) e Oliver e Levine (2015) verificou-se que havia um aumento de incidentes na zona urbana em comparação com a zona rural. Sendo evidente a maior prevalência de incidentes de cariz sexual na zona urbana (Boyle *et al.*, 2007; Koritsas *et al.*, 2009). Na pesquisa de Oliver e Levine (2015), os autores notaram que os profissionais também eram vítimas de violência noutras atividades relacionadas com a sua função tal como o transporte de doentes.

Muitos profissionais acreditam que não tem o treino adequado ou estão mal preparados para gerir conflitos (Dadashzadeh *et al.*, 2019; Gabrovec, 2015; Lindquist *et al.*, 2019; Oliver e Levine, 2015; Pozzi, 1998; Rahmani *et al.*, 2012; Taylor *et al.*, 2016). Alguns acreditam que há um aumento da agressividade nos profissionais com treino na gestão de conflitos, contudo, na investigação de Duchateau *et al.* (2002) e Oliver e Levine (2015), o lema maior treino maior agressividade não foi constatado. Na verdade, os investigadores concluíram que na maioria dos incidentes não havia relação entre ter treino e serem agredidos. Maguire *et al.* (2018a) determinou no seu estudo que em 76% das vezes não foi possível evitar o incidente.

Mas afinal quem é o agressor? Na maioria das vezes o agressor é do sexo masculino (Knor *et al.*, 2020; Maguire *et al.*, 2018b; Mechem *et al.*, 2002), contudo, como qualquer exceção há regra pode ser qualquer género a praticar a violência. De facto, podem surgir incidentes entre a própria equipa, com os profissionais do hospital que recebe a vítima (Campos e Klijn, 2017) ou outros colegas de trabalho mesmo os conhecidos (Maguire e O'Neill, 2017).

O agressor mais frequente é a vítima (Bigham *et al.*, 2014; Gormley *et al.*, 2016; Lindquist *et al.*, 2019; Maguire e O'Neill, 2017; Petzäll *et al.*, 2011; Rahmani *et al.*, 2012). De seguida, associado com a vítima ou isoladamente surgem os familiares ou terceiros (Campos e Klijn, 2017; Cenk, 2019; Duchateau *et al.*, 2002; Gabrovec, 2015; Hosseinikia *et al.*, 2018; Lindquist *et al.*, 2019; Rahmani *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2019).

A violência pode surgir em qualquer lugar por exemplo, dentro da ambulância, no local e na rua, mas o lugar mais frequente é no domicílio onde está a vítima (Bernaldo-De-Quirós *et al.*, 2015; Knor *et al.*, 2020; Petzäll *et al.*, 2011). Na investigação de Mechem *et al.* (2002), os dias da semana mais frequentes para as agressões foi

considerado os fins de semana. Podendo acontecer em qualquer altura do dia sendo mais comum no período noturno (Deniz *et al.*, 2016; Knor *et al.*, 2020; Mechem *et al.*, 2002; Wang *et al.*, 2019). Porém, no estudo de Mock *et al.* (1998) e Petzäll *et al.* (2011) não foi encontrada diferença entre dias e horas, os incidentes aconteceram de forma igual ao longo das 24 horas e nos diferentes dias da semana.

O profissional e a relação com a violência

Cada ser humano possui uma especificidade única e reage de maneira diferente a diferentes ações. Quando confrontados com violência contra si ou colegas de trabalho, muitos profissionais referiram confrontar o agressor (Bigham *et al.*, 2014; Dadashzadeh *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2019), pedindo para que ele se acalmasse e por vezes, tiveram a necessidade de se defender (Hosseinikia *et al.*, 2018; Rahmani *et al.*, 2012). Dadashzadeh *et al.* (2019) foi mais além e tentou entender por que razão os profissionais toleravam a violência. Os autores concluíram que as equipas tinham medo de ser processadas legalmente como consequência da sua defesa ao ato violento ou porque estavam isolados ou em locais com muitos potenciais agressores.

É inequívoco salientar que a consequência mais severa de todo o processo é a alteração na relação profissional - vítima. Suserud *et al.* (2002) determinaram que 98.1% dos profissionais sentiram que a sua relação tinha mudado radicalmente. O profissional vê-se confrontado com sentimentos e pensamentos que tem dificuldade para gerir, afinal, foi para ajudar e tornou-se uma vítima.

