



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

AMANDA GUILHERMINO ARAGÃO

**RELAÇÃO ENTRE AS HABILIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E A
RESPOSTA A COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE HOSPITAL PÚBLICO**

FORTALEZA

2023

AMANDA GUILHERMINO ARAGÃO

RELAÇÃO ENTRE AS HABILIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E A
RESPOSTA A COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE HOSPITAL PÚBLICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora Prof. Dra. Roberta Meneses Oliveira.

FORTALEZA

2023

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

A671r Aragão, Amanda Guilhermino.
Relação entre as habilidades de Inteligência Emocional e a resposta a Comportamentos Destrutivos por profissionais de saúde de um Hospital Público / Amanda Guilhermino Aragão. – 2023.
60 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Roberta Meneses de Oliveira.

1. Inteligência emocional. 2. Atitude do pessoal de saúde. 3. Incivilidade. 4. Condições de Trabalho. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

AMANDA GUILHERMINO ARAGÃO

RELAÇÃO ENTRE AS HABILIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E A
RESPOSTA A COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE HOSPITAL PÚBLICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^a Dra. Roberta Meneses Oliveira.

Aprovada em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

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

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

Prof. Ms. Érika da Silva Bandeira
Centro Universitário Christus (Unichristus)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos. É o maior mestre que alguém pode conhecer, que me deu forças e me ajudou na superação de todos os percalços durante a caminhada na graduação, assim como na realização deste trabalho.

À minha mãe Tereza por todo apoio, por ser exemplo de força, resiliência e liderança, tenho muita gratidão por me mostrar que as dificuldades só existem para que possamos superá-las.

À minha avó Maria do Céu, à Tia Neide e à Tia Adriana, por sempre estarem ao meu lado nesse trajeto, por acreditarem que eu seria capaz e por todo apoio e carinho que me deram durante minha vida.

Aos meus amigos: Sthefani, Maria Aparecida, Fabiano, Hillary e Jully Anne, por dividirem os momentos de angústia comigo a caminho do restaurante universitário, por todos os choros, risos, abraços, cantorias, viagens e desespero antes das provas, estágios e antes das apresentações de trabalho. Sem vocês, definitivamente, a graduação não teria nenhuma graça.

Sou extremamente grata ao meu namorado Leonardo Carneiro que nunca me recusou amor, apoio e incentivo. Obrigada por me acalantar nos inúmeros momentos de ansiedade choro e estresse. Sem você ao meu lado me ajudando o trabalho não seria concluído. Obrigada por entender os momentos de minha ausência dedicados à realização deste trabalho.

À Professora Roberta Meneses por acreditar no meu potencial, mesmo quando eu não acreditava. Você foi essencial nessa caminhada. Por todas as orientações regadas a respeito, paciência, compaixão e, sobretudo, pela excelência ao ensinar. Obrigada pela oportunidade.

Todo meu carinho ao Núcleo de Pesquisa, Ensino e Extensão em Gestão e Cuidado em saúde, pelo acolhimento, colaboração e o aprendizado em campo.

À Nathalia Vieira, Miriam Serafim, Victória Lohreine e Isaque Lima, gratidão pela imensa ajuda na coleta de dados e fichamentos de artigos, definitivamente, vocês foram fundamentais na construção desse trabalho.

À professora Jênifa Santiago, por todo o suporte na análise estatística dos dados e pelas contribuições para aprimoramento da pesquisa.

À professora Érika Bandeira, por aceitar participar da banca examinadora e contribuir com as sugestões de melhoria para o trabalho realizado.

RESUMO

Entende-se por comportamento destrutivo ou antiprofissional um conjunto de condutas desrespeitosas, intimidantes e hostis adotadas por trabalhadores de saúde no ambiente de sua prática, repercutindo em aumento dos níveis de estresse, frustração, perda de foco, pobreza na comunicação e danos diretos à segurança do paciente. Tais condutas são comumente observadas em serviços de saúde e merecem ser investigadas sob o prisma das habilidades intrapessoais, incluindo a Inteligência Emocional. Objetivou-se verificar a relação entre as habilidades de inteligência emocional e a resposta a comportamentos destrutivos por profissionais de saúde de um hospital público. Trata-se de estudo transversal realizado em hospital de ensino, referência em cardiologia e pneumologia no Ceará, entre fevereiro e maio de 2023, com profissionais da equipe multiprofissional das unidades de internação adulta e pediátrica, terapia intensiva e emergência. Aplicou-se instrumento sociodemográfico/ ocupacional, o teste de autorrelato de inteligência emocional *Self Report Emotional Intelligence Test* (SSEIT) – Versão brasileira e o questionário *Disruptive Clinician Behavior Survey* (JH-DCBS) – Versão Brasileira. Os dados foram analisados no programa SPSS 23.0., submetidos à estatística descritiva e inferencial. Na análise bivariada, utilizaram-se os testes não paramétricos U de Mann Whitney e Kruskal Wallis. Para a análise de correlação entre os domínios do SSEIT e as subescalas do JHDCBS, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (parecer nº 5.466.795, CAAE: 59296022.2.0000.5039). Participaram do estudo 101 profissionais de saúde, sendo 71,3% da equipe de enfermagem, a maioria feminina, com média de idade de 39 anos ($\sigma = 10,87$), atuantes em diferentes áreas do hospital, com maior representatividade dos setores de internação clínica ou cirúrgica, carga horária de 40 horas semanais e 12 horas diárias, vínculo de trabalho cooperado e experientes na área de atuação. O escore total do SSEIT (131,54) indicou alto nível de inteligência emocional, com maiores médias nos domínios “Percepção das Emoções” (38,19) e “Manejo das Próprias Emoções” (38,19). Com relação ao JH-DCBS, os tipos de comportamento mais frequentemente observados pelos participantes foram conflitos, comportamento passivo-agressivo e linguagem autoritária/humilhação/jogo de poder; os perpetradores são profissionais de diferentes categorias, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Sobre as respostas ao comportamento antiprofissional, obtiveram-se respostas positivas, como buscar apoio do gerente/supervisor para abordar a pessoa antiprofissional, tentar esclarecer a razão de um comportamento antiprofissional e relatar o comportamento antiprofissional por meio do sistema de comunicação/notificação do hospital. Nas análises de comparação das distribuições dos níveis de inteligência emocional e dos itens relativos ao domínio das respostas ao comportamento

antiprofissional, não foram encontradas diferenças com significância estatística. No entanto, observou-se que o aumento do nível de inteligência emocional influencia positivamente a resposta ao comportamento antiprofissional. Sugere-se novos estudos que favoreçam a elucidação do impacto da inteligência emocional no enfrentamento de comportamentos antiprofissionais, bem como intervenções educativas para desenvolvimento de habilidades emocionais entre trabalhadores de saúde.

Palavras-chave: Inteligência emocional. Atitude do pessoal de saúde. Incivilidade. Condições de Trabalho. Enfermagem.

ABSTRACT

Disruptive or unprofessional behavior is understood as a set of disrespectful, intimidating and hostile behaviors adopted by health workers in their practice environment, resulting in increased levels of stress, frustration, loss of focus, poor communication and direct damage to safety of the patient. Such behaviors are commonly observed in health services and deserve to be investigated from the perspective of intrapersonal skills, including Emotional Intelligence. The objective was to verify the relationship between emotional intelligence skills and the response to destructive behavior by health professionals in a public hospital. This is a cross-sectional study carried out in a teaching hospital, a reference in cardiology and pneumology in Ceará, between February and May 2023, with professionals from the multidisciplinary team of the adult and pediatric hospitalization units, intensive care and emergency. A sociodemographic/occupational instrument, the Self Report Emotional Intelligence Test (SSEIT) – Brazilian version and the Disruptive Clinician Behavior Survey (JH-DCBS) – Brazilian version were applied. Data were analyzed using the SPSS 23.0 program, submitted to descriptive and inferential statistics. In the bivariate analysis, the nonparametric Mann Whitney and Kruskal Wallis U tests were used. For the correlation analysis between the SSEIT domains and the JHDCBS subscales, Spearman's correlation coefficient was used. The project was approved by the Research Ethics Committee of the institution (Opinion nº 5.466.795, CAAE: 59296022.2.0000.5039). A total of 101 health professionals participated in the study, 71.3% of the nursing team, the majority female, with a mean age of 39 years ($\sigma = 10.87$), working in different areas of the hospital, with greater representation of the health sectors. clinical or surgical hospitalization, workload of 40 hours a week and 12 hours a day, cooperative work and experience in the area. The total SSEIT score (131.54) indicated a high level of emotional intelligence, with higher averages in the domains “Perception of Emotions” (38.19) and “Management of Own Emotions” (38.19). Regarding the JH-DCBS, the types of behavior most frequently observed by the participants were conflicts, passive-aggressive behavior and authoritarian language/humiliation/power play; the perpetrators are professionals from different categories, nurses and nursing technicians. Regarding the responses to unprofessional behavior, positive responses were obtained, such as seeking support from the manager/supervisor to approach the unprofessional person, trying to clarify the reason for an unprofessional behavior and reporting the unprofessional behavior through the hospital's communication/notification system. In the comparison analyzes of the distributions of emotional intelligence levels and of items related to the domain of responses to unprofessional behavior, no statistically significant

differences were found. However, it was observed that the increase in the level of emotional intelligence positively influences the response to unprofessional behavior. New studies are suggested that favor the elucidation of the impact of emotional intelligence in coping with unprofessional behaviors, as well as educational interventions for the development of emotional skills among health workers.

