



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**BRUNA COUTO E SILVA**

**COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E  
SEUS IMPACTOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM E OS PACIENTES EM  
EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

**FORTALEZA-CE**

**2018**

BRUNA COUTO E SILVA

COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS  
IMPACTOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM E OS PACIENTES EM  
EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Coordenação do Curso de Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito  
parcial para obtenção do grau de Enfermeiro,  
em dezembro de 2018.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup> Dra. Roberta Meneses  
Oliveira.

Fortaleza – Ceará

Dezembro/2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S578c Silva, Bruna.  
COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS  
PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR / Bruna  
Silva. – 2018.  
40 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Prof. Dr. Roberta Meneses Oliveira.

1. Enfermagem. 2. Serviço Hospitalar de Emergência. 3. Atitude da equipe de saúde. 4.  
Comportamento destrutivo. 5. Segurança do Paciente. I. Título.

CDD 610.73

---

COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS  
IMPACTOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM E OS PACIENTES EM  
EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Coordenação do Curso de Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito  
parcial para obtenção do grau de Enfermeiro,  
em dezembro de 2018.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup> Dra. Roberta Meneses  
Oliveira.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Roberta Meneses Oliveira (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Jenifá Cavalcante dos Santos Santiago  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Sherida Karanini Paz de Oliveira  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada

Agradeço à minha mãe, Dina Couto, por sempre ser força nos momentos complicados da graduação, por ser inspiração nos momentos que pensei em desistir, por ser apoio quando mais precisei, por ser meu carrasco quando quis jogar tudo para o alto e por ser a mulher maravilha que ela é. Obrigada por ser quem é na minha vida e me amar do jeito que sou.

Ao meu pai, Alberto Silva, por sempre estar nos bastidores zelando e torcendo por mim. Por ter entrado comigo nesse turbilhão que foram os últimos meses. Por me apoiar em toda minha jornada até aqui, e por tudo que vem pela frente, pois sei que sempre vai estar comigo. Obrigada por ter me ensinado que o importante é sempre levantar diante as adversidades e nunca desistir.

A minha irmã, Cynthia Couto, por sempre estar ao meu lado, por acreditar em mim mais do que qualquer pessoa nesse mundo, por ser inspiração na minha vida. Obrigada por me ver com os melhores olhos.

Ao meu cunhado, Jon Olea, que mesmo um recém-chegado nas nossas vidas, já se tornou meu irmão e torce tanto por mim, por ser um entusiasta do meu sucesso. Obrigada por tudo.

As minhas tias, Gracilene Couto e Auricélia Couto, por estarem, sempre, torcendo por mim e estarem ao meu lado desde sempre.

Aos meus amigos: Gabriel Albrecht, Gabriel Eleres, Nathalia, Sarah, Tay, Biatrix Bezerra e Joana Maia, pelas palavras amigas e a ajuda essencial nesse momento transmitido.

A enfermeira Manoela Castelo Branco, por ter sido um exemplo que quero seguir em minha vida profissional e por todos os ensinamentos essenciais.

À Professora Roberta Meneses pelo conhecimento transmitido e toda a paciência.

## RESUMO

Comportamento destrutivo abrange condutas desrespeitosas adotadas no ambiente de trabalho pelos profissionais de saúde, podendo se manifestar como incivildade, violência psicológica ou violência física/sexual. Tais condutas têm maior prevalência em unidades críticas, como a emergência, mas existe uma escassez de estudos sobre a temática de forma geral, o que levou ao desenvolvimento deste estudo. Objetivou-se analisar comportamentos destrutivos entre profissionais de saúde segundo a percepção de trabalhadores de enfermagem de emergência hospitalar, bem como seus impactos para pacientes e equipe. Trata-se de pesquisa transversal realizada no maior hospital público do Ceará, no período de abril a novembro de 2018. A amostra consistiu em 46 trabalhadores das unidades de emergência, geral e obstétrica, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos: questionário *Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey* (JHDCBS) – Versão Brasileira e um questionário sociodemográfico complementar. Os dados foram processados no programa Excel, analisados por meio de médias e desvio padrão das assertivas, assim como com frequência relativa e absoluta das variáveis. Em seguida, foram apresentados em tabelas. Como resultado identificou-se a maioria de participantes do sexo feminino, enfermeira assistencial, com carga horária de até 40 horas semanais, exercendo suas funções por cooperativa. Os comportamentos antiprofissionais foram identificados como ocasionais, sendo os mais apontados: comportamento passivo-agressivo e grosseria/desrespeito. Como consequências, foi constatado um maior impacto destes comportamentos sobre o relacionamento de trabalho com os membros da equipe, desgaste emocional e insatisfação no trabalho. Para os pacientes, 54,4% referiram incidentes que não atingiram o paciente (near miss) e 24,0% perceberam a ocorrência de eventos adversos decorrentes destes comportamentos por parte dos profissionais de saúde. Foi possível concluir que, apesar das pesquisas apontarem maior prevalência do comportamento antiprofissional nas unidades de emergência, a observação e a notificação destas condutas não foram comuns no cenário investigado, o que pode sugerir um achado positivo. Porém, houve relato de medo de retaliação por parte da maioria dos profissionais, bem como de outros fatores associados à subnotificação destes comportamentos destrutivos.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Serviço Hospitalar de Emergência. Atitude da equipe de saúde. Comportamento destrutivo. Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

Disruptive behavior refers to disrespectful behaviors adopted in the workplace by health professionals, and may manifest as incivility, psychological violence or physical/sexual violence. Such behaviors are more prevalent in critical units, such as emergency, but there is a shortage of studies on the subject in general, which led to the development of this study. The objective was to analyze disruptive behaviors among health professionals according to the perception of hospital emergency nursing staff, as well as their impact on patients and staff. This is a cross-sectional study carried out in the largest public hospital in Ceará, from April to November 2018. The sample consisted of 46 members of nursing team from the general and obstetric emergency units, including nurses and nursing technicians. Data collection was done through two instruments: the Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey (JHDCBS) - Brazilian Version and a complementary sociodemographic questionnaire. The data were processed in the Excel program, analyzed through means and standard deviation of the assertions, as well as relative and absolute frequencies of the variables. They were then presented in tables. As a result, the majority of participants was female, nurses, with a workload of 40 hours per week, performing their functions by cooperative. The unprofessional behaviors were identified as occasional, being the most pointed: passive-aggressive behavior and rude/disrespectful behavior. As a consequence, a greater impact of these behaviors on the work relationship with the team members, emotional exhaustion and job dissatisfaction was observed. For the patients, 54,4% of participants reported incidents that did not reach the patient (near miss) and 24,0% perceived the occurrence of adverse events resulting from these behaviors by health professionals. It was possible to conclude that, although the surveys indicate a higher prevalence of the unprofessional behavior in the emergency units, observation and notification of these behaviors were not common in the scenario investigated, which may suggest a positive finding. However, there was fear of retaliation by most professionals, as well as other factors associated with the underreporting of these destructive behaviors.

**Keywords:** Nursing. Emergency Service, Hospital. Attitude of the Health Personnel. Disruptive behavior. Patient Safety.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição do número de participantes segundo variáveis sócio demográficas e profissionais (n=46). Fortaleza, CE, 2018.....	17
Tabela 2 –	Distribuição das médias e desvios padrão atribuídos pelos participantes às subescalas 1 e 5 do Disruptive Clinician Behavior Survey – Versão Brasileira. Fortaleza, CE, 2018.....	18
Tabela 3 –	Distribuição do número de participantes segundo as variáveis vivência e observação do comportamento antiprofissional, função do perpetrador e frequência no ambiente de trabalho. Fortaleza, CE, 2018.....	19
Tabela 4 –	Distribuição do número de participantes segundo a percepção de dano atribuído aos casos de comportamento antiprofissional vivenciados ou observados. Fortaleza, Ceará, 2018.....	20



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivo específico.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>13</b>
<b>3.2</b>	<b>Local e período.....</b>	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	<b>13</b>
<b>3.4</b>	<b>Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....</b>	<b>14</b>
<b>3.5</b>	<b>Organização e análise dos dados.....</b>	<b>15</b>
<b>3.6</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO COMPLEMENTAR.....</b>	<b>29</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>30</b>
	<b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>31</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde envolve relações interpessoais e um vasto leque de necessidades individuais e coletivas de profissionais, gestores e usuários dos serviços. Neste âmbito, alguns profissionais podem agir de forma desrespeitosa junto à equipe, constituindo, assim, atributos característicos de comportamentos antiprofissionais, os quais prejudicam o desenvolvimento do cuidado e as relações laborais nas organizações de saúde (HAMBLIN; ESSENMCHER; UPFAL, 2015).

Além da falta de competência, profissionalismo e capacitação na área, tem aumentado, nas organizações hospitalares, o número de profissionais cujo comportamento é revestido de intimidação e hostilidade, repercutindo em estresse, frustração, perda de foco, pobreza na comunicação e redução de transferência de informação entre os membros da equipe, colocando em risco a segurança do paciente. Esse tipo de comportamento pode ser ocasionado por inúmeras razões, como insatisfação com o emprego, problema pessoais, estresse, carga horária elevada de trabalho, dificuldades estruturais do ambiente laboral, entre outras (CORRADI, 2018).