Nesta perspetiva, no decorrer e depois de um incidente o profissional é consumido por diferentes sentimentos: complicações físicas tais como distúrbios do sono, cefaleias, problemas de saúde, complicações psicológicas, sentimentos de ódio e de aperto (Dadashzadeh *et al.*, 2019), sentimentos de impotência, desespero (Gabrovec, 2015), frustração (Petzäll *et al.*, 2011) e raiva (Bigham *et al.*, 2014; Dadashzadeh *et al.*, 2019; Gabrovec, 2015; Pozzi, 1998).

Depois de um incidente violento surgem consequências tais como, o receio em sair para a rua, o enfraquecimento emocional, o trauma psicológico, o surgimento de sentimentos (e.g. revolta, desmotivação) (Duchateau *et al.*, 2002; Sá Fernandes e Sá, 2019; Taylor *et al.*, 2016). O profissional sente-se insatisfeito com o trabalho (Dadashzadeh *et al.*, 2019; Knor *et al.*, 2020; Pozzi, 1998) o que vai ter um impacto negativo no seu desempenho (Bigham *et al.*, 2014; Deniz *et al.*, 2016; Duchateau *et al.*, 2002; Knor *et al.*, 2020; Sá Fernandes e Sá, 2019; Wang *et al.*, 2019).

Como resultado, vai afetar o profissional a nível pessoal, com efeitos no seu humor, em sentimentos de desconfiança, em inadequação pessoal, desinteresse da

vida pessoal, relações terminadas ou mesmo divórcios. A insegurança leva-o a pedir apoio da autoridade mais vezes, pode haver uma diminuição da empatia ou paciência e, por vezes, mudanças na sua personalidade (Bigham *et al.*, 2014; Deniz *et al.*, 2016; Sá Fernandes e Sá, 2019; Taylor *et al.*, 2016; Wang *et al.*, 2019).

Em termos mais gerais, os incidentes podem influenciar a rotatividade de profissionais (Knor *et al.*, 2020) e mesmo o abandono do trabalho (Bigham *et al.*, 2014; Dadashzadeh *et al.*, 2019; Pozzi, 1998; Sá Fernandes e Sá, 2019), a procura de apoio médico (Bigham *et al.*, 2014; Petzäll *et al.*, 2011; Wang *et al.*, 2019) e ausências ou baixas. Maguire e O'Neill (2017) apurou que em média os profissionais estavam ausentes 6 a 14 dias, contudo, um terço estava mais de 31 dias.

Taylor *et al.* (2016) conclui que a relação estabelecida com quem pede socorro, a central que recebe o pedido de socorro e o posterior acionamento do meio de emergência pode ser um fator potenciador de violência. Consideraram que a forma como o operador receciona a chamada de emergência e gere a chamada pode ser potenciador para despoletar um conflito e gerar um ambiente hostil para a equipa de emergência.

Por seu lado, as equipas sentem que os operadores que rececionam a chamada de emergência não se esforçam em recolher informação básica, mais exata, por vezes, tem atitudes de distanciamento e desunião quase como que se sentissem que são superiores e supervisores das equipas (básicas ou diferenciadas). Os profissionais ainda sentem que às vezes dão-se lapsos de tempo no acionamento e atrasos no envio da autoridade sem justificação o que gera sentimentos de frustração e podem vir a condicionar a ocorrência (Taylor *et al.*, 2016).

Em verdade, a central que recebe o pedido de socorro tem um papel preventivo preponderante. Como estão na linha da frente podem antever cenários potencialmente perigosos que necessitem da presença da polícia e fornecer informação essencial para que as equipas saibam o que poderão ter de enfrentar (Maguire *et al.*, 2018a; Taylor *et al.*, 2016).

Dito de outro modo, a forma como o operador da central que recebe o pedido de socorro faz a gestão da chamada irá determinar, em parte, o desenrolar da ocorrência (Taylor *et al.*, 2016). Ainda nesta linha de pensamento, é importante salientar que deve ser estimulado e promovida uma melhor cooperação entre instituições, nomeadamente, com os agentes de autoridade para que as equipas se respeitem mutuamente, trabalhem em conjunto e conheçam os métodos de trabalho de cada um. E ainda, que haja uma relação de respeito entre as instituições prestadoras de cuidados e as equipas do pré-hospitalar (Maguire *et al.*, 2018a).

Quando as equipas sentem que a sua segurança está em causa é legítimo que abandonem o local da ocorrência (Bigham *et al.*, 20174). Não obstante, muitos sentem que abandonar o local por motivos de insegurança nem sempre é visto com bons olhos. As equipas descreveram que tinham receio de serem culpabilizadas por danos causadas pela vítima e mesmo represálias futuras por parte da sua instituição (Taylor *et al.*, 2016).