Keywords: Emotional intelligence. Attitude of health personnel. Incivility. Working Conditions. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Apresentação dos domínios, itens e opções de resposta da escala Likert do <i>Schutte Self Report Emotional Intelligence Test (SSEIT)</i> – Versão Brasileira.....	15
Ilustração 2 – Distribuição no número de participantes segundo os níveis de inteligência emocional. Fortaleza, CE, 2023 (n=101)	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis sociodemográficas e profissionais (n=101). Fortaleza, CE, 2023.....	18
Tabela 2 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis relacionadas a percepção da qualidade, adequação de recursos, satisfação profissional e intenção de deixar o emprego. Fortaleza, CE, 2023 (n=101)	20
Tabela 3 – Distribuição de médias e desvios padrão dos itens e domínios do instrumento SSEIT de autorrelato da inteligência emocional, Brasil, 2023 (n = 101)	21
Tabela 4 – Distribuição das médias e desvios padrão atribuídos às subescalas e itens do <i>Disruptive Clinician Behavior Survey – Versão Brasileira</i> . Fortaleza, CE, 2023.....	23
Tabela 5 – 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, 2023.....	24
Tabela 6 – Associação do nível de Inteligência Emocional a respostas a comportamentos destrutivos. Fortaleza, CE, 2023.....	25
Tabela 7 – Correlação entre domínios da Inteligência Emocional (SSEIT) e Subescalas do JH-DCBS (Comportamento Antiprofissional). Fortaleza, CE, 2023 (n=101)	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
2.1	Geral	12
2.2	Específicos	12
3	MÉTODOS	13
3.1	Tipo de estudo	13
3.2	Local do estudo	13
3.3	População e amostra	13
3.4	Instrumento e procedimento de coleta de dados	14
3.5	Organização e análise de dados	16
3.6	Aspectos éticos	17
4	RESULTADOS	18
5	DISCUSSÃO	28
6	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL	42
	ANEXO A - TESTE DE AUTORRELATO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE SCHUTTE - VERSÃO BRASILEIRA	44
	ANEXO B – JOHNS HOPKINS DISRUPTIVE CLINICIAN BEHAVIOR SURVEY – VERSÃO BRASILEIRA	46
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	53

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a interação humana é inerente e fundamental ao processo de trabalho em saúde, sendo necessário que o profissional dessa área seja emocionalmente inteligente (NIRMIRA et al., 2021). Assim, poderá lidar diariamente com os desafios de se relacionar com colegas de trabalho e pacientes, de realizar suas funções e de conciliar conflitos internos adequadamente.

Define-se inteligência emocional como a capacidade do ser humano em relacionar-se com os outros, entendê-los e ser flexível o suficiente para lidar com fatores externos de maneira harmoniosa (GHOREISHI et al., 2014). Nos ambientes de atenção à saúde, por exemplo, essa habilidade intrapessoal pode evitar que desconfortos interpessoais afetem a comunicação e a colaboração entre os profissionais de saúde e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado prestado.

Já é consenso na literatura que profissionais que adotam condutas desrespeitosas, intimidantes e hostis aumentam os níveis de estresse, frustração, perda de foco, pobreza na comunicação e redução de transferência de informação entre os membros da equipe, causando danos diretos à segurança do paciente. Tais condutas são evidências de um comportamento frequentemente observado em serviços de saúde e conhecido como comportamento destrutivo ou antiprofissional, do inglês *Disruptive Behavior* ou *Unprofessional Behavior* (WALRATH; DANG; NYBERG, 2013; ROSENSTEIN; STARK, 2015).

O comportamento destrutivo no trabalho em saúde é comumente confundido com outros conceitos, tais como assédio moral, violência institucional, violência horizontal e *bullying* no trabalho. Em estudo brasileiro de análise conceitual, esse constructo foi definido como um espectro de condutas desrespeitosas adotadas por trabalhadores de saúde no ambiente de trabalho, podendo se manifestar por meio de incivildade, violência psicológica ou violência física/sexual, e 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).

Estudos apontam que, além de serem negativos, antiprofissionais e ocorrerem com frequência na assistência à saúde, comportamentos destrutivos podem resultar em eventos adversos para o atendimento ao paciente (MORENO-LEAL et al, 2022).

Esses comportamentos podem, ainda, fazer parte da hierarquia organizacional como algo comum e, por vezes, tornam-se aceitáveis e normais em muitos estabelecimentos de saúde, principalmente em unidades críticas.

São exemplos desses comportamentos explosões de raiva, abusos verbais, intimidações, recusas em executar as tarefas atribuídas, violações de protocolos e normas institucionais, além do desrespeito individual e em equipe. Todos esses comportamentos resultam em danos consideráveis tanto para os profissionais quanto para os pacientes (REHDER et al., 2020; VILLAFRANCA; FAST; JACOBSON, 2018; AL OMAR; SALAM; AL-SURIMI, 2019; ZADEH; HAUSSMANN; BARTON, 2019; ROSENSTEIN; STARK, 2015).

Em uma pesquisa realizada com 7.923 profissionais de saúde em um grande sistema de saúde dos EUA, um ou mais dos seis tipos de comportamentos destrutivos foram relatados por 51,7%, e 97,8% das unidades de trabalho. Os comportamentos mais comuns foram “virar as costas antes que a conversa terminasse” e “intimidar outras pessoas”. Concluiu-se, então, que comportamentos destrutivos são comuns, mensuráveis e associados à cultura de segurança e ao bem-estar dos profissionais de saúde (REHDER et al., 2020).

Observando-se o cenário nacional, em um estudo realizado em Fortaleza, Ceará, foram entrevistados profissionais de saúde de diferentes unidades críticas, como emergência, terapia intensiva, internação obstétrica e neurológica, sala de parto, centro cirúrgico e centro obstétrico. Esses relataram exemplos de comportamento destrutivo vivenciados no dia a dia, tais como atitudes abusivas, intimidantes, desrespeitosas e ameaçadoras entre os membros da equipe. As estratégias para lidar com estas condutas no dia a dia incluíram reuniões para a equipe com diálogo aberto, avaliação de desempenho e feedback, além do exercício da liderança com ênfase no suporte individual, treinamentos, reconhecimento e respeito mútuo (MOREIRA et al., 2019).

É essencial, portanto, que o profissional de saúde desenvolva a inteligência emocional para ter resolutividade de conflitos inerentes à prática assistencial e aprenda a abordar, de forma assertiva, tais comportamentos antiprofissionais em seu dia a dia de trabalho.

Para que a cultura de segurança se operacionalize com base no respeito mútuo, a comunicação efetiva entre diferentes categorias profissionais deve ser uma meta de todos os envolvidos, a exemplo das relações estabelecidas entre a equipe médica e de enfermagem, que elevam de forma substancial o risco para o desenvolvimento/vitimização por comportamentos destrutivos no trabalho em saúde (MOREIRA et al., 2019).

Uma forma de melhorar este cenário de desrespeito e práticas inseguras foi a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria

n°529, em 2013. Este possui como um de seus objetivos específicos promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, uma das metas mundiais para a segurança do paciente é a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. Investimentos na comunicação e no relacionamento saudável e respeitoso entre colegas de trabalho, no ambiente hospitalar, reduzem a ocorrência de eventos adversos, ou seja, de incidentes com danos aos pacientes (MOREIRA et al., 2019).

Baseando-se em vivências nos estágios durante o período da graduação em enfermagem, foi comum vivenciar situações desconfortáveis, em que os profissionais de saúde utilizavam palavras grosseiras ao referir-se aos alunos, ou ao solicitar que atividades pertinentes à assistência ao paciente fossem realizadas, causando reações de tristeza, ansiedade e sentimento negativo ao adentrar nas unidades de saúde. Por conta disso, o interesse pessoal em como lidar com tais situações foi aumentando com o passar dos anos.

Diante do exposto, questiona-se: qual a relação entre as habilidades de inteligência emocional e a resposta a comportamentos destrutivos por profissionais de saúde de um hospital público? Que fatores influenciam estas habilidades e a forma como os profissionais abordam tais condutas em sua prática?

O estudo da relação entre as habilidades de inteligência emocional e a resposta a comportamentos destrutivos pode contribuir para conhecer as variáveis individuais e organizacionais que influenciam o problema investigado, podendo favorecer a tomada de decisão dos gestores e das equipes de educação permanente e segurança do paciente na oferta de treinamentos mais direcionados à realidade investigada.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a relação entre as habilidades de inteligência emocional e a resposta a comportamentos destrutivos por profissionais de saúde de um hospital público.

2.2 Específicos

- a) Identificar o perfil dos trabalhadores de saúde segundo aspectos sociodemográficos e ocupacionais;
- b) Avaliar a inteligência emocional autorrelatada pelos participantes, considerando os domínios: percepção das emoções, manejo das próprias emoções, manejo das emoções dos outros e utilização das emoções;
- c) Medir comportamentos antiprofissionais e as respostas dos profissionais a estes comportamentos, por meio de instrumento validado para o contexto hospitalar brasileiro;
- d) Correlacionar o autorrelato de inteligência emocional e as respostas a comportamentos destrutivos.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico. O estudo transversal consiste na realização de um censo a partir da amostra de uma população definida previamente; seguido da determinação de presença ou ausência de exposição da amostra a algum fator de risco em um determinado período. É considerada uma ferramenta valiosa para o avanço de conhecimentos científicos (POLIT; BECK, 2019).