Nesse contexto, tem-se o comportamento destrutivo no trabalho em saúde, um conceito relativamente novo na área da saúde, definido como um espectro de condutas desrespeitosas adotadas por trabalhadores de saúde no ambiente de sua prática, podendo manifestar-se por meio de incivilidade, violência psicológica ou violência física/sexual. Repercutindo em comprometimento da segurança do paciente, sofrimento moral e psíquico, prejuízos laborais para os trabalhadores, rompimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe (OLIVEIRA, 2015).

São considerados exemplos de comportamento destrutivo no trabalho em saúde, no contexto hospitalar, a violência psicológica (humilhar o colega de trabalho publicamente, agir ou falar com grosseria/gritar, intimidar, usar linguagem abusiva); a incivilidade (manifestar explosões de raiva, desrespeitar o colega de trabalho, fazer comentários hipercríticos ou depreciativos acerca da organização); e a violência física/sexual (OLIVEIRA et al., 2016).

Explorar a interação entre profissionais é fundamental, pois ações como a incivilidade estão inseridas na rotina diária do profissional e da equipe, influenciando, assim, as percepções do processo de cuidado com um todo (OJA, 2017).

O aumento da incivilidade no dia a dia vem tomando proporções assustadoras e, na esfera do trabalho, representa o aumento do sofrimento. A não atenção a essa micro violência

impede medidas preventivas, permitindo, em muitos casos, o aumento da violência, que se torna cada vez mais sutil e danosa (SANTOS; SIQUEIRA; MENDONÇA, 2018).

Nesta perspectiva, o comportamento destrutivo pode ser nocivo, pois interfere na dinâmica do serviço, na convivência, no ambiente de trabalho e nos resultados do processo de cuidar, ou seja, no cliente.

Estudiosos apontam que estes comportamentos são mais evidenciados em unidades de cuidados críticos, tais como emergência, centro cirúrgico e terapia intensiva (WOLF et al., 2016). O sofrimento moral tem sido estudado em muitas áreas de atuação da enfermagem, mas há uma escassez de pesquisas sobre esta temática quando ocorre no serviço de emergência. Causas de sofrimento moral em enfermeiros de emergência são ambiente crítico, sistema técnico de alta precisão e ambiente com recursos insuficientes (WOLF et al., 2015).

Ademais, muito tem sido estudado sobre os tipos de comportamentos destrutivos, fatores desencadeantes e perfil dos envolvidos. No entanto, são poucos os estudos avaliando o impacto destes comportamentos sobre a equipe e a segurança dos pacientes em unidades de emergência (ABOU-ELWAFI et al., 2014).

Pela Enfermagem ser a maior categoria da equipe de saúde em unidades hospitalares, é importante reconhecer como esse tipo de conduta pode afetar esta equipe e os demais profissionais e, também, o nível de envolvimento e de satisfação dos envolvidos (BLEGEN, 2015).

Diante do exposto, determinou-se a seguinte questão norteadora do estudo:

Qual a percepção da equipe de enfermagem sobre comportamentos destrutivos em emergência hospitalar, considerando suas condutas características e impactos para profissionais, equipes e pacientes?

De acordo com estudo realizado na Bélgica, a equipe de enfermagem que atua na área da emergência é exposta de forma mais direta a condições de trabalho mais instáveis, acarretando uma maior rotatividade no serviço (*Turnover*). Essa intenção de rotatividade pode ser consequência de uma grande demanda de serviço e da falta de homogeneidade da equipe de enfermagem, o que pode ser fator determinante de comportamentos destrutivos (MAES; GUCHT; ADRIAENSSES, 2013).

A emergência é, portanto, a unidade da instituição hospitalar em que se verifica maior prevalência de violência como um todo. A falta de investimentos nas intervenções de contenção e prevenção da violência nesta área acaba por apontar o descaso de alguns empregadores, que parecem não se incomodar em ter conhecimento da ocorrência de tais

situações vivenciadas pelos trabalhadores, que, por sua vez, acabam se habituando a tais condições de trabalho (LIMA; SOUSA, 2015).

Nessa perspectiva, faz-se necessário um gerenciamento eficaz e ativo das pessoas e dos processos de trabalho. O enfermeiro pode atuar como gerente na resolução dos problemas, sendo importante que haja com imparcialidade e que tenha conhecimento e discernimento para agir perante tais comportamentos. É importante, também, que não aconteça, nesse processo, julgamento de valor, para evitar dilemas éticos ao profissional alvo do comportamento destrutivo.

Entre os desafios para os gestores está a melhoria da integração da equipe e a monitorização de sua homogeneidade, pois o profissional que apresenta comportamento destrutivo pode ser protegido por outros profissionais ou por sua situação no trabalho, dificultando, assim, a evolução da equipe e do serviço na elucidação dos casos.

A escolha dessa temática foi motivada pela participação em um projeto de pesquisa cujo objetivo era validar um instrumento de avaliação de comportamentos destrutivos no trabalho em saúde para a língua portuguesa. Este instrumento mensura os tipos de comportamento antiprofissional, cargo/função da pessoa antiprofissional, fatores desencadeantes, respostas, motivos para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional, impactos e dano ao paciente.

Além disso, durante o internato, foi possível observar profissionais das unidades de emergência agindo de forma mais impetuosa e desrespeitosa com seus parceiros de trabalho, o que parecia repercutir diretamente na qualidade da assistência.

Sabendo que o profissional de enfermagem é protagonista no processo de cuidar, é de vital importância que seu comportamento seja avaliado, regularmente, e respeitoso perante outros profissionais e pacientes. Como em qualquer trabalho, o grau de contentamento interfere ativamente na qualidade do serviço prestado e na qualidade do bem estar físico e mental do prestador de serviço, por isso pesquisas sobre tal aspecto são relevantes. Indivíduos comprometidos permanecem na carreira por sentimentos afetivos que geram forte identificação com a profissão, sentindo-se motivados ao trabalho, com o sentimento de terem escolhido a profissão certa (LIMA, 2015).

Esta pesquisa envolve, ainda, questões relacionadas ao envolvimento e à cidadania no ambiente de trabalho, possibilitando conhecer como se dão esses comportamentos destrutivos, suas condutas características e como repercutem em danos à saúde dos profissionais e pacientes em unidades de emergência hospitalar.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar comportamentos destrutivos entre profissionais de saúde segundo a percepção de trabalhadores de enfermagem de emergência hospitalar, bem como seus impactos para pacientes e equipe.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever o perfil sócio demográfico e ocupacional dos participantes do estudo;
- b) Enumerar os tipos de comportamentos destrutivos observados e vivenciados pela equipe de enfermagem;
- c) Conhecer o impacto destes comportamentos para a equipe de enfermagem e os pacientes.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de pesquisa transversal, que consiste na realização de um censo a partir da amostra de uma população definida anteriormente; seguido da determinação de presença ou ausência de exposição da amostra à algum fator de risco em um determinado período de tempo (BASTOS; DUQUIA, 2007).

### **3.2 Local e Período**

A pesquisa foi realizada no maior hospital da rede pública estadual de saúde do Ceará, que atende à população do Estado, que tem como missão prestar assistência com excelência e foco na alta complexidade, contribuindo para o aperfeiçoamento de profissionais e pesquisa científica de forma sustentável.

Além do atendimento de emergência, nas áreas de cirurgia geral e vascular; clínica médica, obstetrícia e neurologia; o hospital conta com 525 leitos de internação e possui 63 especialidades. É também um dos maiores centros de treinamento do país, certificado por portaria interministerial como hospital de ensino, atuando na formação de profissionais de saúde.

Especificamente, os profissionais de enfermagem foram recrutados nas unidades de emergência geral e obstétrica. Estes foram abordados no referido hospital, nos intervalos para repouso ou troca de plantão. O instrumento foi auto aplicado.

### **3.3 População e Amostra**

A pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de emergência – geral e obstétrica.

Segundo dados da instituição, nas duas unidades de emergência, trabalha um total de 241 profissionais de enfermagem, sendo 93 enfermeiros e 148 técnicos/ auxiliares de enfermagem.

Como critério de inclusão, estabeleceu-se que: ter vínculo com a instituição há pelo menos um ano, pois acredita-se que este já tenha adquirido a rotina da instituição e tempo de vivenciar/presenciar situações de comportamento destrutivo. Como critérios de exclusão, estar de licença ou férias no período de coleta de dados.

Foram distribuídos questionários em ambas as emergências, mas muitos profissionais recusaram-se a participar do estudo, dando a justificativa do alto fluxo de

pacientes nas unidades, além de medo de retaliação e perda do emprego. Ao final da coleta de dados, foi alcançado um total de 46 profissionais de enfermagem, sendo 30 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem.