Muitos profissionais consideram que abandonar um cenário ou uma vítima violenta pode ser considerado um ato de negligência dado que a vítima não assinou o consentimento de recusa. Em verdade, a relação profissional - vítima termina e a presunção de recusa é assumida quando a vítima ou outro interveniente age contra a integridade e bem-estar da equipa (Kirkwood, 2012).

Quando questionadas as equipas sobre as medidas que deveriam ser implementadas, a maioria dos profissionais considerou que a videovigilância seria um meio dissuasor, assim como, a implementação de uma lei anti violência e a criação de uma base de dados onde fosse feito o registo dos agressores, uma espécie de histórico (Wang *et al.*, 2019). Não obstante essas medidas, os profissionais referiram que deveriam usar equipamento de proteção individual (e.g., colete à prova de balas) (Knor *et al.*, 2020; Taylor *et al.*, 2016), spray de gás pimenta (Knor *et al.*, 2020), arma de fogo, tasers e mesmo bastões (Taylor *et al.*, 2016).

O uso de arma de fogo por parte das equipas é um tema controverso e muito discutido dadas as implicações que o seu uso representa para a instituição e para as equipas. A tomada de decisão é complexa porque implica que se considere diversos aspetos tais como: treino especializado regular e sistematizado em gestão de cada etapa do processo de gestão de conflitos e no reconhecimento de uso de força continuado. Ainda deve ser considerada a questão de que o agressor retire a arma ao profissional e a use contra ele (Kirkwood, 2012).

Em rigor, não se sabe se medidas mais severas permitem aumentar ou reduzir os riscos tais como, o uso de armas, coletes à prova de bala dado que podem ter efeitos secundários pelo seu uso e mesmo induzir uma falsa sensação de segurança (Maguire *et al.*, 2019b). Não obstante a ponderação dessas medidas, muitos profissionais admitem não oficialmente ter consigo diferentes armas, (e.g., armas de fogo, armas brancas) para se protegerem quando encontram cenário violentos dos quais não conseguem recuar (Krebs, 2002).

O profissional e as notificações

A comunicação de episódios de violência é um processo interativo que permite que a informação flua. Muitos profissionais sabem qual o procedimento a seguir (Campos e Klijn, 2017), porém, a maioria diz não saber como o

fazer (Wang *et al.*, 2019). Os profissionais assinalaram que quando tem de pôr em prática o protocolo, nem sempre é claro a quem devem reportar (Hosseinikia *et al.*, 2018; Rahmani *et al.*, 2012) ou sentem que não é um processo evidente de ser executado (Pozzi, 1998).

A comunicação dos eventos sofridos é um acontecimento subnotificado (Mock *et al.*, 1998; Taylor *et al.*, 2016). Alguns profissionais consideram que não era importante reportar (Campos e Klijn, 2017), outros afirmaram serem incentivados a não o fazer (Pozzi, 1998), muitos sentiam que era inútil (Campos e Klijn, 2017; Hosseinikia *et al.*, 2018; Rahmani *et al.*, 2012) e outros que havia falta de apoio ou que esse seria insuficiente (Dadashzadeh *et al.*, 2019; Deniz *et al.*, 2016; Sá Fernandes e Sá, 2019; Taylor *et al.*, 2016).

Outros fatores que podem levar à subnotificação é o medo de retaliação por parte do agressor, a descrença no sistema de notificação, uma deficitária política de notificação institucional e em particular a dificuldade em notificar os episódios de *bullying* e de abusos verbais (OSHA, 2015).

Taylor *et al.* (2016) constatou que mesmo com as dificuldades apresentadas pelo processo, o sexo feminino tinha seis vezes mais tendência para notificar episódios de violência que o sexo masculino. Curiosamente, evidenciou que para muitos elementos do sexo masculino, o principal motivo para não notificar o evento foi porque não queriam parecer fracós aos olhos dos outros.

Não obstante essas considerações, a não notificação do incidente é um fato cada vez mais presente entre os profissionais (Bigham *et al.*, 2014; Cenk, 2019; Maguire *et al.*, 2018b). Na prática, é comum e transversal para parte dos profissionais ser normal a violência no local de trabalho (Dadashzadeh *et al.*, 2019; Gormley *et al.*, 2016; Hosseinikia *et al.*, 2018; Rahmani *et al.*, 2012) ou pelo menos esperado que possa acontecer. Muitas vezes o que acontece é que o risco de incidente é racionalizado dado que as equipas reconhecem que vítimas com condições clínicas instáveis (e.g. hipoglicemia, convulsões, demências) podem tornar-se agressivos não intencionais (Taylor *et al.*, 2016).