3.2. Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em hospital público de atenção terciária, na cidade de Fortaleza/CE, referência em procedimentos de alta complexidade e especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, localizado em Fortaleza, Ceará. Atualmente, a instituição conta com 545 leitos de internação, sendo 70 deles de UTI. Possui emergências clínica e cirúrgica, com oferta de procedimentos de alta complexidade; centro cirúrgico; além de unidades de terapia intensiva de médio e alto risco. As unidades assistenciais abordadas, especificamente, nesta pesquisa foram: unidades de internação adulta e pediátrica, terapia intensiva e emergência.

A coleta dos dados foi desenvolvida no período de fevereiro a junho de 2023.

3.3 População e Amostra

A população do estudo envolveu profissionais e trabalhadores assistenciais, incluindo as categorias médicas, de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, terapia ocupacional, farmácia e odontologia.

Segundo dados da instituição, em maio de 2022, a maior força de trabalho era da enfermagem, incluindo por volta de 1100 profissionais. As demais categorias somam cerca de 3.223 trabalhadores, entre servidores, cooperados e terceirizados de todas as categorias de saúde e administrativas.

Em posse desses dados, realizou-se o cálculo da amostra por meio da fórmula para amostras finitas:

$$n = \frac{N \times p \times q \times (Z_{\alpha/2})^2}{p \times q \times (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \times E^2}$$

Considerando uma prevalência de 50% (proporção populacional de indivíduos que pertencem a categoria que estamos interessados em estudar), intervalo de confiança de 95%, $(Z_{\alpha/2})^2 = 3,84$, e erro amostral de 5%. Após o cálculo, chegou-se a uma amostra estimada em 343 profissionais.

A amostragem se deu por conveniência, sendo abordados aqueles profissionais que estavam atuando nas unidades no período da coleta dos dados. Como critério de inclusão, foi adotado: experiência mínima de seis meses de trabalho na instituição. Como critérios de exclusão, aqueles que estavam de férias ou afastados no período da coleta de dados, ou que preencheram os formulários de maneira incompleta.

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação de três instrumentos:

1. Questionário sociodemográfico e ocupacional (APÊNDICE B);
2. *Schutte Self Report Emotional Intelligence Test* (SSEIT) – Versão brasileira (ANEXO A);
3. *Disruptive Clinician Behavior Survey* (JH-DCBS) – Versão Brasileira (ANEXO B).

O questionário sociodemográfico e ocupacional contemplava informações básicas como: idade, tempo de formação, categoria profissional, tempo de serviço e de atuação na área, carga horária de trabalho semanal, turno de trabalho, acumulação de empregos, tipo de vínculo empregatício e pós-graduação.

Também foi avaliada a satisfação do profissional com o trabalho e sua percepção geral da qualidade da assistência prestada na unidade de atuação. As variáveis foram mensuradas utilizando itens individuais conforme já recomendado em outro estudo sobre a temática (ROCHEFORT; CLARKE, 2010). Foram avaliadas em escalas Likert de 4 pontos variando, respectivamente, de muito insatisfeito a muito satisfeito, e de má qualidade a excelente qualidade.

O instrumento *Schutte Self Report Emotional Intelligence Test* (SSEIT) – Versão brasileira é um questionário curto e autoaplicado de 33 itens, separados em quatro domínios, com opções de resposta em escala Likert de cinco pontos, o escore total varia de 33 a 165; para obtenção dos resultados os itens 5, 28, 33 tiveram inversão dos valores das respostas e foram somados aos valores das questões; e, desse modo, as pontuações mais elevadas são indicativas de nível de inteligência emocional mais alto (TOLEDO; DUCA; COURY, 2018).

A ilustração 1 apresenta domínios, itens e opções de resposta da escala Likert do SSEIT – Versão brasileira.

Ilustração 1 – Apresentação dos domínios, itens e opções de resposta da escala Likert do Schutte Self Report Emotional Intelligence Test (SSEIT) – Versão Brasileira

Domínios e Itens	Definições	Opções de resposta (Escala Likert)
D1 – Percepção de emoções (PE) Itens 5, 9, 15, 18, 19, 22, 25, 29, 32, 33.	Capacidade de monitorar e identificar sentimentos e emoções seus próprios e dos outros.	“Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente”, “Nem discordo, nem concordo”, “Concordo parcialmente” e “Concordo totalmente”
D2 – Manejo das próprias emoções (MPE) Itens 2, 3, 10, 12, 14, 21, 23, 28, 31	Capacidade de regular/gerenciar sentimentos e emoções seus próprios.	
D3 – Manejo das emoções de outros (MEO) Itens 1, 4, 11, 13, 16, 24, 26, 30	Capacidade de regular/gerenciar sentimentos e emoções dos outros.	
D4 – Utilização das emoções (EU) Itens 6, 7, 8, 17, 20, 27	Capacidade de usar a percepção e o manejo das emoções próprias e dos outros para guiar seus pensamentos e ações.	

Fonte: (SALOVEY; MAYER, 1990; SCHUTTE *et al.*, 1998; TOLEDO; DUCA; COURY, 2018).

Em seu trabalho de tradução e adaptação transcultural do SSEIT, os autores orientam que o escore total varia de 33 a 165, sendo as pontuações mais elevadas indicativas de nível de inteligência emocional mais alto (TOLEDO; DUCA; COURY, 2018). Além disso, os escores totais do nível de IE são categorizados em: baixo (33 a 70), moderado (77 a 121), e alto (122 a 165) (BELAY; KASSIE, 2021; TANEJA *et al.*, 2020; OMORONYIA; OYAMA; OBANDE, 2020; RAMADAN *et al.*, 2020).

O *Jonhs Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey* foi desenvolvido nos EUA, com 47 itens em escalas Likert dicotômicas e padrões de resposta de múltipla escolha. Consta de cinco subescalas: *Disruptive Behaviors*, *Triggers of Disruptive Behavior*, *Responses to Disruptive Behavior*, *Reasons for Not Addressing Disruptive Behavior*, and *Impact of Disruptive Behavior* (DANG *et al.*, 2015).

Os comportamentos destrutivos ou antiprofissionais, fatores desencadeantes, respostas e impactos identificados formam a base do JH-DCBS. O formato de resposta das subescalas Comportamento Antiprofissional e Fatores desencadeantes do Comportamento

Antiprofissional pede a frequência de ocorrência ao longo do último ano de cada comportamento antiprofissional e gatilho experimentado pessoalmente pelo profissional.

As respostas são relatadas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = mensalmente, 4 = semanalmente, 5 = diariamente). As outras três subescalas (Respostas ao Comportamento Antiprofissional, Motivos para Não Abordar Comportamento Antiprofissional, Impacto do Comportamento Antiprofissional) utilizam uma escala do tipo Likert de 4 pontos que pergunta o nível de concordância com uma afirmação declarativa em cada item (1 = discordo completamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = concordo parcialmente, 4 = concordo completamente). O tempo médio gasto por um indivíduo para completar o JH-DCBS é de, aproximadamente, 15 minutos (DANG et al., 2015).

Na adaptação e validação da escala *Jonhs Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey* para o Brasil, o estudo de análise fatorial confirmatória identificou que a fidedignidade composta dos fatores se mostrou aceitável (acima de 0,80) para todos os fatores. A medida de replicabilidade da estrutura fatorial (H-index) sugeriu que todos os fatores poderão ser replicáveis em estudos futuros ($H > 0,80$) (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018).

Como procedimento para a coleta dos dados, foram abordados os profissionais durante o turno de trabalho, no momento de seus intervalos para descanso ou refeição. Estes tiveram a oportunidade de preencher os instrumentos na presença da pesquisadora, ou de entregar posteriormente, num prazo de até 15 dias. Ressalta-se que os instrumentos eram auto aplicados.

3.5 Organização e análise de dados

Os resultados foram tabulados no programa Excel® versão 2021 e, posteriormente, analisados no programa SPSS 23.0.

Aplicou-se estatística descritiva e inferencial. Calcularam-se medidas de tendência central e dispersão das variáveis quantitativas contínuas e frequências simples e percentual das variáveis qualitativas.

A normalidade de distribuição das variáveis foi verificada por meio do teste *Kolmogorov-Sminorv*, verificando-se distribuição não normal ($p < 0,05$). Em seguida, foram aplicados testes não paramétricos para verificar as diferenças de distribuição das médias das dimensões das escalas entre todas as variáveis sociodemográficas/ocupacionais.

Para realizar análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com os domínios da escala e escala total, utilizaram-se os testes não paramétricos U de *Mann Whitney* para variáveis dicotômicas e *Kruskal Wallis* para variáveis com três ou mais categorias.

E, para a análise de correlação entre os domínios do SSEIT e as subescalas do JHDCBS, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Para cada teste realizado, foi considerado significante estatisticamente o valor de $p < 0,05$.

3.6 Aspectos Éticos

O referido projeto faz parte de um projeto maior intitulado: “Diagnóstico, planejamento e intervenção nos processos organizacionais para a gestão do cuidado, qualidade e segurança do paciente no contexto hospitalar: projeto multifásico de métodos mistos”. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (nº5.495.015/2022) (ANEXO A).