### **3.4 Instrumentos e procedimentos de Coleta de Dados**

Foram aplicados dois instrumentos de coleta dos dados: 1. Questionário *Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey* (JHDCBS) – Versão Brasileira (ANEXO A) e 2. Questionário sociodemográfico (APÊNDICE A).

O JHDCBS tem por finalidade medir o comportamento antiprofissional vivenciados por profissionais da saúde que trabalham na instituição de saúde.

A versão brasileira deste instrumento está no processo de validação clínica, sendo este projeto um recorte da pesquisa maior. Os dados aqui coletados foram utilizados, portanto, para a validação do instrumento junto ao público-alvo, sendo abordados neste trabalho somente as subescalas 1 e 5.

O instrumento JHDCBS é do tipo *survey*, consta de 47 itens, tendo sido validado, inicialmente, em um centro médico acadêmico dos Estados Unidos da América (EUA). Os itens da pesquisa incluem escalas Likert dicotômicas (4 e 5 pontos) e padrões de resposta de múltipla escolha.

Os entrevistados respondem aos itens com base em sua (s) experiência (s) pessoal (is) com comportamento destrutivo “durante o ano passado”. O questionário consta de cinco subescalas: 1. Comportamentos antiprofissionais; 2. Fatores desencadeantes do comportamento antiprofissional; 3. Respostas ao comportamento antiprofissional; 4. Motivos para não abordar os comportamentos antiprofissionais; 5. Dano ao paciente devido ao comportamento antiprofissional.

As cinco primeiras questões do instrumento tratam de dados demográficos (sexo, etnia, anos de atuação profissional e cargo/função na unidade). Em seguida, o participante é instruído a avaliar os comportamentos antiprofissionais que vivenciou, no último ano, por um membro da equipe de saúde (isto é: enfermeiros, gerentes, médicos, equipe de apoio, ou pessoal auxiliar). Exemplos desses comportamentos encontram-se descritos em parênteses. O profissional deve assinalar a frequência de ocorrência desses comportamentos de 1 a 5 (Nunca a Diariamente).

Nos itens 14 a 16, os participantes devem registrar qual o cargo/função da pessoa antiprofissional, frequência com que vivenciou pessoalmente estes comportamentos no último

ano, bem como há quanto tempo essas condutas vem ocorrendo (menos de 1 mês a 1 ano ou mais).

Na subescala seguinte, são levantados os possíveis Fatores desencadeantes do comportamento antiprofissional, com exemplos em parênteses. O profissional é solicitado para considerar a presença deste (s) fator (es) e marcar quão frequentemente (nunca a diariamente) eles resultaram em comportamento (s) antiprofissional (ais) na área de trabalho, no último ano.

Na subescala 3, são levantadas as respostas dos profissionais ao comportamento antiprofissional. Os itens têm como foco o nível de concordância com cada afirmativa (de discordo completamente a concordo completamente), abordando como os participantes reagem a tais comportamentos na prática diária.

Na Subescala 4, as afirmativas são motivos para não abordar o colega de trabalho com comportamento antiprofissional. Em seguida, as afirmativas se concentram no impacto que o comportamento anti-profissional tem no profissional, na área de trabalho e/ou nos pacientes. O profissional registra, assim, o seu nível de concordância com cada afirmativa.

Na Subescala 5, as informações se concentram no impacto do comportamento antiprofissional nos pacientes. Nos itens 45 e 46, questiona-se se os comportamentos antiprofissionais resultaram em incidentes que não atingiram o paciente (near miss) ou incidentes que causaram dano ao paciente (evento adverso). As respostas variam de Sim, não, não se aplica, e não tenho certeza.

Finalmente, no item 47, o participante é orientado a descrever o nível de dano que ocorreu: 1. Dano temporário ao paciente; 2. Dano permanente ao paciente; 3. Dano necessitando de intervenção necessária para sustentar a vida; 4. Morte e 5. Não se aplica.

### **3.5 Organização e análise de dados**

Os dados foram tabulados e processados em planilhas eletrônica do Excel® 2016.

Para analisar os escores do instrumento, foram calculadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) para cada item da escala, bem como para as variáveis numéricas do questionário sóciodemográfico (idade, tempo de formação, tempo de atuação, carga horária de trabalho), além das frequências relativa e absoluta das variáveis quantitativas e de alguns itens do instrumento (13, 16, 44 e 47).

### **3.6 Aspectos Éticos**

Este estudo faz parte de um projeto de maior abrangência intitulado: “Instrumento de avaliação de comportamentos destrutivos: adaptação transcultural e validação para o



contexto hospitalar brasileiro”, o qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (CAAE:54414916.0.0000.5040) (ANEXO B).

A pesquisa atende às normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2017).

Antes do início da coleta, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) junto aos participantes, contendo explicações sobre a pesquisa; a participação voluntária; a obediência aos princípios de beneficência e não maleficência; os riscos mínimos a que estavam expostos ao participar da pesquisa; além da garantia do anonimato.

A pesquisa envolveu riscos mínimos, já que não abrangia a realização de procedimentos invasivos; mas houve muitos casos de recusa devido a medo de retaliação por parte da gerência, mesmo tendo sido esclarecidos sobre o anonimato e confidencialidade dos fatos levantados.

## 4 RESULTADOS

Os resultados foram obtidos a partir da análise de 46 instrumentos coletados com profissionais de enfermagem, sendo 30 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem. Na Tabela 1 reúnem-se os dados equivalentes às variáveis sócias demográficas e profissionais da amostra.

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis sócio demográficas e profissionais (n=46). Fortaleza, CE, 2018.

Variável	n	%	Média	DP
<b>Sexo</b>				
Feminino	34	73,9		
Masculino	12	26,1		
<b>Etnia</b>				
Pardo	21	45,7		
Branco	10	21,7		
Amarelo	9	19,6		
Preto	3	6,5		
Indígena	2	4,3		
Outro	1	2,8		
<b>Idade</b>			32,2	9,0
20-29	22	47,8		
30-39	13	13		
40 ou mais	11	23,9		
<b>Categoria Profissional</b>				
Enfermeiro assistencial	29	63,0		
Técnico de enfermagem	17	36,9		
<b>Tempo de Formação (anos)</b>			7,6	7,7
Até 7	34	73,9		
8 a 14	4	8,6		
Mais de 14	8	17,3		
<b>Tempo de serviço (anos)</b>			6,9	7,4
Até 7	35	76,0		
8 a 14	4	8,6		
15 a 19	1	2,1		
Maior que 20	6	13,0		
<b>Carga horária semanal de trabalho</b>			42,3	11,8
Até 40 horas	24	52,1		
41 a 50 horas	17	36,9		
Mais de 50 horas	5	10,8		
<b>Área de atuação</b>				
Emergência geral	38	82,6		
Emergência obstétrica	8	17,3		
<b>Turno de trabalho</b>				
Manhã ou Tarde	19	41,3		
Integral diurno e noturno	15	32,6		
Integral diurno	12	26,0		
<b>Trabalha em outro serviço</b>				
Não	28	60,8		
Sim	18	39,1		
<b>Se sim, qual? (n=18)</b>				
Hospital Privado	11	23,9		
Outro Hospital Publico	4	8,6		
UPA	2	4,3		
Outra	1	2,1		

<b>Vínculo Empregatício</b>		
Cooperativa	40	86,9
Servidor Publico	6	13,0
<b>Pós-graduação</b>		
Sim	25	54,3
Não	21	45,6
<b>Tipo de pós Graduação(n=25)</b>		
Especialização	18	72
Mestrado	6	24
Doutorado	1	4

Na Tabela 1, pode-se identificar que a maior parte dos participante é do sexo feminino, de etnia parda e enfermeiro assistencial, com média de idade de 32 ( $\pm 9,0$ ) anos.

Quanto às peculiaridades laborais, pode-se observar que pouco mais da metade trabalhava até 40 horas semanais e que uma parte considerável atuava em regime integral ou em mais de um turno. Destes, a maioria tinha como vínculo a cooperativa e pouco mais da metade possuía alguma pós-graduação, principalmente especialização.

Na Tabela 2, reúnem-se as médias e desvios padrão das seguintes subescalas Comportamento Antiprofissional e Impacto do comportamento antiprofissional.

Tabela 2 – Distribuição das médias e desvios padrão atribuídos pelos participantes às subescalas 1 e 5 do *Disruptive Clinician Behavior Survey* – Versão Brasileira. Fortaleza, CE, 2018

<b>Subescala e Itens</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>1. Comportamento Antiprofissional</b>	<b>2,33</b>	<b>0,69</b>
Comportamento Passivo-Agressivo	2,86	0,90
Grosseria/ Desrespeito	2,82	0,90
Conflito	2,65	0,73
Desrespeito Profissional	2,45	0,58
Linguagem autoritária/Humilhação/Jogo de poder	2,15	0,55
Intimidação/Ameaça/ Assédio	2,10	0,67
Violência Física	1,34	0,52
<b>5. Impacto do Comportamento antiprofissional</b>	<b>2,65</b>	<b>0,93</b>
Dificulta relacionamento de trabalho com os membros da equipe.	3,10	0,70
Gera desgaste emocional em mim	3,02	0,71
Diminui minha satisfação no trabalho.	3,00	0,78
Me leva a ter sintomas físicos.	2,52	0,91
Diminui minha moral.	2,15	1,21
Causa dilemas éticos para mim.	2,13	1,29

Na análise da primeira subescala (avaliada em frequência), pode-se identificar que o comportamento antiprofissional não foi considerado frequente segundo a percepção dos participantes. No entanto, cabe destacar que as condutas de comportamento passivo agressivo, grosseria/desrespeito e conflito foram avaliadas com médias aproximadas de 3,0, ou seja, observadas com frequência mensal nas unidades investigadas. Estas são, portanto, as condutas mais percebidas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes.