Mas e depois de comunicar o que acontece? Além do longo tempo que o processo demora a ser julgado (Dadashzadeh *et al.*, 2019), os profissionais relataram que se sentiam novamente vítimas durante o processo judicial. Taylor *et al.* (2016) observou que o profissional se sentia novamente vítima no decorrer do processo judicial dado que tinha de enfrentar o seu agressor no julgamento e contar as vezes que fosse necessária a sua experiência. Por vezes, não tinha o apoio da sua instituição o que o levava a que se visse sozinho a enfrentar o agressor e todo o processo sem ajuda.

Muitos casos não eram totalmente julgados porque as queixas acabavam por ser retiradas ou as penas diminuídas o que revelava uma clara falta de repercussões contra o

agressor (Taylor *et al.*, 2016). Talvez por esse motivo, os profissionais tinham tendência a reportar só a violência física porque nessa havia provas enquanto na violência verbal/psicológica os danos não podiam ser palpáveis (Cenk, 2019; Wang *et al.*, 2019). A falta de repercussão suscita insatisfação e sentimentos de impunidade, perda de tempo e inutilidade o que promovia a subnotificação e a cultura de silêncio tão comum em muitos grupos (Taylor *et al.*, 2016).

Wright *et al.* (2019) constatou que apesar dos profissionais de saúde do pré-hospitalar estarem protegidos pela Lei, alguns Juizes creem que é expectável que a violência esteja presente no dia-a-dia do profissional dado que acreditam que a violência faz parte do trabalho. Tal ideia justifica a razão pela qual as acusações não transitam em condenações criminais, mas em penas ligeiras.

A relação entre custos e dias de baixa relacionadas com o fenómeno é pouco debatido. Talvez porque seja difícil quantificar custos indiretos, custos de sentimentos e danos psicológicos. Maguire *et al.* (2018a) analisou um período temporal de 13 anos e conclui que os incidentes com lesões diretas aumentaram de cinco casos ano para um total de 40 casos ano. Referente às lesões secundárias observou que ao longo dos anos os incidentes tinham triplicado. A sua investigação evidenciou que só num ano os custos tinham chegado aos 250 000 dólares (aproximado 231 774 euros), todavia, como referido previamente o valor é de dados palpáveis pelo que na realidade seria superior.

Maguire *et al.* (2019b) inferiu que provavelmente, muitas instituições tentaram implementar medidas para reduzir os riscos, porém, a evidência científica não permitiu demonstrar resultados dessa mesma evidência. Daí ser fundamental que aliado a uma melhoria dos processos de sensibilização e educação pública seja melhorado ou implementado um plano de treino para situações onde é necessário gerir o conflito (Maguire *et al.*, 2018a).

A OSHA (n.a.) recomenda que uma das melhores medidas mitigadoras é a implementação de uma política zero face à violência no local de trabalho contra os profissionais e que seja conhecida por todos os intervenientes (profissionais, utentes/acompanhantes, outros que possam entrar em contacto com os profissionais). É fundamental um programa bem estruturado que dê ferramentas aos profissionais para terem boas práticas e meios para participar a violência e que permita uma eficiente investigação e resultados por parte da instituição.

Embora em Portugal já se encontrem implementadas algumas medidas para prevenir a violência contra os profissionais de saúde tal como, o botão de pânico nos rádios SIRESP®. O Ministério da Saúde em parceria com o Ministério das Finanças e do Emprego público

promoveram em 2019 um projeto pioneiro que pretendia implementar para teste algumas medidas preventivas (e.g. botão de pânico, formação, ações de sensibilização) para combater a violência no local de trabalho. Este projeto irá ser implementado em algumas unidades de saúde e se tiver sucesso irá ser estendido a outras unidades de saúde a nível nacional (Serviço Nacional de Saúde, 2019). Podendo numa fase posterior ser estendido, gradualmente, a todas as áreas da saúde.

Passadas três décadas podemos afirmar, em forma de síntese que a maioria dos profissionais considera estar exposta a diversas formas de violência (Bentley e Levine, 2016; Boyle *et al.*, 2007; Corbett *et al.*, 1998; Deniz *et al.*, 2016; Pozzi, 1998; Rahmani *et al.*, 2012; Suserud *et al.*, 2002).

Conclusões

A prevalência da violência no local de trabalho deve ser vista como um problema disfuncional grave que afeta os profissionais. É um direito dos cidadãos que recorrem ao sistema de saúde reclamar quando estão insatisfeitos e tem o direito a não concordar com os cuidados prestados podendo, para o efeito acionar os mecanismos de reclamação, contudo, não é aceitável que recorram à violência para se manifestarem contra os profissionais de saúde (DGS, 2006).