O estudo foi realizado seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012) que se refere à pesquisa com envolvimento de seres humanos. Foram respeitados os princípios éticos e científicos fundamentais, que garantem a proteção de imagem, a privacidade, a confidencialidade, respeito aos valores religiosos, morais, culturais e sociais, não causando riscos ou danos associados ou provenientes desta, com anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4 RESULTADOS

No período de fevereiro a junho de 2023, foram distribuídos os instrumentos da pesquisa aos profissionais de saúde das diferentes unidades assistenciais do hospital, que atendiam ao critério de inclusão. No entanto, ao final do período de coleta de dados, verificou-se que 185 profissionais não devolveram os instrumentos, 27 entregaram com preenchimento incompleto e 30 se recusaram a participar, totalizando 152 perdas.

Portanto, os dados apresentados a seguir são resultados da análise de 101 questionários devolvidos devidamente preenchidos, que corresponde a 29,4% da amostra estimada inicialmente. Na tabela 1, encontram-se todos os dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra.

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis sociodemográficas e profissionais (n=101). Fortaleza, CE, 2023

Variável	n	%	Média	DP
Sexo				
Feminino	88	87,1		
Masculino	13	12,9		
Idade (anos)			39,31	± 10,87
20-40	57	56,4		
41-60	38	37,6		
61 ou mais	06	5,9		
Categoria Profissional				
Enfermeiro(a) assistencial	40	39,6		
Técnico(a) de enfermagem	32	31,7		
Fisioterapeuta	9	8,9		
Auxiliar de enfermagem	6	5,9		
Atua em duas funções no mesmo hospital	5	5,0		
Psicólogo(a)	3	3,0		
Médico(a) do corpo clínico	2	2,0		
Médico(a) residente/em treinamento	2	2,0		
Técnico(a) de laboratório	2	2,0		
Pós-graduação (n= 61)				
Sim	55	90,2		
Não	6	9,8		
Tipo de pós-graduação (n=55) ^a				
Enfermagem em Terapia intensiva	17	30,9		
Enfermagem médico-cirúrgica	3	5,4		
Saúde da Família	3	5,4		
Auditoria	2	3,6		
Outra ^b	32	58,2		
Vínculo empregatício				

Cooperado	76	75,2		
Concursado	20	19,8		
Mais de um vínculo com a instituição	3	3,0		
Celetista	2	2,0		
Setor/Unidade de atuação				
Unidade de Internação Clínica ou Cirúrgica	33	32,7		
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	20	19,8		
Pediatria (unidades de internação ou Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica)	17	16,8		
Emergência	17	16,8		
Muitas áreas diferentes do hospital/nenhuma unidade específica.	5	5,0		
Bloco Cirúrgico	4	4,0		
Outro	3	3,0		
Ambulatório/externo	2	2,0		
Tempo de formado (anos)			13,15	± 9,95
Até 05	28	27,7		
6 a 10	23	22,8		
Mais de 10	50	49,5		
Tempo de atuação na área atual (anos)			9,82	± 8,45
Até 05	41	40,6		
6 a 10	25	24,8		
Mais de 10	35	34,7		
Tempo de serviço (anos)			11,35	± 9,96
Até 05	37	36,6		
6 a 10	22	21,8		
Mais de 10	42	41,6		
Carga horária de trabalho semanal (horas por semana)			36,12	± 14,43
Até 20	13	12,9		
21 a 30	29	28,7		
31 a 40	28	27,7		
Mais de 40	31	30,7		
Turno/Regime de trabalho				
Plantão - Manhã e tarde	46	45,5		
Noturno	28	27,7		
Rodízio – plantão manhã e tarde/noturno	24	23,8		
Matutino	2	2,0		
Vespertino	1	1,0		

Fonte: Elaborada pela autora.

a. Cada profissional poderia citar mais de uma pós-graduação. b. Auditoria em serviços de saúde, Enfermagem em reabilitação cardiopulmonar, Enfermagem em Urgência e Emergência, Enfermagem Cardiovascular e Hemodinâmica, Enfermagem em Saúde Pública, Gestão Hospitalar, Neuropsicologia, Residência em Cuidado Cardiopulmonar, Políticas Públicas, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Nefrologia, Transplante de Órgãos, Enfermagem em Saúde do Trabalhador, Enfermagem em Estética Avançada, Enfermagem em Neonatologia e Pediatria, Enfermagem em Cardiopneumologia, Residência em Pediatria.

A amostra foi composta em sua maioria por mulheres, da categoria profissional de enfermagem; com média de 39 anos de idade ($\sigma = 10,87$); atuantes em diferentes áreas do hospital, com uma maior representatividade dos setores de internação clínica ou cirúrgica, seguido pela unidade de terapia intensiva.

Com relação aos aspectos de formação profissional, dos profissionais que possuíam ensino superior, mais da metade possuía pós-graduação, com destaque para terapia intensiva. No que se refere aos vínculos empregatícios, os cooperados compõem a maioria. Todos os

profissionais possuíam um considerável tempo de formação e de atuação em suas respectivas áreas. Foi observado a presença de alta carga laboral, como mais de 40 horas semanais (n=39), podendo gerar alto índice de estresse e sobrecarga de trabalho.

A Tabela 2 apresenta os dados com relação a satisfação profissional, qualidade do cuidado, adequação de recursos e intenção de deixar a área/cargo.

Tabela 2 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis relacionadas à percepção da qualidade, adequação de recursos, satisfação profissional e intenção de deixar o emprego. Fortaleza, CE, 2023 (n=101)

Variável	f	%
Percepção sobre a qualidade do cuidado oferecido ao paciente na unidade em que trabalho		
Muito ruim	3	3,0
Ruim	2	2,0
Boa	57	56,4
Muito boa	39	38,6
Percepção sobre a adequação de recursos humanos na unidade em que trabalho		
Ruim	10	9,9
Boa	77	76,2
Muito boa	14	13,9
Percepção sobre a adequação de recursos materiais na unidade em que trabalho		
Muito ruim	4	4,0
Ruim	19	18,8
Boa	67	66,3
Muito boa	11	10,9
Percepção sobre a adequação de recursos tecnológicos na unidade em que trabalho		
Muito ruim	3	3,0
Ruim	37	36,6
Boa	56	55,4
Muito boa	5	5,0
Percepção sobre a satisfação profissional ATUAL na unidade em que trabalho		
Muito ruim	3	3,0
Insatisfeito	13	12,9
Satisfeito	71	70,3
Muito satisfeito	14	13,9
Intenção de deixar sua área profissional nos próximos 12 meses		
Não	91	90,1
Sim	10	9,9
Escala de intenção de deixar a área profissional, sendo 0 a menor e 10 a maior (n=10)		
06	1	10,0
07	3	30,0
08	5	50,0
10	1	10,0

Fonte: Elaborada pela autora.

A grande maioria dos participantes avaliou a qualidade do cuidado como boa/muito boa, assim como adequação de recursos humanos. Em relação aos recursos materiais e tecnológicos, a avaliação também foi considerada positiva, porém apenas pela maior parte dos profissionais.

Observou-se, ainda, que os profissionais se encontravam satisfeitos com o trabalho e a maioria não tinha intenção de deixar o cargo/emprego.

No que se refere à aplicação do instrumento *SSEIT* de autorrelato da inteligência emocional - Versão Brasileira, a Tabela 3 consolida as médias e desvios padrão dos itens e subescalas.

Tabela 3 – Distribuição de médias e desvios padrão dos itens e domínios do instrumento SSEIT de autorrelato da inteligência emocional, Brasil, 2023 (n=101).

Domínios/itens do SSEIT	Soma Total/ Média	DP
Escore total	131,34	± 13,95
Domínio 1 – Percepção de emoções (PE)	38,19	± 4,91
Eu tenho consciência de minhas emoções quando eu as sinto.	4,24	± 0,99
Eu reconheço facilmente minhas emoções quando as vivencio.	4,24	± 0,79
Eu sei porque minhas emoções mudam.	4,05	± 0,95
Ao olhar a expressão facial das pessoas, eu consigo reconhecer as emoções que elas estão experimentando.	4,03	± 0,95
Eu identifico as mensagens não verbais que as outras pessoas enviam.	3,84	± 0,91
Eu tenho consciência das mensagens não verbais que transmito aos outros.	3,79	± 1,04
Eu posso dizer como as pessoas estão se sentindo ao ouvir o tom de sua voz.	3,63	± 1,08
Eu sei o que outras pessoas estão se sentindo só de olhar para elas.	3,42	± 1,11
Eu acho difícil entender as mensagens não verbais de outras pessoas.	3,15	± 1,16
É difícil para mim entender o porquê das pessoas se sentirem como elas se sentem.	3,11	± 1,29
Domínio 2 – Manejo das próprias emoções (MPE)	38,19	± 4,28
Eu espero que boas coisas aconteçam.	4,69	± 0,62
Eu procuro atividades que me fazem feliz.	4,58	± 0,68
Eu me motivo quando imagino os bons resultados nas tarefas que assumo.	4,40	± 0,90
Eu espero me sair bem na maioria das coisas que tento fazer.	4,34	± 0,89
Eu uso o bom humor para me ajudar a continuar enfrentando os obstáculos.	4,29	± 0,90
Quando eu enfrento um problema, lembro-me das ocasiões em que enfrentei problemas semelhantes e consegui resolvê-los.	4,25	± 0,89
Quando eu experimento uma emoção positiva, eu sei como fazê-la durar mais.	3,85	± 0,93
Eu tenho controle sobre minhas emoções.	3,82	± 1,10
Quando enfrento um desafio, eu desisto porque acho que vou falhar.	2,05	± 1,25
Domínio 3 – Manejo das emoções de outros (MEO)	32,08	± 4,35
Eu elogio os outros quando fazem algo bem feito.	4,63	± 0,64
Eu ajudo as pessoas a se sentirem melhor quando elas estão tristes.	4,25	± 0,75
Eu me apresento de maneira que cause boa impressão aos outros.	4,21	± 0,80
Eu sei quando falar sobre meus problemas pessoais com outras pessoas.	4,02	± 1,26
As pessoas acham fácil confiar em mim.	3,92	± 0,92
Quando outra pessoa me fala sobre um evento importante em sua vida, eu quase me sinto como se eu tivesse vivido aquilo.	3,90	± 1,02
Eu gosto de compartilhar minhas emoções com outras pessoas.	3,81	± 1,06
Eu organizo eventos que outras pessoas gostam.	3,31	± 1,35
Domínio 4 – Utilização das emoções (UE)	24,2	± 3,86