Na subescala 5 (avaliada em concordância), pôde-se averiguar os impactos que o comportamento antiprofissional tem no profissional, no seu ambiente de trabalho e nos pacientes. Dentre eles os de maior impacto foram: dificuldade no relacionamento de trabalho com os membros da equipe, desgaste emocional e diminuição da satisfação pessoal no trabalho.

A Tabela 3 reúne os achados do questionário relacionados às seguintes variáveis: observação de outros profissionais sendo alvo do comportamento antiprofissional, cargo/função do perpetrador com impacto mais negativo nos participantes, frequência na qual vivenciou pessoalmente o comportamento antiprofissional e tempo em que o comportamento vem acontecendo.

Tabela 3 – Distribuição do número de participantes segundo as variáveis vivência e observação do comportamento antiprofissional, função do perpetrador e frequência no ambiente de trabalho. Fortaleza, CE, 2018. (n=46)

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Observação de outros profissionais sendo alvo de comportamento antiprofissional (n=46)</b>		
Sim	43	93,5
Não	3	6,5
<b>Cargo/Função do perpetrador com impacto mais negativo no respondente (n=46)</b>		
Enfermeiro coordenador e/ou supervisor	13	28,3
Médico	12	26,1
Enfermeiro assistencial	12	26,1
Técnico de Enfermagem	7	15,2
Outro	2	4,3
<b>Frequência na qual vivenciou pessoalmente comportamento antiprofissional (n=46)</b>		
Raramente	29	63,0
Mensalmente	14	30,4
Rotineiramente	3	6,6
<b>Tempo em que o comportamento antiprofissional vem acontecendo (n=46)</b>		
1 ano ou mais	25	54,3
Mais de 3 meses, menos de 1 ano	17	37,0
Menos de 1 mês	4	8,7

Considerando o exposto na Tabela 3, pode-se evidenciar que a maioria dos profissionais já havia presenciado algum colega de trabalho sendo alvo de comportamento antiprofissional, sendo os principais perpetradores enfermeiros coordenadores e/ou supervisores, médicos e enfermeiros assistenciais.

Também é possível averiguar que a frequência com a qual esses comportamentos foram vivenciados foi raramente e a maior parte dos casos tinha mais de um ano, o que aponta para um resultado negativo desta pesquisa.

Na Tabela 4 pode-se identificar o impacto do comportamento antiprofissional em incidentes para os pacientes.

Tabela 4 – Distribuição do número de participantes segundo a percepção de dano atribuído aos casos de comportamento antiprofissional vivenciados ou observados. Fortaleza, Ceará, 2018. (n=46)

<b>Variáveis relacionadas ao dano ao paciente devido a comportamento antiprofissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Near miss</i> (incidente que não atingiu o paciente) (n=46)</b>		
Sim	25	54,4
Não	19	41,3
Não tenho certeza	2	4,3
<b>Evento adverso (incidente com dano) (n=46)</b>		
Não	32	69,6
Sim	11	24,0
Não tenho certeza	2	4,3
Não se aplica (não sou envolvido diretamente em cuidados com o paciente)	1	2,1
<b>Grau do dano (n=11)</b>		
Dano temporário (ex.: tratamento, ou intervenção, ou hospitalização prolongada)	6	54,5
Dano necessitando de intervenção necessária para sustentar a vida (ex.: intubação, cirurgia de emergência)	3	27,3
Dano permanente ao paciente (ex.: procedimento errado, cirurgia em local errado)	1	9,1
Morte	1	9,1

Quanto ao dano causado temos duas variantes, o *Near miss* ( quando ocorre o comportamento e a consequência do mesmo não atingi o paciente) e a de quando há prejuízo ao paciente( eventos adversos) , o qual é mensurado na mesma tabela.

Apesar de uma pequena parcela de participantes ter associado eventos adversos aos casos de comportamento destrutivo (quase ¼ dos participantes), estes casos podem ter resultado em danos importantes, segundo os profissionais, incluindo danos temporários e que necessitam de intervenção para sustentar a vida do paciente.

## 5 DISCUSSÃO

O perfil dos participantes assemelha-se ao de outros estudos com profissionais de enfermagem atuantes em emergência, com predomínio de mulheres adultas jovens, em função assistencial, no regime integral de plantão, além de uma carga horária de trabalho média de 40 horas e especialistas na área de atuação, em sua maioria (WOLF et al., 2018; SOUZA; ALBASHTAWY; ALJEZAWI, 2016; BOCCARA; SALLES, 2015).

A maioria dos participantes da pesquisa possuía como vínculo com a instituição a cooperativa, o que caracteriza uma fragilidade das relações trabalhistas, recebendo salário compatível apenas com as horas trabalhadas. Tal característica pode ser um dos motivadores da grande rotatividade em serviços de emergência e, ao mesmo tempo, dos conflitos interpessoais existentes nessas unidades. Esta rotatividade (*Turnover*) é o efeito da saída de alguns e entrada de outros para substituí-los em seus cargos/funções (MARTINS, 2015).

De acordo com a Tabela 2, constata-se que os comportamentos antiprofissionais ou destrutivos no trabalho não foram percebidos como algo frequente segundo os membros da equipe de enfermagem das unidades de emergência investigadas (geral e obstétrica). Apesar disso, houve uma maior frequência de condutas características de incivilidade, como comportamento passivo-agressivo e grosseria/desrespeito, corroborando com outros estudos (WOLF et al., 2015; WALRATH et al., 2010).

Em pesquisa realizada na Jordânia com 227 enfermeiros de emergência, o número total de enfermeiros que relataram ter experimentado pelo menos uma incidência de violência nos seis meses anteriores ao estudo foi 172 (75%), sendo que 145 (63,9) referiram a violência verbal como a mais preponderante (ALBASHTAWY; ALJEZAWI, 2016), o que se aproxima dos achados deste estudo.

O comportamento de incivilidade é uma atitude antiprofissional, divergente e de baixa frequência, recorrente na equipe de enfermagem, manifestando-se na forma de agressividade passiva, como por exemplo: sarcasmo, degradação, sabotagem, entre outros. Tal prática pode trazer prejuízos para o relacionamento da equipe, além de gerar impactos diretos para o profissional e para o paciente; interferindo desta forma no processo de cuidar (OJA, 2017; KAPLAN; MESTEL; FELDMAN, 2010; WALRATH et al., 2010).

Em uma pesquisa, os autores relataram que os departamentos de emergência são considerados áreas de alto risco, e a violência contra enfermeiros é um problema sério e prevalente. Tal violência tem efeitos negativos sobre os enfermeiros e, portanto, sobre a qualidade dos cuidados prestados. O total de enfermeiros do departamento de emergência que

participaram do estudo foi de 227. Destes, 172 (75%) sofreram alguma forma de violência, sendo a violência verbal a mais relatada (63,9%), seguida de violência física (48%). Estar acostumado com a violência no local de trabalho é a razão mais declarada para não denunciar violência à administração do hospital ou as autoridades (ALBASHTAWY; ALJEZAWI, 2016).

Estudando o *bullying* no trabalho com 44 enfermeiros de departamentos de emergência nos EUA, pesquisadores encontraram este problema como um fator significativo na dinâmica da assistência ao paciente, na cultura de trabalho da enfermagem e na retenção de enfermeiros. Referiram que o impacto no atendimento ao paciente não pode ser superestimado, tanto em termos de erros e os efeitos negativos da alta rotatividade de enfermeiros experientes que saem, agravados pela inexperiência de enfermeiros recém-contratados. Os pesquisadores sugeriram que uma avaliação dos ambientes de trabalho hospitalar deve incluir as percepções dos enfermeiros sobre a violência no local de trabalho e as intervenções devem se concentrar em processos gerenciais eficazes para lidar com o problema (WOLF et al., 2018).

Mesmo que os comportamentos antiprofissionais tenham sido identificados em uma baixa frequência no presente estudo, os poucos casos geraram impactos negativos aos profissionais segundo suas avaliações. Destacam-se as repercussões para os profissionais envolvidos: dificuldade no relacionamento de trabalho com membros da equipe; desgaste emocional e diminuição da satisfação no trabalho (todos com media maior/ igual a 3). O impacto de tais comportamentos pode acarretar insatisfação laboral e pessoal (PFIFFERLING, 2008).