A violência é um risco psicossocial que se apresenta como um enorme desafio para as instituições. Do ponto de vista da saúde e segurança, no local de trabalho, é um dos riscos mais complexos de se gerir comparando com os riscos mais comuns (EU-OSHA, n.a.) o que impõem que se adotem medidas direcionadas e eficientes.

A notificação tem um papel relevante no entendimento da dimensão do fenómeno. Por esse motivo, a escassez de informação leva a que académicos, reguladores e instituições desvalorizem um problema emergente. Em Portugal existe uma plataforma online, na alçada da Direção Geral de Saúde, que permite aos profissionais notificar um episódio de violência. Nos últimos anos observa-se uma crescente evolução na notificação desses eventos por parte dos profissionais, contudo, sem referência ao meio pré-hospitalar.

Com o crescente número de casos de violência, é importante que os profissionais notifiquem os incidentes porque só assim será possível para as instituições adquirem medidas para mitigar o problema. Olhar a violência implica entender que este fenómeno deve ter uma abordagem multidimensional porque só ouvidas as diferentes partes é possível entender o problema como um todo. Existem diferentes tipos de violência e a sua prevalência é cada vez maior no local de trabalho com consequência para a pessoa, para a economia e para a sociedade.

A pandemia que surgiu este ano obrigou a mudanças profundas nos hábitos sociais, interpessoais e laborais. Os verdadeiros efeitos a médio-longo prazo que o COVID-19 vai provocar na sociedade ainda são difíceis de medir, mas já são visíveis, sendo necessário desenvolver mais estudos sobre este tema. A pandemia trouxe mudanças profundas na vida cotidiana de todo o mundo. A atual instabilidade causada pelo COVID-19 impôs novas regras nos espaços públicos, nas relações interpessoais e incerteza no futuro. Se no período pré-pandemia os profissionais que trabalham diretamente com o público estavam expostos ao risco de violência no local de trabalho, o impacto da pandemia veio exacerbar comportamentos agressivos e instáveis (EU-OSHA, 2020b). Assim, as características únicas do COVID-19 teve repercussões na forma como os cuidados são prestados, os profissionais sentem-se cansados, vivem preocupados, sob stress e tem de usar durante horas um equipamento de proteção que se torna desconfortável. A vítima vivencia o papel de doente em contexto COVID-19 e com a necessidade de cuidados extra e regras, por vezes, rígidas em contexto de cuidados de saúde e o distanciamento da relação profissional/vítima devido à barreira criada pelo equipamento de proteção. A pandemia obrigou a alterar formas de trabalhar, horários e para quem fosse possível aderir ao teletrabalho. Neste último sendo difícil num primeiro momento avaliar o efeito do impacto da violência a quem está longe, mas não deixa de estar exposto (EU-OSHA, 2020b). Os estudos ainda são preliminares e o verdadeiro efeito que a pandemia vai ter a nível mundial só será verdadeiramente visível a médio-longo prazo dado que ainda estamos a viver a pandemia, contudo, é um sinal de alerta sobre o aumento do risco de exposição à violência no local de trabalho.

As medidas mitigadoras têm vindo a ser formuladas de acordo com os dados disponíveis, contudo, ainda abrangentes e pouco específicas. Os especialistas acreditam ser improvável um programa que não contempla todas os tipos de violência ser eficiente na prevenção da violência no local de trabalho (OSHA, 2015). Desta forma é imperativo que no momento de delinear as linhas para uma política de prevenção é necessário uma forte interligação e coesão com o governo nacional, financiamento e uma monitorização, análise e avaliação constantes dada a complexidade do projeto (Butchart, Mikton, e Kieselbach, 2012). A revisão efetuada tem como finalidade servir de suporte para o desenvolvimento de um futuro estudo a nível nacional.