Algum dos eventos principais da minha vida me levaram a reavaliar o que é importante e o que não é importante para mim.	4,53	± 0,92
Quando eu estou de bom humor, eu sou capaz de ter novas ideias.	4,26	± 0,95
Quando estou de bom humor, acho fácil resolver problemas.	4,20	± 0,97
Emoções são umas das coisas que fazem minha vida valer a pena.	3,99	± 1,17
Quando sinto uma mudança nas minhas emoções, eu tenho a tendência de ter novas ideias.	3,81	± 0,97
Quando meu humor muda, eu percebo novas possibilidades.	3,43	1,19

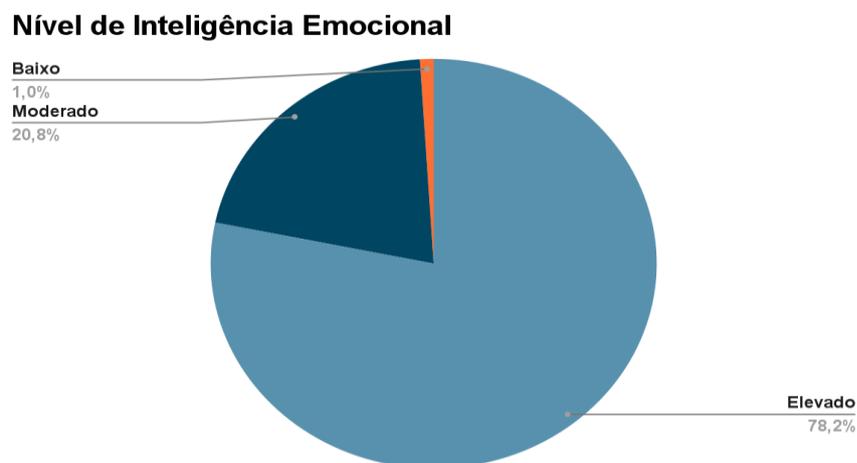
Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que os domínios mais bem avaliados foram “Percepção das Emoções” (1) e “Manejo das Próprias Emoções” (2). No primeiro domínio, os participantes concordam que conseguem facilmente ter o reconhecimento e a consciência das próprias emoções, mas, em contrapartida, não conseguem entender o que outras pessoas estão sentindo ao observá-las. No segundo domínio, afirmam: buscar atividades que proporcionam prazer, sentirem-se melhores quando são recompensados positivamente ao realizarem outras atividades e esperar que eventos positivos aconteçam.

No Manejo das emoções dos outros (3), afirmam causar boas impressões ao se apresentarem e que elogiam seus colegas quando eles fazem algo bom. Na Utilização das emoções (4), os participantes afirmam saber quando reavaliar o que é importante nos principais eventos da vida e que quando estão de bom humor, aumentam a resolutividades de problemas.

Na ilustração 2, estão distribuídos os participantes segundo os níveis de IE.

Ilustração 2 – Distribuição do número de participantes segundo os níveis de inteligência emocional. Fortaleza, CE, 2023 (n=101)



Fonte: Elaborada pela autora.

A maior parte dos profissionais da instituição apresentou um alto nível de inteligência emocional, que pode colaborar positivamente com uma boa cultura organizacional.

No que diz respeito à aplicação do instrumento *Jonhs Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey* - Versão Brasileira, a Tabela 4 consolida as médias e desvios padrão dos itens e subescalas.

Tabela 4 – Distribuição das médias e desvios padrão atribuídos às subescalas e itens do *Disruptive Clinician Behavior Survey* – Versão Brasileira. Fortaleza, CE, 2023.

Subescala e Itens	Média	DP
1. Comportamento Antiprofissional	1,92	± 0,62
Conflito.	2,65	± 1,14
Comportamento Passivo-Agressivo.	2,38	± 1,28
Linguagem autoritária/Humilhação/Jogo de poder.	2,20	± 1,11
Grosseria/Desrespeito.	2,07	± 1,08
Intimidação/Ameaça/Assédio.	1,91	± 1,03
Desrespeito Profissional.	1,85	± 0,95
Violência Física.	1,15	± 0,36
2. Fatores desencadeantes do Comportamento antiprofissional	2,55	± 0,85
Pressão por conta do número, volume e fluxo de pacientes.	3,00	± 1,40
Problemas sistêmicos crônicos, não resolvidos.	2,94	± 1,28
Ambiente sobrecarregado.	2,79	± 1,43
Falta de trabalho em equipe.	2,59	± 1,26
Características pessoais ou questões que impedem o desempenho no trabalho.	2,44	± 1,10
Falta de competência.	2,13	± 0,91
Diversidade de equipe.	1,99	± 1,02
3. Resposta ao comportamento antiprofissional	2,38	± 0,52
Eu busco apoio do meu gerente/supervisor para abordar a pessoa não profissional.	3,21	± 0,93
Eu tenho esclarecer a razão de um comportamento antiprofissional.	2,70	± 0,99
Eu relato o comportamento antiprofissional por meio do sistema de comunicação/notificação do hospital.	2,52	± 1,14
Eu tolero o comportamento antiprofissional de uma pessoa para “evitar desavenças”.	2,46	± 0,98
Eu abordo a pessoa com comportamento antiprofissional com confiança.	2,32	± 1,07
Eu faço o trabalho de outras pessoas para evitar ter que lidar com o comportamento antiprofissional delas.	2,04	± 1,07
Eu não relato quando vejo um comportamento que pode afetar negativamente pacientes ou funcionários.	2,00	± 1,08
Eu não relato a piora das condições do paciente para o profissional com comportamento antiprofissional.	1,84	± 1,11
4. Motivo para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional	2,20	± 0,69
Eu não fico confortável em abordar a pessoa com comportamento antiprofissional.	2,74	± 0,99
Eu sinto que nada se resolve quando eu abordo a pessoa envolvida em um comportamento antiprofissional.	2,45	± 1,09
Eu acho difícil abordar a pessoa com comportamento antiprofissional devido ao seu status na instituição.	2,39	± 1,05
Eu não tenho tempo para abordar a pessoa com comportamento antiprofissional.	2,00	± 0,94
Eu não abordo uma pessoa com comportamento antiprofissional porque ele é comum, como uma “norma aceita”.	1,83	± 1,00
Eu evito abordar uma pessoa antiprofissional devido ao medo.	1,82	± 0,97
5. Impacto do Comportamento antiprofissional	2,76	± 0,68
O comportamento antiprofissional gera desgaste emocional em mim.	3,08	± 0,94
O comportamento antiprofissional causa dilemas éticos para mim.	2,72	± 1,00
O comportamento antiprofissional dificulta meu relacionamento de trabalho com os membros da equipe.	2,66	± 1,15
O comportamento antiprofissional diminui minha satisfação no trabalho.	2,63	± 1,21
O comportamento antiprofissional me leva a ter sintomas físicos.	2,43	± 1,13
O comportamento antiprofissional diminui minha moral.	2,29	± 1,11

Fonte: Elaborada pela autora.

No domínio 1, verifica-se que quatro condutas características de comportamentos antiprofissionais acontecem raramente a mensalmente (médias ente 2,0 e 3,0). São elas: comportamento passivo-agressivo, linguagem autoritária/Humilhação/Jogo de poder, conflito e grosseria/desrespeito.

No domínio 2 (fatores desencadeantes do comportamento antiprofissional), as maiores médias foram atribuídas aos fatores relacionados à sobrecarga de trabalho (aumento da pressão por conta do número, volume e fluxo de pacientes), bem como aos problemas sistêmicos crônicos, não resolvidos (como falta de equipamentos, materiais, medicamentos não entregues, transporte de paciente não disponível, dentre outros).

No domínio 3 (respostas ao comportamento antiprofissional), os profissionais costumam ir em busca de apoio do gerente da unidade, a fim de sanar quaisquer desconfortos ao confrontar o perpetrador de comportamento antiprofissional.

No domínio 4 (motivos para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional), os profissionais justificam que se sentem confortáveis em abordar o perpetrador de comportamento antiprofissional, e que, quando o fazem, as problemáticas são se resolvem e que não observam problemas na abordagem por causa de hierarquia na instituição de saúde.