Ambientes, como as unidades de emergência, foram caracterizadas com alto nível de estresse, devido ao alto fluxo de pessoas e serviços, falta de leitos e alta complexidade da assistência ao paciente, sendo portanto considerado um ambiente sobrecarregado. Em tal setor, é imprescindível maior vigor por parte da equipe de saúde para oferecer um cuidado de qualidade. Essa sobrecarga de serviço pode acarretar o aumento da ansiedade e do estresse no ambiente de trabalho, podendo causar sofrimento psicológico e/ou físico para o profissional e paciente (ALBASH; TAWY; ALJEZAWI, 2016; ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2008).

Assim, o ambiente estressante da emergência pode ser causa de comportamentos antiprofissionais, os quais podem aumentar o estresse já inerente às atividades desse setor.

O item de Cargo/ Função do perpetrador antiprofissional que gerou o impacto mais negativo nos participantes foi o de enfermeiro coordenador e/ou supervisor, o que confirma a posição hierárquica como forte influenciador na ocorrência da atitude antiprofissional (LIMA; SOUSA, 2015).

O ambiente no qual o profissional com o comportamento destrutivo está inserido pode apresentar rendimento reduzido em comparação a outras unidades; inclusive na satisfação profissional dos membros da equipe. De acordo com um estudo realizado na *State University School of Medicine*, há uma ausência de pesquisas nessa temática, o que poderia nos levar a uma compreensão de tais comportamentos e, a partir disso, realizar um planejamento de intervenções que resultariam na melhoria do processo de gerenciamento dentro da equipe de enfermagem (HAMBLIN et al, 2016; LIMA; SOUSA, 2015).

Uma das causas geradoras de custos adicionais à instituição é a ocorrência de atitudes antiprofissionais no ambiente de trabalho, que podem gerar alguns tipos de danos aos pacientes. Como se pode observar, de acordo com a tabela 4, existem quatro tipos de dano: o temporário, o permanente, o que requer intervenção necessária para sustentar a vida e a morte.

Primeiro, o dano temporário é aquele cujo cenário apresenta o paciente que vai necessitar de tratamento, intervenção ou hospitalização prolongada. Por sua vez, o dano permanente ocorre quando há a execução errada do procedimento (por exemplo: cirurgia em local anatômico errado). O terceiro tipo é o dano requerendo intervenção necessária para sustentar a vida, como por exemplo; intubação ou cirurgia de emergência. Por fim, o último e pior dos danos que pode ser causado: a morte (ARRUDA et al., 2017).

O dano temporário foi percebido com maior frequência, neste estudo, dentre aqueles que relataram ter verificado um comportamento destrutivo que atingiu o paciente. Neste sentido, a identificação de riscos é fundamental para a prevenção de eventos adversos na unidade hospitalar em estudo, pois se faz importante para qualificar a prestação de serviço e impedir que o paciente desenvolva algum dano durante o período intra-hospitalar (ARRUDA et al., 2017). Tais riscos incluem não somente questões técnicas e organizacionais, mas os aspectos comportamentais e culturais da equipe que presta atendimento.

Atualmente, a assistência à saúde perpassa não apenas por aspectos técnico-científicos, mas, também, por um conjunto de dimensões que explicitam a cultura organizacional de cada serviço de saúde, dentre eles temos os comportamentos antiprofissionais que são desencadeadores de danos ao paciente (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018; FRANÇOLIN et al., 2015).

Mais de 20% da equipe de enfermagem das unidades de emergência têm presenciado comportamentos antiprofissionais que resultam em algum dano real aos pacientes. Dentro dessa perspectiva, estudo encontrou, em menor incidência, a morte de um paciente. Contudo, mesmo sendo uma quantidade menor de episódios, é relevante. Faz-se mister mencionar e analisar que todos os tipos de danos citados, durante essa pesquisa, poderiam ter



sido evitados, mediante uma maior observação e um controle de comportamentos destrutivos (GRENNY, 2009).

Nesse estudo, podemos identificar o quão importante é a ciência do profissional relativa aos comportamentos destrutivos e às consequências para si, para a equipe ou para o paciente. Logo, para isso, é preponderante que a instituição busque meios para capacitar os profissionais quanto a identificação dos comportamentos antiprofissionais e, dessa forma, os notifique.

Portanto, é notória a necessidade de mais estudos (gerais e específicos), dentro dos ambientes críticos hospitalares (exemplo: emergências), sobre o assunto em destaque. Assim, será revelado o cenário de forma mais realista, incentivando que o profissional notifique e intervenha quando identificado um comportamento antiprofissional.

## 6 CONCLUSÃO

Este estudo analisou a percepção de profissionais de enfermagem sobre comportamentos destrutivos em unidades de emergência hospitalar, tendo identificado uma ocorrência pouco frequente destas condutas antiprofissionais nos setores investigados.

No entanto, alguns dados chamaram a atenção, como condutas percebidas com mais frequência (comportamento passivo-agressivo, grosseria/desrespeito e conflito), geralmente praticadas por enfermeiros da coordenação/supervisão e médicos, os quais se encontram em níveis hierárquicos mais altos dentro da organização hospitalar.

Com relação ao impacto destes comportamentos destrutivos na equipe e nos pacientes, destacaram-se o desgaste emocional e a insatisfação para os trabalhadores; bem como casos de incidente que não atingiram o paciente (*near miss*) e incidentes com dano (eventos adversos) oriundos de situações envolvendo condutas antiprofissionais no serviço.

O conteúdo supramencionado tece um desafio para a instituição hospitalar em proporcionar o bem-estar e a segurança do profissional, com melhor gerenciamento dos casos de comportamentos destrutivos. E o desafio aumenta quando colocado a longo prazo, pois existem trabalhadores que acabam não relatando suas experiências e deixando os empregos.

As lideranças de enfermagem e do setor precisam investigar, medir e avaliar comportamentos destrutivos nos serviços de emergência, com intuito de tornar os profissionais mais conscientes do problema e fazê-los notificar as situações envolvendo colegas de trabalho antiprofissionais. Isso poderá favorecer a tomada de decisão, a educação permanente e a redução da ocorrência de danos aos pacientes devido a tais condutas.

Durante a coleta de dados para o estudo, foi possível perceber que uma quantidade significativa dos profissionais tinha temor de participar da pesquisa, por receio de retaliação dos outros profissionais ou da própria instituição. Logo, torna-se notório que referido assunto é um tabu entre os mesmos, tanto que muitos recusaram-se a responder a pesquisa ou desistiram de participar após realizar uma rápida leitura sobre do que se tratava o estudo.

Entretanto, algumas alternativas para a melhoria desta esfera em destaque podem ser efetivadas, como: levantamento financeiro, na instituição, dos custos adicionais consequentes de eventos adversos ocasionados por comportamentos destrutivos; capacitação de profissionais sobre comportamentos e suas consequências; ajuste de carga horária semanal dos profissionais; treinamento da gerência de enfermagem e do setor para identificação de comportamentos antiprofissionais e como evitá-los e, por fim, diminuir o evento de *turnover* (incentivando o profissional a manter-se no serviço) na unidade em tela.

## REFERÊNCIAS

- ABOU-ELWAFI, Hala Samir et al. Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt. **Journal of Interpersonal Violence**, [s.l.], v. 30, n. 5, p.857-872, 26 jun. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260514536278>.
- ALBASHTAWY, Mohammed; ALJEZAWI, Ma'en. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. **International Emergency Nursing**, [s.l.], v. 24, p.61-65, jan. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2015.06.005>.
- ARRUDA, Nara Lilia Oliveira et al. Patient perception of safety in health care provided by professionals in a hospital emergency unit. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 11, n. 11, p.1-10, 2017.
- BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.17, n.4, p 229-232, out. 2007.
- BRANDÃO, Maria Gírlane Sousa Albuquerque; BRITO, Odézio Damasceno; BARROS, Lívia Moreira. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 70, p.1-13, 5 mar. 2018. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.84>.
- COPELAND, Darcy; HENRY, Melissa. Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members. **Journal of Trauma Nursing**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.65-77, 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/jtn.0000000000000269>.
- CORRADI, Ezia Maria; ZGODA, Lilian Terezinha Rudek Wojtecki; PAUL, Marilene de Fátima Benâncio. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.1-10, 6 out. 2008. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i2.12480>.
- DELGADO, Elizabeth Rosario Perez. **Reconstruindo a cultura de segurança para o uso e administração de medicamentos num setor de observação de emergência clínica**: preparando a equipe para o Programa de Segurança do Paciente. 2014. 21 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- FRANÇOLIN, Lucilena et al. Patient safety management from the perspective of nurses. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], v. 49, n. 2, p.0277-0283, abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342015000020001>
- GRENNY, Joseph. Crucial Conversations. **The Health Care Manager**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.240-245, jul. 2009. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/hcm.0b013e3181b3efc3>.

JERICHO, B; MAYER, D; McDONALD, T. Disruptive Behaviors in Healthcare. **The Internet Journal of Anesthesiology**, v. 28, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://ispub.com/IJA/28/2/12689>>.

KAPLAN, Kathryn; MESTEL, Pamela; FELDMAN, David L.. Creating a Culture of Mutual Respect. **AORN Journal**, [s.l.], v. 91, n. 4, p.495-510, abr. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2009.09.031>.