Referências bibliográficas

- Bentley, M. A. e Levine, R. (2016). A national assessment of the health and safety of Emergency Medical Services professionals. *Prehospital Disaster Medicine*, 31(1), 96-104.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1049023X16001102>
- Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A.T., Gómez, M. M., e Cerdeira, J.C. (2015). Psychological Consequences of Aggressions in Pre-hospital Emergency Care: Differences According to Type and Frequency of Violence. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, n.º 1, 260-270.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011>
- Bigham, B. L., Jensen, J. L., Tavares, W., Drennan, I. R., Saleem, H., Dainty, K. N., e Munro, G. (2014). Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. *Prehospital Emergency Care*, vol. 18, n.º 4, 489-494.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/10903127.2014.912703>
- Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J., e Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emerg Med J*, n.º 24, 760-763.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2007.046789>
- Brophy, J. T., Keith, M. M., e Hurley, M. (2018). Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 27, n.º 4, 581-606,
DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1048291117732301>
- Butchart, A., Mikton, C., e Kieselbach, B. (2012). Violence Prevention Alliance. *Global Campaign for Violence Prevention: Plan of Action for 2012-2020*. WHO. In http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/gcvp_plan_of_action.pdf
- Cal/OSHA. (1995). *Guidelines for workplace security. Preventing violence in the workplace: A second conference on workplace security*. San Francisco: OSHA. Disponível em https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html
- Campos, V. R. e Klijn, T. P. (2017). Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25:e2956.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956>
- CCOHS. (2020). *Hazard and Risk*. Disponível em https://www.ccohs.ca/oshanswers/hsprograms/hazard_risk.html
- Cenk, S. C. (2019). An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance Staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19, 21-25.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.09.002>
- Chappell, D. e Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. 3.ª Ed. Geneva: International labour office.
- Corbett, S. W., Grange, J. T., e Thomas, T. L. (1998). Exposure of prehospital care providers to violence. *Prehospital Emergency Care*, 2(2), 127-131
- Cruz, A., e Klinger, S. (2011). *Gender-based violence in the world of work: overview and selected*

- bibliography*. Geneva: International Labour Office. ISBN 978-92-2-124704-3.
- Dadashzadeh, A., Rahmani, A., Hassankhani, H., Boyle, M., Mohammadi, E., e Campbell, S. (2019). Iranian pre-hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: A descriptive qualitative study. *J Nurs Manag*, 00:1-10.
DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12791>
- Deniz, T., Saygun, M., Eroğlu, O., Ülger, H., e Azapoğlu, B. (2016). Effect of exposure to violence on the development of burnout syndrome in ambulance staff. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46, 296-302.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3906/sag-1406-53>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006). *Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais - Circular Informativa 15/DSPCS*. Lisboa.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2020a). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional*. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/organizacao-de-servicos-de-saude-do-trabalho/requisitos-de-organizacao-e-funcionamento/atividades/gestao-do-risco-profissional.aspx>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2020b). *Programa Nacional. Prevenção da Violência no Ciclo de Vida*. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Plano_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf
- Duchateau, F. X., Bajolet-Laplante, M. F., Chollet, C., Ricard-Hibon, A., e Marty, J. (2002). Exposition à la violence en Smur. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 21, 775-778.
- EU-OSHA (n. a.). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- EU-OSHA (2020a). *Riscos emergentes*. Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/emerging-risks>
- EU-OSHA (2020b). *France FR-Covid-19 - Guidance against violence and aggression in the frame of the pandemic*. Disponível em <https://osha.europa.eu/en/oshnews/france-fr-covid-19-guidance-against-violence-and-aggression-frame-pandemic>
- FBI (2002). *Workplace Violence - Issues in response*. U.S. Department of Justice, Critical incident response group national center for the analysis of violent crime, Quantico: FBI Academy.
- Furin, M., Eliseo, L. J., Langlois, B., Fernandez, W. G., Mitchell, P., e Dyer, K.S. (2015). Self-Reported Provider Safety in an Urban Emergency Medical System. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, vol. XVI, n.º 3.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2015.2.24124>
- Gabrovec, N. (2015). The prevalence of violence directed at paramedic services personnel. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), 284-294.
DOI: <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.60>
- Gormley, M. A., Crowe, R. P., Bentley, M. A., e Levine, R. (2016). A National Description of Violence toward Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care*, 20(4), 439-447.
DOI: <http://dx.doi.org/doi:10.3109/10903127.2015.1128029>
- Grange, J. e Corbett, S. (2002). Violence against emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care*, 6(2), 186-190.
- Hayeck, C. M. (2009). Refletindo sobre a violência. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, São Leopoldo, v. 1, n.º 1, 1-8.
- Hosseini, S. H., Zarei, S., Kalyani, M. N., e Tahamtan, S. (2018). A Cross-Sectional Multicenter Study of Workplace Violence against Prehospital Emergency Medical Technicians. *Emergency Medicine International*, ID 7835676.
DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/7835676>
- Ianni, O. (2002). A violência na sociedade contemporânea. *Estudos de Sociologia*, Vol. 12, n.º 2, 7-30. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/277738312_A_violencia_na_sociedade_contemporanea
- INRS (2020). *Risques Psychosociaux (RPS)*. Disponível em <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- Knor, J., Pekara, J., Šeblová, J., Peřan, D., Cmorej, P., e Němcová, J. (2020). Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(2), 463-468.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2019.10.43919>
- Lanthier, S., Bielecky, A., e Smith, P.M. (2018). Examining Risk of Workplace Violence in Canada: A Sex/Gender-Based Analysis. *Annals of Work Exposures and Health*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/annweh/wxy066>
- Lindquist, B., Koval K., Mahadevan A., Gennosa, C., Leggio, W., Niknam, K., Rao, G. V. R., Newberry, J. A., e Strehlow, M. (2019). Workplace violence among prehospital care providers in India: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 9:e033404.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033404>
- Krebs, D. R. (2002). *When violence erupts - A survival guide for emergency responders*. American Academy of Orthopaedic Surgeons. ISBN 0-7637-2070-4
- Kirkwood, S. (2012). *Violence Against EMS Providers: What Can We Do About It?* EMS World, disponível