No domínio 5 (impacto do comportamento antiprofissional), é possível observar que a prática de comportamento antiprofissional gera desgaste emocional nos profissionais da unidade.

Na tabela 5, podemos avaliar a experiência pessoal dos participantes em vivenciar os comportamentos antiprofissionais bem como de observar os colegas sendo alvo destas condutas. Ademais, questionou-se o cargo/função do perpetrador e a frequência destas atitudes numa escala de somente uma vez a diariamente.

Tabela 5 – Distribuição do número de participantes segundo as variáveis vivência e observação do comportamento antiprofissional, função do perpetrador e frequência no ambiente de trabalho. Fortaleza, Ceará, 2023

Variável	n	%
Observação de colegas sendo alvo de comportamento antiprofissional. (n=101)		
Sim	87	86,1
Não	14	13,9
Cargo/Função da pessoa antiprofissional com impacto mais negativo nos participantes (n=93)^a		
Mais de uma categoria profissional	22	23,7
Enfermeiro(a) assistencial	17	18,3

Técnico(a) de enfermagem	16	17,2
Médico(a) do corpo clínico	12	12,9
Enfermeiro(a) supervisor	11	11,8
Outras categorias ^b	11	11,8
Médico(a) residente / em treinamento	4	4,3
Frequência na qual vivenciou pessoalmente comportamento antiprofissional (n=101)		
Nunca	11	10,9
Raramente	46	45,5
Mensalmente	21	20,8
Semanalmente	16	15,8
Diariamente	7	6,9
Tempo em que o comportamento antiprofissional vem acontecendo (n=101)		
Menos de 1 mês	21	20,8
1 a 3 meses	11	10,9
Mais de 3 meses, menos de 1 ano	28	27,7
1 ano ou mais	34	33,7
Omisso	7	6,9

Fonte: Elaborado pela autora.

^a Alguns profissionais marcaram mais de uma resposta.

^b Farmacêutico, Fisioterapeuta, Administração/Direção, Auxiliar de transporte, Téc. de laboratório.

Grande parte dos profissionais, no último ano, já sofreu ou já observou algum colega de trabalho ser alvo de comportamento antiprofissional por parte de colegas de várias categorias (os participantes marcaram essa opção quando mais de uma pessoa da equipe assistencial praticava comportamentos antiprofissionais), seguida do corpo de enfermagem hospitalar (enfermeiro(a)s assistenciais, técnico(a)s de enfermagem).

Em relação à experiência pessoal, 43,5% dos participantes afirmaram ser alvo frequente de comportamento antiprofissional (diariamente, semanalmente e mensalmente). Pouco mais de um terço referiu vivenciar tais condutas há mais de 1 ano.

A seguir, a tabela 6 apresenta o resultado da associação do nível de inteligência emocional da amostra em relação à subescala 3 e 4 do JH-DCBS (Resposta ao comportamento antiprofissional e Motivo para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional).

Tabela 6 – Distribuição das médias relativas ao nível de Inteligência Emocional segundo respostas e motivos para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional. Fortaleza, Ceará, 2023

Subescala do JHDCBS	Subescala 3	Subescala 4
	Resposta ao comportamento antiprofissional	Motivo para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional
Nível de Inteligência Emocional	Média (DP)	Média (DP)
Baixa	2,00 (± 0,00)	2,00 (± 0,00)
Moderada	2,22 (± 0,49)	2,30 (± 0,56)
Elevada	2,43 (± 0,52)	2,18 (± 0,73)

p-valor 0,127 0,510

Fonte: elaborada pela autora.

Apesar de não constatada significância estatística, observou-se que o aumento do nível de inteligência emocional influencia positivamente a resposta ao comportamento antiprofissional ($p= 0,127$ subescala 3). Já em relação à subescala 4, as médias apresentaram-se divergentes, porém, ainda representam uma discordância dos profissionais quanto a motivos para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional, independentemente do nível de inteligência emocional.

A seguir, temos a Tabela 7 que apresenta a correlação entre os domínios do SSEIT (Autorrelato de Inteligência Emocional) e as subescalas do JH-DCBS (Comportamento Antiprofissional).

Tabela 7 – Correlação entre domínios da Inteligência Emocional (SSEIT) e Subescalas do JH-DCBS (Comportamento Antiprofissional). Fortaleza, CE, 2023 (n=101)

Inteligência Emocional (SSEIT)		Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3	Subescala 4	Subescala 5
		Comportamento antiprofissional	Fatores desencadeantes	Respostas	Motivos para não abordar	Impacto
Comportamento antiprofissional (JH-DCBS)						
	Domínio 1 Percepção das Emoções	r ^a	-0,013	-0,071	0,133	-0,132
p		0,901	0,480	0,186	0,189	0,873
Domínio 2 Manejo das próprias emoções	r ^a	-0,158	-0,106	0,032	-0,062	-0,060
	p	0,115	0,290	0,751	0,536	0,548
Domínio 3 Manejo das emoções de outros	r ^a	-0,151	0,004	0,147	-0,109	0,047
	p	0,131	0,969	0,142	0,279	0,643
Domínio 4 Utilização das emoções	r ^a	0,009	0,025	0,188	0,026	0,098
	p	0,925	0,805	0,060	0,794	0,328

ESCALA TOTAL	r ^a	-0,091	-0,058	0,147	-0,104	0,022
	p	0,364	0,566	0,143	0,300	0,828

^a **rô de Spearman**

Fonte: elaborada pela autora.

Na análise, não foram encontradas correlações significativas. Entretanto, pode-se observar que a utilização das emoções influencia positivamente a resposta a comportamentos destrutivos.

5 DISCUSSÃO

O perfil de profissionais participantes deste estudo (Tabela 1) assemelha-se ao de outros estudos com enfermeiros e trabalhadores de saúde que responderam a pesquisas sobre inteligência emocional e comportamentos antiprofissionais (HEYDARI; KARESHKI; ARMAT, 2016; CICHÓN; PŁASZEWSKA-ŻYWKO; KÓZKA, 2023; REHDER et al., 2020).

Em estudo sobre a relação entre IE e estratégias de enfrentamento entre enfermeiros de UTI adulta na Polônia, identificou-se a maioria de mulheres (94,7%), com idade média de 35,06 anos, média de experiência profissional de 12,33 e média de experiência em UTI de 9,78 anos. Os dados são semelhantes aos achados da presente pesquisa (CICHÓN; PŁASZEWSKA-ŻYWKO; KÓZKA, 2023).

Com relação ao turno de trabalho, boa parte dos profissionais trabalhavam em escala diurna (plantão manhã/tarde), coadunando com a amostra de outro estudo (REHDER, et al., 2019). Além disso, grande parte dos profissionais possuía vínculo de trabalho por meio de cooperativas, as quais não asseguram direitos trabalhistas, promovendo fragilidade na organização do serviço de saúde, comprometimento do vínculo trabalhador-usuário e prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores (SILVA et al., 2020).

Apesar do vínculo empregatício frágil e de exercer suas atividades em um hospital público, a grande maioria dos participantes avaliou a qualidade do cuidado prestado em suas unidades como boa/muito boa, assim como a adequação de recursos humanos. Em relação aos recursos materiais e tecnológicos, a avaliação também foi considerada positiva, mas não pela maioria dos profissionais (Tabela 2).

Outro dado constatado diz respeito a uma boa parte dos profissionais exercendo suas atividades em regime superior a 40 horas semanais, que pode gerar estresse e sobrecarga de trabalho, afetando negativamente a qualidade de vida dos profissionais (BEDIN; DE LUCCA, 2021; GARÇON et al., 2019), visto que turnos com duração ≥ 8 horas são associados a pontuações de exaustão significativamente mais altas. (TAN et al., 2020).

Com relação aos resultados dispostos na Tabela 3, o alto nível de inteligência emocional evidenciado é um achado positivo deste estudo, o que pode colaborar para uma boa cultura organizacional. Além disso, esse achado pode estar associado à satisfação profissional da maioria dos participantes (84,2%) (Tabela 2).

Tal fato é corroborado na literatura internacional, demonstrando que pessoas com um alto nível de inteligência emocional são mais propensas a ter maior satisfação laboral, possibilitando maior sensação de realização em suas carreiras. Pessoas inteligentes

emocionalmente possuem mais facilidade ao trabalhar em equipe, conseguem alcançar vantagens competitivas e se tornam mais motivadas em alcançar metas. Ademais, possuem a capacidade de adaptar seus sentimentos internos e respostas emocionais e, por sua vez, experimentam mais satisfação no trabalho (JORFI; YACCO; SHAH, 2012; LEE; CHELLADURAI, 2018; URQUIJO; EXTREMERA; AZANZA, 2019).

Já outros autores encontraram um nível moderado de IE entre enfermeiros de UTI. Os pesquisadores concluíram que a IE pode ter impacto positivo nas estratégias de enfrentamento, pois um maior nível de IE foi correlacionado com o maior uso de estratégias de enfrentamento eficazes em enfermeiras de UTI (CICHÓN; PŁASZEWSKA-ŻYWKO; KÓZKA, 2023).

Segundo Huang (2019), a inteligência emocional também desempenha papel moderador na relação entre esforço-recompensa e fadiga crônica. Quanto maior o nível de IE menor é a fadiga. Assim, pode-se supor que a inteligência emocional influencia a maioria dos profissionais não possuir intenção de deixar seu o cargo/emprego, mesmo com altas cargas laborais.