LIMA, Gustavo Henrique Alves; SOUSA, Santana de Maria Alves de. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 5, p.817-823, out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508i>.

LIMA, Mauren Pimentel et al. Levels of career commitment and career entrenchment of nurses from public and private hospitals. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1033-1040, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0211.2646>.

MARTINS, Marisa da Silva. **Rotatividade entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de emergência adulto**. 2015. 193 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015

MENDONÇA, Juliana Moro Bueno; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Soares; SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi. Civilidade e incivilidade no ambiente de trabalho: uma Bibliometria Internacional. **Perspectivas Contemporâneas**, Brasília, v. 13, n. 2, p.68-88, ago. 20018.

NASCIMENTO, Simone Martins. **As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO/ Simone Martins Nascimento-2013

OJA, Kenneth John. Incivility and Professional Comportment in Critical Care Nurses. **AACN Advanced Critical Care**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.345-350, 2017. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/aacnacc2017106>

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review\*. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], v. 50, n. 4, p.695-704, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000500021>.

OLIVEIRA, Roberta Meneses; LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda; AGUIAR, Leticia Lima; SOUZA OLIVEIRA, Adriana Catarina de; GAZOS, Dionisia Mateus; SILVA, Lucilane Maria Sales da; BARROS, Ariane Alves; SAMPAIO, Renata Lopes. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.1, p. 104-113, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100014.

OLIVEIRA, Roberta Meneses. **Comportamento destrutivo no trabalho em saúde: análise de conceito** [recurso eletrônico]. Tese [Doutorado em Cuidados Clínicos em Saúde]. Universidade Estadual do Ceará. / Roberta Meneses Oliveira. – 2015.

PEDUZZI, M.; HAUSMANN, M. A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho. **Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem**; Enfermagem hoje: coragem de experimentar

muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29 [capturado 14 Set de 2012]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005

PIFFERLING, John-henry. Physicians' "Disruptive" Behavior: Consequences for Medical Quality and Safety. **American Journal of Medical Quality**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.165-167, maio 2008. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1062860608315338>.

ROSENSTEIN, Alan H.; O'DANIEL, Michelle. A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety. **The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety**, [s.l.], v. 34, n. 8, p.464-471, ago. 2008. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34058-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34058-6).

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos; SOARES, Juliana de Cássia Nunes; NOGUEIRA, Luciana Ferreira; ARAÚJO, Nayra Assunção; MESQUITA, Gerardo Vasconcelos; LEAL, Clara Francisca dos Santos. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 84-90, jan./fev., 2011.

SCHABLON, Anja et al. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany—A Survey. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Hamburg, v. 15, n. 1247, p.2-18, 15 jun. 2018.

SHI, Yu et al. Impact of workplace incivility against new nurses on job burn-out: a cross-sectional study in China. **Bmj Open**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.020461-020464, abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020461>.

SOUZA, Gláucio Jorge; PAULA, Maria Angela Boccara; SALLES, Paula Jacinto. O perfil sócio demográfico de trabalho da equipe de enfermagem que atua na sala emergência de uma unidade mista. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.1-17, 2015.

WALRATH, Jo M.; DANG, Deborah; NYBERG, Dorothy. An Organizational Assessment of Disruptive Clinician Behavior. **Journal of Nursing Care Quality**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.110-121, 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ncq.0b013e318270d2ba>.

WALRATH, Jo M. et al. Hospital RNs' Experiences With Disruptive Behavior. **Journal Of Nursing Care Quality**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.105-116, abr. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ncq.0b013e3181c7b58e>

WOLF, Lisa A. et al. Workplace bullying in emergency nursing: Development of a grounded theory using situational analysis. **International Emergency Nursing**, [s.l.], v. 39, p.33-39, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.002>.

WOLF, Lisa A. et al. "It's a Burden You Carry": Describing Moral Distress in Emergency Nursing. **Journal Of Emergency Nursing**, [s.l.], v. 42, n. 1, p.37-46, jan. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.008>.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Questionário Sócio-Demográfico Complementar

1. **IDADE:** \_\_\_\_\_
2. **TEMPO DE FORMAÇÃO (EM ANOS):** \_\_\_\_\_
3. **TEMPO DE SERVIÇO (EM ANOS):** \_\_\_\_\_
4. **CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO:** \_\_\_\_\_
5. **TURNO DE TRABALHO**
  1. ( ) MANHÃ, SOMENTE
  2. ( ) TARDE, SOMENTE
  3. ( ) MANHÃ E TARDE/INTEGRAL
  4. ( ) NOITE, SOMENTE
  5. ( ) MT E NOITE
  
6. **TRABALHA EM OUTRO SERVIÇO?**
  1. ( ) SIM
  2. ( ) NÃO
  
7. **SE SIM, QUAL?**
  1. ( ) OUTRO HOSPITAL PÚBLICO
  2. ( ) HOSPITAL PRIVADO
  3. ( ) UPA
  4. ( ) UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
  5. ( ) OUTRA: Especificar:  
\_\_\_\_\_
  
8. **TIPO DE VÍNCULO COM O SERVIÇO:**
  1. ( ) SERVIDOR PÚBLICO
  2. ( ) COOPERATIVA
  3. ( ) OUTRO. Especificar:  
\_\_\_\_\_
  
9. **PÓS-GRADUAÇÃO**
  1. ( ) SIM
  2. ( ) NÃO
  
10. **TIPO DE PÓS-GRADUAÇÃO**
  1. ESPECIALIZAÇÃO ( ) ÁREA:  
\_\_\_\_\_
  2. MESTRADO ( ) ÁREA:  
\_\_\_\_\_
  3. DOUTORADO ( ) ÁREA:  
\_\_\_\_\_



## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Profissionais de Saúde)

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: ***Instrumento de avaliação de comportamentos destrutivos: adaptação transcultural e validação para o contexto hospitalar brasileiro***, que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Roberta Meneses Oliveira e tem como objetivo: realizar a adaptação transcultural e validação do instrumento *Disruptive Clinician Behavior Survey for Hospital Settings* para o contexto hospitalar brasileiro.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Esta pesquisa envolve riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação em decorrência de possíveis lembranças de experiências anteriores com comportamentos destrutivos. Nesse caso, a pesquisadora estará preparada para intervir, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Outro possível risco é haver identificação dos participantes no momento da coleta de dados, entretanto, nos comprometemos em manter sigilo absoluto sobre suas respostas ao instrumento e sobre sua participação como um todo.

Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação: contribuição com a validação do questionário para a língua portuguesa, com o intuito de avaliar comportamentos destrutivos no trabalho em saúde; reflexão contínua sobre o comportamento do profissional de saúde no ambiente de trabalho e suas repercussões para a comunicação e a segurança do paciente; fortalecimento da pesquisa no campo da segurança em saúde e do gerenciamento do cuidado; ampliação dos conhecimentos sobre o comportamento humano nas organizações de saúde; apresentação das diversas propostas e sugestões a serem inseridas na realidade investigada.

Portanto, o Sr. (a) pode interromper o procedimento se assim desejar. A sua participação é de caráter **voluntário**, isto é, a qualquer momento o (a) Sr. (a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, entrando em contato com a responsável pela pesquisa pelo telefone (85) 999366765. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, no qual o Sr. (a) terá uma cópia. O (a) Sr. (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza - HGF (85) 3101-7078

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO DESTRUTIVO

*Jonhs Hopkins DisruptiveClinicianBehaviorSurvey – Versão Brasileira*

- ✓ O objetivo do questionário é medir comportamentos anti-profissionais vivenciados por profissionais de saúde que trabalham na sua instituição.
- ✓ Os resultados desta pesquisa serão utilizados para melhorar a assistência ao paciente e manter um ambiente de trabalho saudável.
- ✓ A pesquisa leva cerca de 15 minutos para ser concluída.
- ✓ Sua participação é voluntária. Se você optar por não participar, isso não afetará o seu emprego na instituição.
- ✓ Suas respostas são anônimas e não estão atreladas a qualquer informação de identificação pessoal.
- ✓ Suas respostas são confidenciais.
- ✓ Os riscos potenciais de participação são o tempo envolvido e o desconforto em responder a perguntas delicadas.
- ✓ O benefício da participação reside na possibilidade de contribuir para melhorar a segurança do paciente, o trabalho em equipe e o ambiente de trabalho.

#### INSTRUÇÕES

Responda a cada pergunta ou afirmativa de acordo com as instruções fornecidas.

Dados Demográficos

As perguntas a seguir são a respeito de suas informações pessoais/experiência.