- em <https://www.emsworld.com/article/10741287/violence-against-ems-providers-what-can-we-do-about-it?page=8>
- Koritsas, S., Boyle, M., e Coles, J. (2009). Factors Associated with Workplace Violence in Paramedics. *Prehospital and Disaster Medicine*, Vol. 24, n.º 5, 417-421.
DOI: <https://doi.org/10.1017/S1049023X0000724X>
- Magnavita, N. (2013). The exploding spark: Workplace violence in an infectious disease hospital—A longitudinal study. *BioMed Research International*.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/316358>
- Maguire, B. J., O’Meara, P. F., Brightwell, R. F., O’Neill, B. J., e Fitzgerald, G. J. (2014). Occupational injury risk among Australian paramedics: an analysis of national data. *MJA*. 200, 477-480.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5694/mja13.10941>
- Maguire, B. J. e O’Neill, B. J. (2017). Emergency Medical Service Personnel’s Risk From Violence While Serving the Community. *Am J Public Health*, 21.
DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2017.303989>
- Maguire, B. J. (2018). Violence against ambulance personnel: a retrospective cohort study of national data from Safe Work Australia. *Public Health Research e Practice*, 28(1):e28011805.
DOI: <https://doi.org/10.17061/phrp28011805>
- Maguire, B. J., O’Neill, B. J., O’Meara, P., Browne, M., e Dealy, M.T. (2018a). *Preventing EMS workplace violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics*. *Injury*, 7681.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.05.007>
- Maguire, B. J., Browne, M., O’Neill, B. J., Dealy, M. T., Clare, D., e O’Meara, P. (2018b). International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(5), 526-531.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s1049023x18000870>
- Maguire, B. J., O’Meara, P., e O’Neill, B. (2019a). *Preventing violence against EMS personnel*. *EMS UK Learnings*, disponível em https://www.emsuklearning.co.uk/preventing-violence-against-ems-personnel/?doing_wp_cron=1587938886.8615190982818603515625
- Maguire, B. J., O’Neill, B. J., e O’Meara, P. (2019b). *Tracking Violence Against EMS: New Research Into an Old Problem*. *EMS World*, disponível em <https://www.emsworld.com/article/1222791/tracking-violence-against-ems-new-research-old-problem>
- Mechem, C. C., Dickinson, E. T., Shofer, F. S., e Jaslow, D. (2002). Injuries from assaults on paramedics and fire-fighters in an urban emergency medical services system. *Prehospital Emergency Care*, vol. 6, n.º 4, 396-401.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10903120290938012>
- Mock, E. F., Wrenn, K. D., Wright, S. W., Eustis, T. C., e Slovis, C. M. (1998). Prospective Field Study of Violence in Emergency Medical Services Calls. *Annals of Emergency Medicine*, vol. 32, n.º 1, 33-36.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0196-0644\(98\)70096-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0196-0644(98)70096-4)
- Múrias, C., Ferreira, V., Monteiro, R., Saleiro, S., e Lopes, M. (2016). *Violência no Trabalho - Guia para a integração a Nível Local da Perspetiva de Género*. Disponível em https://lge.ces.uc.pt/files/LGE_violencia_trabalho.pdf
- NIOSH (2019). Occupational Violence. Disponível em <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html>
- Oliver, A. e Levine, R. (2015). Workplace Violence: A Survey of Nationally Registered Emergency Medical Services Professionals. *Epidemiology Research International*, Article ID 137246.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/137246>
- OSHA (n.a.). Workplace Violence. Disponível em <https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/index.html>
- OSHA (2015). Workplace Violence in healthcare: understanding the challenge. Disponível em <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3826.pdf>
- OSHA (2016). *Guidelines for Preventing workplace Violence for Healthacre and Social Service Workers*. U.S. Department of Labor, San Francisco: OSHA.
- Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T., e Suserud, B.-O. (2011). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 19, 5-11.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2010.01.004>
- Pinar, T., Acikel, C., Pinar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Bariskin, E., Guidotti, T.L., Akdur, R., Sabuncu, H., Bodur, S., Egri, M., Bakir, B., Acikgoz, E.M., Atceken, I., e Cengiz, M. (2015). Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. *Journal of Interpersonal Violence*.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260515591976>
- Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro. Diário da República n.º 241/2014 - Série I. Ministério da Administração Interna e da Saúde. Lisboa.
- Porto, M. S. G. (2002). Violência e meios de comunicação de massa na sociedade contemporânea. *Sociologias*, ano 4, n.º 8, 152-171.
- Pozzi, C. (1998). Exposure of prehospital providers to violence and abuse. *J Emerg Nurs*, 24(4), 320-3.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0099-1767\(98\)90104-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0099-1767(98)90104-0)
- Queensland Ambulance Service. (2016). *Final Report Paramedic Safety Taskforce*. Queensland Ambulance Service, Queensland Government, BrisbaneFINAL REPORT
- Radünz, R. (2007). *As múltiplas faces da violência no mundo contemporâneo*. MÉTIS: história e cultura, vil. 6, n.º 11, 39-46.