No que se refere aos domínios mais bem avaliados (tabela 3), “Percepção das Emoções” (1) e “Manejo das Próprias Emoções” (2), os participantes concordam que conseguem facilmente ter o reconhecimento e a consciência das próprias emoções, em contrapartida, não conseguem entender o que outras pessoas estão sentindo ao observá-las. No segundo domínio, afirmam: buscar atividades que proporcionam prazer, sentirem-se melhores quando são recompensados positivamente ao realizarem outras atividades e esperar que eventos positivos aconteçam.

Em pesquisa sobre relações entre IE e *burnout* com 104 enfermeiras empregadas em hospitais terciários, o grande número de respostas da equipe foi positivo em relação à inteligência emocional (78%). No entanto, os escores de média e desvio padrão dos domínios do SEEIT, apesar de superiores aos valores de corte, mostraram resultados divergentes e abaixo dos encontrados no presente estudo (Manejo das emoções dos outros $29,09 \pm 9,01$, Manejo das próprias emoções $33,19 \pm 9,78$, Percepção das emoções $31,94 \pm 9,61$ e Utilização das emoções $22,9 \pm 5,99$). Os autores concluíram que enfermeiros que trabalham em hospitais terciários têm inteligência emocional positiva, mas o *burnout* na maioria dos participantes foi alto devido à escassez de pessoal e ao aumento do número de pacientes (ULLAH et al., 2022).

De acordo com Issa (2022), os enfermeiros com níveis elevados de inteligência emocional estão efetivamente mais preparados para um melhor manejo da dor de pacientes

hospitalizados do que aqueles com baixos níveis de inteligência emocional. Assim, esse achado é considerado uma nova contribuição para o campo do manejo da dor.

No que diz respeito à aplicação do instrumento *Jonhs Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey* - Versão Brasileira (Tabela 4), os resultados demonstraram que comportamentos antiprofissionais ocorrem raramente a mensalmente no hospital em estudo, principalmente as condutas de comportamento passivo-agressivo, Linguagem autoritária/Humilhação/Jogo de poder, Conflito e Grosseria/desrespeito.

Na tabela 5, foi possível avaliar a experiência pessoal dos participantes em vivenciar os comportamentos antiprofissionais bem como de observar os colegas sendo alvo destas condutas. Foi observado que grande parte dos profissionais, no último ano, já HAVIA sofrido ou já observado algum colega de trabalho ser alvo de comportamento antiprofissional por parte de mais de um membro da equipe de saúde. Assim, para essa parcela da amostra, o comportamento antiprofissional não restringe-se a apenas uma categoria profissional. No entanto, ao corpo de enfermagem hospitalar (enfermeiro(a)s assistenciais, técnico(a)s de enfermagem) destacou-se como uma categoria que adota esses comportamentos de forma frequente.

Um estudo com 7.923 profissionais de saúde apresenta dados similares, demonstrando a prevalência geral de 51,7% de indivíduos que relataram exposição a comportamentos antiprofissionais; e, em 97,8% das unidades de trabalho, houve relatos de um indivíduo que vivenciou um ou mais dos seis comportamentos destrutivos. Os comportamentos mais comuns foram “virar as costas antes de terminar a conversa” e “intimidar outras pessoas”; e nas 319 unidades de trabalho analisadas, quase metade (46,7%) teve a maioria de seus trabalhadores relatando exposição ao comportamento destrutivo (REHDER et al., 2020), dados bem próximos aos achados deste estudo.

No domínio 2 (fatores desencadeantes do comportamento antiprofissional), é frequente haver aumento da pressão nos profissionais por conta do número, volume e fluxo de pacientes, abrindo espaço para ocorrência de fatores que causam comportamentos destrutivos.

A literatura comprova que esse tipo de comportamento é frequentemente observado no cotidiano dos profissionais de saúde e compromete a qualidade da assistência, a segurança do paciente, podendo levar a ocorrência de eventos adversos (MORENO-LEAL et al., 2022).

Frente à análise dos domínios 3 e 4 (Tabela 4), quando os profissionais foram expostos a comportamentos destrutivos, eles buscaram apoio do gerente da unidade, a fim de sanar quaisquer desconfortos ao confrontar o perpetrador de comportamento antiprofissional, e afirmaram haver resolução de conflitos, independentemente do seu status na instituição.

Quando ocorrem constrangimentos internos em decorrência de comportamentos antiprofissionais, geram-se dúvidas, incita-se a deslealdade e é comum observar a falta de coragem e energia para se opor ao “sistema” (as relações sociais nas unidades de saúde, hierarquia). Assim, esses comportamentos podem impedir os enfermeiros de expressarem sua moral. Sobretudo, as vítimas de comportamentos antiprofissionais podem se abster de divulgar tais incidentes infelizes por medo de causar um escândalo ou comprometer sua carreira. Além disso, comportamentos antiprofissionais afetaram negativamente seu desempenho no trabalho e levaram a problemas de comunicação entre os funcionários (OMAR; SALAM; AL-SURIMI, 2019; JANSEN et al., 2019).

Outrossim, no que diz respeito ao impacto do comportamento antiprofissional, é possível observar que essa prática gera desgaste emocional nos profissionais da unidade, corroborando os achados científicos, tendo como consequência sentimentos de frustração, raiva, tristeza, inadequação, perda de sentido, cansaço mental, dormência emocional, insônia e pressão alta (JANSEN et al., 2019).

Em outro estudo que avaliava as percepções dos profissionais de saúde sobre o comportamento não profissional no local de trabalho, o enfermeiro era o profissional mais frequentemente identificado como a fonte do comportamento não profissional (DABEKAUSSEN, et al., 2023), dados que se assemelham à presente pesquisa.

Tal achado é preocupante, visto que na maioria das instituições de saúde o corpo de enfermagem é maior em relação às outras categorias profissionais, sugerindo que essa problemática pode não estar sendo bem trabalhada na formação profissional, além de que, se não houver resolutividade, a enfermagem pode tornar-se a maior categoria perpetuadora de comportamentos destrutivos nas unidades de saúde.

Outro fator que destaca a equipe de enfermagem como categoria perpetradora de comportamentos destrutivos pode ter relação com o local desse estudo, visto que a maioria dos participantes atua nas unidades de internação clínica e cirúrgicas, nas quais não há, rotineiramente, a presença constante de outras categorias profissionais convivendo ao mesmo tempo. O convívio diuturno da equipe de enfermagem com seus pares, atrelado à sobrecarga de trabalho, pode contribuir para a ocorrência de comportamentos antiprofissionais.

Na tabela 5, em relação à experiência pessoal, 43,5% dos participantes afirmaram ser alvo frequente de comportamento antiprofissional (diariamente, semanalmente e mensalmente) e pouco mais de um terço referiu vivenciar tais condutas há mais de 1 ano.

Com relação à frequência da ocorrência de comportamentos antiprofissionais nas unidades avaliadas, os números demonstram que raramente acontecia, no entanto, com relação

ao tempo que esses comportamentos acontecem, uma boa parte respondeu que já ocorriam há mais de um ano. De modo análogo, grande parte dos profissionais, no último ano, já observou algum colega de trabalho ser alvo de comportamento antiprofissional.

As consequências do comportamento destrutivo no trabalho em saúde influenciam o clima organizacional da instituição, e podem se manifestar por de um ambiente de trabalho tóxico ou hostil, fortemente associado a uma qualidade comprometida do cuidado e da segurança do paciente. Promove também falhas na comunicação, resultando em perda de informações, contraordens e falta de consistência nas decisões, aumentando a desorganização da equipe (OMAR; SALAM; AL-SURIMI, 2019; CULLATI et al., 2019).

De acordo com Rheder (2020), comportamentos antiprofissionais ocorrem com frequência nos cuidados de saúde e afetam adversamente o atendimento ao paciente e satisfação no trabalho do profissional de saúde, estando ligados ao aumento da frequência de fatores adversos, eventos médicos e erros médicos, diminuição da segurança do paciente, menor qualidade de atendimento e maior mortalidade de pacientes, além de resultados organizacionais, como custo, rotatividade de pessoal, e insatisfação no trabalho.

Quanto à associação do nível de inteligência emocional da amostra com os domínios do SSEIT e as subescalas 3 e 4 do JH-DCBS (Resposta ao comportamento antiprofissional e Motivo para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional) (Tabelas 6 e 7), não foi constatada significância estatística, porém observou-se que o aumento do nível de inteligência emocional influenciou positivamente a resposta ao comportamento antiprofissional ($p=0,127$) (subescala 3), reforçando a importância de investimento nas habilidades de inteligência emocional.

Para resolução da problemática supracitada sugere-se, então, a abertura de espaços de simulações aos profissionais, que poderiam ser realizados em forma de educação continuada, promovendo um aprendizado prático, ensinando aos profissionais habilidades de como se portar diante de comportamentos destrutivos, e para que conseguissem também dissociar os acontecimentos, transformando a vivência em experiências positivas (CLARK, 2019).