#### 1. Qual o seu sexo?

1. Masculino
2. Feminino

#### 2. Qual é a sua etnia?

1. Branco (a)
2. Pardo (a)
3. Preto (a)
4. Amarelo (a)
5. Indígena
6. Outra: \_\_\_\_\_

#### 3. Há quantos anos você está empregado na sua área profissional? \_\_\_\_\_

#### 4. Atualmente qual é a sua área de atuação prática?

1. Muitas áreas diferentes do hospital/nenhuma unidade específica
2. Clínica (não cirúrgica)
3. Cirurgia
4. Obstetrícia
5. Pediatria
6. Unidade de Emergência
7. Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)
8. Ambulatório/paciente externo
9. Farmácia
10. Laboratório
11. Radiologia
12. Anestesia
13. Administração
14. Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

#### 5. Qual é o seu cargo/função?

1. Médico do corpo clínico
2. Médico residente/ médico em treinamento
3. Enfermeiro assistencial
4. Enfermeiro coordenador e/ou supervisor



5. Técnico de enfermagem
6. Auxiliar de enfermagem
7. Farmacêutico
8. Nutricionista
9. Assistente social
10. Odontólogo
11. Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo
12. Técnico (ex: ECG, Radiologia, Laboratório)
13. Administração/ Direção
14. Assistente de unidade/ auxiliar de escritório/ secretário
15. Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

## COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL

Considere comportamentos anti-profissionais que você tenha vivenciado, no último ano, por um membro da equipe de saúde (isto é: enfermeiros, gerentes, médicos, equipe de apoio, ou pessoal auxiliar). Exemplos desses comportamentos estão descritos em parênteses. Assinale a frequência de ocorrência desses comportamentos:

### 6. Conflito

(exemplos: interações conflitantes e/ou disputas não resolvidas entre/com membros da equipe).

1. Nunca            2. Raramente            3. Mensalmente            4. Semanalmente            5. Diariamente

### 7. Linguagem Autoritária/ Humilhação/ Jogo de Poder

(exemplos: ser humilhado publicamente, degradado/esculachado, insultado; ridicularizado, envergonhado, rebaixado, repreendido; criticado na frente de colegas/pacientes; dominado ou controlado por meio do cargo ou posição; pôr alguém em perigo por não compartilhar informações).

1. Nunca            2. Raramente            3. Mensalmente            4. Semanalmente            5. Diariamente

### 8. Intimidação/Ameaça/Assédio

(exemplos: impor medo por meio de linguagem corporal; ameaçar; prejudicar sua segurança pessoal, sua propriedade ou sua segurança no emprego; ser relatado ao seu gerente/supervisor; *bullying* (assédio moral); monitoramento excessivo do seu trabalho; ter alguém observando/“de olho” em você no trabalho; “faça isso ou se não...”; pregando trotes).

1. Nunca            2. Raramente            3. Mensalmente            4. Semanalmente            5. Diariamente

### 9. Comportamento Passivo-Agressivo

(exemplos: colegas de trabalho que, intencionalmente, não fazem o relatório do paciente quando solicitado; transferências de paciente incompletas; atitudes negativas expressas não verbalmente; ter uma atitude negativa ou “do contra” sobre algo; propositalmente, fazer com que você falhe ou que tenha dificuldade; evitar comunicação ou não se comunicar; evitar o trabalho; trabalhar devagar; procrastinar; não responder aos chamados ou a outras solicitações intencionalmente).

1. Nunca            2. Raramente            3. Mensalmente            4. Semanalmente            5. Diariamente

### 10. Violência Física

(exemplos: agarrar; empurrar; puxar; bater ou fechar com força excessiva; brigar; jogar objetos).

1. Nunca            2. Raramente            3. Mensalmente            4. Semanalmente            5. Diariamente

### 11. Desrespeito Profissional

(exemplos: ser dispensado, não ser ouvido, ou ser ignorado quando estava em defesa de um paciente ou expressando uma opinião profissional; intencionalmente negligenciar políticas, procedimentos e protocolos do hospital; levar crédito pelo trabalho de outros).

1. Nunca            2. Raramente            3. Mensalmente            4. Semanalmente            5. Diariamente

### 12. Grosseria/ Desrespeito

(exemplos: falta de cortesia; sarcasmo; tom rude; gritar; levantar a voz; não dar atenção, ignorar, virar as costas; desligar o telefone durante a conversa; se envolver em fofocas maliciosas; exclusão por panelinhas).

1. Nunca            2. Raramente            3. Mensalmente            4. Semanalmente            5. Diariamente

**13. Além de sua experiência pessoal, você já observou outros colegas de trabalho serem alvo de comportamento anti-profissional?**

1. Sim      2. Não

### **CARGO/FUNÇÃO DA PESSOA ANTI-PROFISSIONAL**

**14. No último ano, o cargo/função exercido pela pessoa cujo comportamento anti-profissional teve o impacto mais negativo sobre mim foi de um (a):**

1. Médico do corpo clínico
2. Médico residente/ médico em treinamento
3. Enfermeiro assistencial
4. Enfermeiro coordenador e/ou supervisor
5. Técnico de enfermagem
6. Auxiliar de enfermagem
7. Farmacêutico
8. Nutricionista
9. Assistente social
10. Odontólogo
11. Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo
12. Técnico (ex: ECG, Radiologia, Laboratório)
13. Administração/Direção
14. Assistente de unidade/ auxiliar de escritório/ secretário
15. Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**15. No último ano, aproximadamente, com que frequência você vivenciou pessoalmente comportamento anti-profissional pela pessoa identificada na questão 14?**

1. 1 vez apenas      2. Raramente      3. Mensalmente      4. Semanalmente      5. Diariamente

**16. Há aproximadamente quanto tempo esse comportamento anti-profissional pela pessoa identificada na pergunta 14 vem acontecendo?**

1. Menos de 1 mês
2. 1 a 3 meses
3. Mais de 3 meses, mas menos de 1 ano
4. Um ano ou mais

### **FATORES DESENCADEANTES DO COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL**

Os itens que se seguem (exemplos em parênteses) identificam potencial (is) fator (es) desencadeante (s) de comportamento (s) anti-profissional (ais). No último ano, considere a presença deste (s) fator (es) e marque quão frequentemente eles resultaram em comportamento (s) anti-profissional (ais) na sua área de trabalho.

**17. Problemas sistêmicos crônicos, não resolvidos**

(exemplos: falta de equipamento, materiais, itens de dieta; transporte de paciente não disponível; falta de agendamentos para realizar procedimentos; medicações não entregues; informações sobre leitos não atualizadas; falta de confiança nos sistemas de suporte).

1. Nunca      2. Raramente      3. Mensalmente      4. Semanalmente      5. Diariamente

**18. Falta de Competência**

(exemplos: falta real ou percebida de perícia, conhecimento ou habilidade; relutante em admitir que não sabe; relutante em pedir ajuda; novato na função, na instituição ou na profissão).

1. Nunca      2. Raramente      3. Mensalmente      4. Semanalmente      5. Diariamente

**19. Diversidade da equipe**

(exemplos: falta de sensibilidade às normas culturais, valores, diferenças como sexo, preferências sexuais, condição socioeconômica, religião, raça, etnia e língua; diferenças entre gerações).

1. Nunca      2. Raramente      3. Mensalmente      4. Semanalmente      5. Diariamente

**20. Falta de trabalho em equipe**

(exemplos: não ajudar os outros; não cooperar; não responsabilizar os responsáveis; equipes sem elo devido a rotatividade das escalas; não buscar opinião/conselhos de outros).

1. Nunca      2. Raramente      3. Mensalmente      4. Semanalmente      5. Diariamente

**21. Características pessoais ou questões que impedem o desempenho no trabalho**

(exemplos: arrogância; comportamento passivo-agressivo; desconfiado, "pavio curto", "pilhado"; agressivo; perfeccionista; inapto para executar as responsabilidades do trabalho; "descontar" a raiva nos outros; problemas pessoais).

1. Nunca                      2. Raramente                      3. Mensalmente                      4. Semanalmente                      5. Diariamente

**22. Pressão por conta do número, volume e fluxo de pacientes**

(exemplos: falta de leitos; pressões financeiras; complexidade da assistência ao paciente; manutenção de pacientes no pronto-socorro na espera de leitos para admissão; demora nas admissões, transferências e altas de pacientes).

1. Nunca                      2. Raramente                      3. Mensalmente                      4. Semanalmente                      5. Diariamente

**23. Ambiente sobrecarregado**

(exemplos: devido a ruído; interrupções; espaço de trabalho confinado na unidade; falta de lugar silencioso na unidade; ambiente de trabalho caótico).

1. Nunca                      2. Raramente                      3. Mensalmente                      4. Semanalmente                      5. Diariamente

**RESPOSTA AO COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL**

Os itens seguintes têm como foco as respostas ao (s) comportamento (s) anti-profissional (ais). Marque o seu nível de concordância com cada afirmativa.

**24. Eu abordo a pessoa com comportamento anti-profissional com confiança.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**25. Eu relato o comportamento anti-profissional por meio do sistema de comunicação/notificação do Hospital.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**26. Eu tolero o comportamento anti-profissional de uma pessoa para "evitar desavenças".**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**27. Eu não relato quando vejo um comportamento que pode afetar negativamente pacientes ou funcionários.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**28. Eu tento esclarecer a razão de um comportamento anti-profissional.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**29. Eu busco apoio do meu gerente / supervisor para abordar a pessoa não profissional.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**30. Eu faço o trabalho de outras pessoas para evitar ter que lidar com o comportamento anti-profissional delas.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**31. Eu não relato a piora das condições do paciente para o profissional com comportamento anti-profissional.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**MOTIVO PARA NÃO ABORDAR A PESSOA COM COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL**

As seguintes afirmativas são motivos para não abordar o colega de trabalho com comportamento anti-profissional. Marque o seu nível de concordância com cada afirmativa.