- Rahmani, A., Hassankhani, H., Mills, J., e Dadashzadeh, A. (2012). Exposure of Iranian emergency medical technicians to workplace violence: A cross-sectional analysis. *Emergency Medicine Australasia*, 24, 105-110.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-6723.2011.01494.x>
- Sá Fernandes, A. I. P. e Sá, L. O. (2019). Riscos psicossociais dos profissionais de socorro: a violência em contexto pré-hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 21.
DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18067>
- Scaramal, D. A., Haddad, M. C. F. L., Garanhani, M. L., Nunes, E. F. P. A., Galdino, M. J. Q., e Pissinati, P. S. C. (2017a). Violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares: percepções de trabalhadores de enfermagem. *Rev Min Enferm*, 21, e-1024.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170034>
- Scaramal, D. A., Haddad, M. C. F. L., Garanhani, M. L., Galdino, M. J. Q., e Pissinati, P. S. C. (2017b). Significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem na dinâmica familiar e social. *Cienc Cuid Saude*, 2017 Abr-Jun; 16(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.34532>
- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2019). *Violência contra profissionais de saúde*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/06/03/violencia-contra-profissionais-saude/>
- Sharipova, M., Hogh, A., e Borg, V. (2010). Individual and organizational risk factors of work-related violence in the Danish elder care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 332-340.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00724.x>
- Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P., Vuuren, J.V., e McGillion, A. (2020). Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? *PLoS ONE*, vol. 15, n.º 4.
DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230793>
- Suserud, B. O., Blomquist, M., e Johansson, I. (2002). Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 10, 127-135.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1054/aaen.2002.0361>
- Taylor, J. A., Davis, A. L., Barnes, B., Lacovara, A. V., e Patel, R. (2015). Injury risks of EMS responders: evidence from the National Fire Fighter Near-Miss Reporting System. *BMJ Open*, vol 5.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007562>
- Taylor, J. A., Barnes, B., Davis, A.L., Wright, J., Widman, S., e LeVasseur, M. (2016). Expecting the Unexpected: A Mixed Methods Study of Violence to EMS Responders in na Urban Fire Department. *American Journal of Industrial medicine*, 59, 150-163.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.22550>
- Vidal-Martí, C. e Pérez-Testor, C. (2015). Patient assaults on professionals? Type II workplace violence: A known phenomenon in *Barcelona nursing homes*. *Work*, vol. 4, n.º 51, 879-886.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-141948>
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., eBuja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, n.º 15-16, 2329- 2341.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03118.x>
- Wang, E. Y., Fang, P. H., Wu, C. L., Hsu, H. C., e Lin, C. H. (2019). Workplace Violence in Asian Emergency Medical Services: A Pilot Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 3936.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16203936>
- Wolf, L. A., Delao, A. M., e Perhats, C. (2014). Understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing*.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2013.11.006>
- Wright, J. Y., Davis, A. L., Brandt-Rauf, S., e Taylor, J.A. (2019). "Felony assault should stick:" Assaulted EMS responders' frustration and dissatisfaction with the legal system. *Am J Ind Med*, 62, 938-950.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.23036>