**32. Eu não fico confortável em abordar a pessoa com comportamento anti-profissional.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**33. Eu não tenho tempo para abordar a pessoa com comportamento anti-profissional.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**34. Eu evito abordar uma pessoa anti-profissional devido ao medo.**

1. Discordo completamente                      2. Discordo parcialmente                      3. Concordo parcialmente                      4. Concordo completamente

**35. Eu não abordo a pessoa com comportamento anti-profissional porque ele é comum, como uma "norma aceita".**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**36. Eu sinto que nada se resolve quando eu abordo a pessoa envolvida em um comportamento anti-profissional.**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**37. Eu acho difícil abordar a pessoa com comportamento anti-profissional devido ao seu status na instituição.**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**IMPACTO DO COMPORTAMENTO ANTI PROFISSIONAL**

As seguintes afirmativas se concentram no impacto que o comportamento anti-profissional tem em você, na sua área de trabalho e/ou nos seus pacientes. Marque o seu nível de concordância com cada afirmativa.

**38. O comportamento anti-profissional diminui minha moral.**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**39. O comportamento anti-profissional diminui minha satisfação no trabalho.**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**40. O comportamento anti-profissional gera desgaste emocional em mim.**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**41. O comportamento anti-profissional causa dilemas éticos para mim.**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**42. O comportamento anti-profissional me leva a ter sintomas físicos.**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**43. O comportamento anti-profissional dificulta meu relacionamento de trabalho com os membros da equipe.**

1. Discordo completamente      2. Discordo parcialmente      3. Concordo parcialmente      4. Concordo completamente

**44. Marque uma opção que sinaliza sua postura frente a comportamentos anti-profissionais no último ano:**

1. Tenho considerado pedir transferência para outra unidade, departamento ou programa de residência dentro da minha instituição, por causa de comportamentos anti-profissionais.
2. Tenho considerado procurar um trabalho ou programa de residência em outra instituição por causa de comportamentos anti-profissionais.
3. Planejo pedir demissão da minha instituição devido ao comportamento anti-profissional.
4. Não se aplica

**DANO AO PACIENTE DEVIDO AO COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL**

As seguintes informações se concentram no impacto do comportamento anti-profissional nos pacientes.

**45. No último ano, o (s) evento (s) de comportamento anti-profissional que presenciei resultou (aram) em um incidente que não atingiu o paciente.**

1. Sim
2. Não
3. Não se aplica (não sou envolvido diretamente em cuidados com pacientes)
4. Não tenho certeza

**46. No último ano, evento (s) de comportamento anti-profissional que presenciei resultou (aram) em danos para o (s) paciente (s).**

1. Sim
2. Não
3. Não se aplica (não sou envolvido diretamente em cuidados com pacientes)
4. Não tenho certeza

**47. Se você marcou SIM para a Pergunta 46, qual das respostas a seguir melhor descreve o nível de dano que ocorreu:**

Marque uma opção:

1. Dano temporário ao paciente (exemplo: necessitar de tratamento, ou intervenção, ou hospitalização prolongada)
2. Dano permanente ao paciente (exemplo: procedimento errado, cirurgia em local errado)
3. Dano necessitando de intervenção necessária para sustentar a vida (exemplo: intubação, cirurgia de emergência)
4. Morte
5. Não se aplica (não sou envolvido diretamente em cuidados com pacientes).

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS:  
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PARA O CONTEXTO HOSPITALAR  
BRASILEIRO

**Pesquisador:** Roberta Meneses Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54414916.0.0000.5040

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA EDUCACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.500.026

#### Apresentação do Projeto:

Comportamento destrutivo é um conceito recentemente introduzido na literatura de saúde. Dentre as definições existentes, predominam aquelas que abordam este comportamento como conduta, seja verbal ou física, que afetam ou que, potencialmente, podem afetar negativamente o atendimento. Trata-se de pesquisa de caráter metodológico, que consiste na investigação de métodos de elaboração, organização e obtenção de dados a partir da construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa, visando a elaboração de um instrumento confiável que possa ser posteriormente utilizado por outros pesquisadores. A proposta do estudo é a tradução para o português, adaptação transcultural para a realidade brasileira e validação do questionário Disruptive Clinician Behavior Survey for Hospital Settings. O instrumento do tipo survey consta de 47 itens, que foi validado em um centro médico acadêmico dos EUA. Itens da pesquisa incluem escalas Likert dicotômicas (4 e 5 pontos) e padrões de resposta de múltipla escolha. Os entrevistados respondem aos itens com base em sua (s) experiência (s) pessoal (is) com comportamento destrutivo "durante o ano passado". Em um item opcional (questão aberta), os participantes são convidados a compartilharem uma experiência pessoal com comportamento destrutivo que teve impacto

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900  
Bairro: Papicú CEP: 60.155-290  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3183 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.500.026

significativo sobre eles. O instrumento consta de três subescalas: 1. Disruptive Behaviors and Triggers; 2. Positive responses, negative responses and reasons for not addressing disruptive behaviors; 3. Impacts ao paciente. Tal conduta é adotada por trabalhadores de saúde no ambiente de trabalho, podendo se manifestar por meio de explosões de raiva, comentários ou opiniões degradantes acerca dos colegas, retaliação contra um membro da equipe, desrespeito com pacientes e a organização, além de comentários que enfraquecem a autoconfiança do profissional na assistência ao paciente.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Realizar a adaptação transcultural e validação do instrumento Disruptive Clinician Behavior Survey for Hospital Settings para o contexto hospitalar brasileiro.

**Objetivo Secundário:**

- Validar o conteúdo do questionário traduzido por meio de um teste piloto com trabalhadores de saúde de um hospital público;
- Avaliar a confiabilidade do instrumento a partir da aplicação do teste alfa de Cronbach;
- Correlacionar as variáveis sócio-demográficas e ocupacionais com os escores atribuídos aos itens/subescalas do instrumento;- Realizar a validação do constructo por meio de análise fatorial exploratória e confirmatória.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Aos trabalhadores de saúde que responderão ao questionário traduzido, poderá ocorrer insatisfação em decorrência de possíveis lembranças de experiências anteriores com comportamentos destrutivos. Nesse caso, a pesquisadora estará preparada para intervir, deixando o participante à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Outro possível risco é haver identificação dos participantes no momento da coleta de dados, entretanto, a pesquisadora se compromete em manter sigilo absoluto sobre as respostas do participante ao instrumento e a participação como um todo. Quanto aos especialistas, consideramos que a participação envolve riscos como possível desconforto relacionado ao tempo destinado para avaliar o instrumento, bem como insatisfação relacionada ao conteúdo ou extensão do instrumento.

**Benefícios:**

Contribuição com a validação do questionário para a língua portuguesa, com o intuito de avaliar

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900  
 Bairro: Papicú CEP: 60.155-290  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3183 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.500.026

comportamentos destrutivos no trabalho em saúde; reflexão contínua sobre o comportamento do profissional de saúde no ambiente de trabalho e suas repercussões para a comunicação e a segurança do paciente; fortalecimento da pesquisa no campo da segurança em saúde e do gerenciamento do cuidado; ampliação dos conhecimentos sobre o

comportamento humano nas organizações de saúde; apresentação das diversas propostas e sugestões a serem inseridas na realidade investigada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e factível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Anexou os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Enviar ao CEP o relatório final da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_671403.pdf	21/03/2016 21:12:14		Aceito
Folha de Rosto	novafolhaderosto.pdf	21/03/2016 21:11:48	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	14/03/2016 11:40:58	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	anuenciadrartur.pdf	14/03/2016 11:36:10	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cartasetcle.pdf	04/03/2016 17:57:54	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	licenseagreement.pdf	04/03/2016 17:43:53	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	anuenciaterapiaocupacional.pdf	04/03/2016 17:41:43	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	anuciadfarmacia.pdf	04/03/2016	Roberta Meneses	Aceito

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3183

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br



HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.500.026

Outros	anuenciafarmacia.pdf	17:41:17	Oliveira	Aceito
Outros	anucienciaservicosocial.pdf	04/03/2016 17:40:41	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	anucienciapsicologia.pdf	04/03/2016 17:39:23	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	anuciencianutricao.pdf	04/03/2016 17:32:35	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	anucienciafisioterapia.pdf	04/03/2016 17:32:14	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	anuciencia medica.pdf	04/03/2016 17:31:47	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	anucienciaenfermagem.pdf	04/03/2016 17:30:46	Roberta Meneses Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 14 de Abril de 2016

Assinado por:

**Ilvana Lima Verde Gomes**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, n° 900  
Bairro: Papicú CEP: 60.155-290  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br