Outro estudo realizado com estudantes de enfermagem simulou uma unidade de enfermagem em um ambiente fechado, onde eles puderam observar como era realizado a assistência ao paciente, escutarem o barulho na unidade, as relações de trabalho, e também como a prática de comportamentos destrutivos na unidade afeta as decisões tomadas após ocorrido. Os alunos relataram que perceberam como o ambiente era “complexo, barulhento, confuso e perturbador”, e relataram que “foi revelador ver a rapidez com que uma unidade pode se tornar caótica quando o bullying/comportamento destrutivo ou a falta de comunicação

ocorrem no ambiente” e avaliaram como uma “boa experiência para refletir sobre ambientes caóticos nas interações negativas com pares/equipe de enfermagem”, e também uma boa oportunidade de aprendizagem (AEBERSOLD; SCHOVILLE, 2020).

A literatura afirma, ainda, que instituições de saúde, agências reguladoras e organizações profissionais de enfermagem estão prestando muita atenção ao impacto da incivilidade, bullying e violência no local de trabalho e estão desenvolvendo e implementando estratégias baseadas em evidências e melhores práticas para prevenir e abordar os problemas (CLARK, 2019).

Para sanar tais problemáticas, a alta direção e a coordenação dos setores devem estar alinhadas para evitar que o comportamento destrutivo aconteça, promovendo treinamentos das equipes sobre como reconhecer e lidar com comportamentos destrutivos, além de promover a introdução e manutenção de um sistema de relatórios, que seja eficaz para a notificação de comportamentos destrutivos/antiprofissionais, além de elaborar políticas efetivas de tolerância zero, como consequência máxima, revogar autorizações de trabalho de perpetradores comprovados (OMAR; SALAM; AL-SURIMI. 2019).

Ademais, deve haver maior rigor na contratação de novos profissionais na equipe de saúde, reforçando as normas de equipe, descrevendo a visão, a missão e os valores compartilhados da instituição; além da definição de civilidade e discussão sobre o impacto negativo da incivilidade e outras práticas no local de trabalho que podem comprometer a segurança do paciente (CLARK, 2019).

E, sempre que necessário, é importante haver modificações de normas da equipe para que haja adequação do trabalho realizado frente à realidade de equipamentos disponíveis para a prestação do cuidado.

Também é importante reconhecer e celebrar as conquistas individuais e coletivas, alimentando o impulso para a mudança e recompensando os esforços individuais e organizacionais. As celebrações honram e recompensam sucessos, conquistas e realizações. As evidências de sucesso incluem atingir metas de longo e curto prazo, desfrutar de altos níveis de moral e satisfação no trabalho, melhorar as habilidades de comunicação e negociação de conflitos, dar e receber reconhecimento significativo, desenvolver novos programas e iniciativas e aumentar a visibilidade e o reconhecimento da comunidade (CLARK, 2019).

Como sugestão, deve-se incorporar à educação permanente o conteúdo e as ferramentas para desenvolvimento de habilidades que fomentem o aumento da inteligência emocional; além disso, os supervisores de enfermagem devem inspirar os enfermeiros a integrar

a inteligência emocional na prática diária para alcançar o atendimento integral ao paciente (ISSA et al., 2022).

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa analisou as habilidades de inteligência emocional e as respostas a comportamentos destrutivos no contexto hospitalar.

Obteve-se uma amostra predominantemente feminina, atuante em diferentes áreas do hospital, com média de idade de 39 anos, cooperada, com considerável tempo de serviço e carga de trabalho de 40 horas semanais.

Avaliando a inteligência emocional dos participantes, constatou-se uma amostra com elevado nível de inteligência emocional. Com relação aos domínios que tiveram maiores pontuações, destacaram-se a “Percepção das Emoções” (1) e o “Manejo das Próprias Emoções” (2).

Os participantes identificaram quatro condutas características de comportamentos antiprofissionais que acontecem raramente a mensalmente: comportamento passivo-agressivo, Linguagem autoritária/Humilhação/Jogo de poder, Conflito e Grosseria/desrespeito. Os perpetradores geralmente são profissionais de mais de uma categoria, mas destacaram-se os enfermeiros e técnicos de enfermagem. Como fatores desencadeantes do comportamento antiprofissional, destacou-se a pressão para dar conta do número, volume e fluxo de pacientes.

Sobre as respostas ao comportamento antiprofissional, obteve-se respostas positivas, como buscar apoio do gerente/supervisor para abordar a pessoa não profissional, tentar esclarecer a razão de um comportamento antiprofissional, além de relatar o comportamento antiprofissional por meio do sistema de comunicação/notificação do hospital. Ademais, quando questionada sobre o motivo para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional, grande parte dos participantes afirmou se sentir confortável em abordar o perpetrador, além de sentir que as problemáticas são resolvidas quando abordam a pessoa envolvida.

O maior impacto do comportamento antiprofissional está relacionado à insatisfação e ao desgaste emocional gerado para os trabalhadores participantes da pesquisa, além de danos ao paciente.

Não houve significância estatística na relação de habilidades de inteligência emocional à resposta a comportamentos destrutivos no contexto hospitalar, no entanto observou-se que o aumento do nível de inteligência emocional influenciou positivamente a resposta ao comportamento antiprofissional.

O estudo apresenta limitações, como: recusas dos profissionais devido ao tema abordado, medo de eventuais repercussões e falta de tempo; e muitas dúvidas no preenchimento

dos instrumentos, talvez relacionadas aos termos técnicos específicos de uma linguagem de pesquisa na área gerencial e organizacional, a qual não é comumente utilizada nos ambientes de prática. A amostra também não foi atingida conforme o esperado, pois muitos não devolveram o instrumento preenchido, associado às recusas e aos que não atenderam ao critério de inclusão.

Sugere-se, portanto, que mais pesquisas sejam realizadas, a fim de investigar com mais profundidade a relação entre as habilidades de inteligência emocional e as respostas a comportamentos destrutivos no contexto hospitalar. Para tanto, pode-se pensar em delineamentos observacionais que sejam capazes de comprovar as especificidades desses dois constructos.

REFERÊNCIAS

AEBERSOLD, Michelle; SCHOVILLE, Rhonda. How to prevent the next generation of nurses from “eating their young”. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 38, p. 27-34, 2020.

BELAY, Alemayehu Sayih; KASSIE, Aychew. Emotional intelligence and clinical performance of undergraduate nursing students during obstetrics and gynecology nursing practice; Mizan-Tepi University, South West Ethiopia. **Advances in medical education and practice**, p. 913-922, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução no 466, de 12 de

CLARK, Cynthia M. Fostering a culture of civility and respect in nursing. **Journal of Nursing Regulation**, v. 10, n. 1, p. 44-52, 2019.

CULLATI, Stéphane et al. When team conflicts threaten quality of care: a study of health care professionals' experiences and perceptions. **Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes**, v. 3, n. 1, p. 43-51, 2019.

FERRANDO, Pere J.; LORENZO-SEVA, Urbano. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, v. 78, n. 5, p. 762-780, 2018.

GHOREISHI, Fatemeh Sadat et al. Evaluation of emotional intelligence and job satisfaction in employees of kashan hospitals. **Nursing and midwifery studies**, v. 3, n. 1, 2014.

HEYDARI, Abbas; KARESHKI, Hossein; ARMAT, Mohammad Reza. Is nurses' professional competence related to their personality and emotional intelligence? a cross-sectional study. **Journal of Caring Sciences**, v. 5, n. 2, p. 121, 2016.

ISSA, Marwan Rasmi et al. The relationship between emotional intelligence and pain management awareness among nurses. In: **Healthcare**. MDPI, 2022. p. 1047.

JANSEN, Trine-Lise et al. Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. **Nursing ethics**, v. 27, n. 5, p. 1315-1326, 2020.

KATSANTONI, Kalliopi et al. Prevalence of compassion fatigue, burn-out and compassion satisfaction among maternity and gynecology care providers in Greece. **Materia socio-medica**, v. 31, n. 3, p. 172, 2019.

LEE, Ye Hoon; CHELLADURAI, Packianathan. Emotional intelligence, emotional labor, coach burnout, job satisfaction, and turnover intention in sport leadership. **European Sport Management Quarterly**, v. 18, n. 4, p. 393-412, 2018.

MORENO-LEAL, Pedro et al. Disruptive behavior at hospitals and factors associated to safer care: A systematic review. In: **Healthcare**. MDPI, 2021. p. 19.

OMORONYIA, Faith R.; OYAMA, Lovetha E.; OBANDE, Elizabeth I. Psychiatric Nurses' Level of Emotional Intelligence in a Developing Country: A Survey in Neuropsychiatric

Hospitals in The Niger-Delta Region, Nigeria. **EAS Journal of Nursing and Midwifery**, v. 2, n. 3, 2020.

RAMADAN, Eman Nabil et al. The effect of emotional intelligence program on nursing students' clinical performance during community health nursing practical training. **Am J Nurs Res**, v. 8, n. 3, p. 361-371, 2020.

ROCHEFORT, Christian M.; CLARKE, Sean P. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 10, p. 2213-2224, 2010.

STOCHERO, André Vernier et al. Qualidade de vida do enfermeiro na emergência. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 39, p. 107-119, 2022.

REHDER, Kyle J. et al. Associations between a new disruptive behaviors scale and teamwork, patient safety, work-life balance, burnout, and depression. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 46, n. 1, p. 18-26, 2020.

ROSENSTEIN, Alan H.; STARK, Dianna. Emotional Intelligence: A Critical Tool to Understand and Improve Behaviors That Impact Patient Care.

SALOVEY, Peter; MAYER, John D. Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality, v. 9, n. 3, p. 185-211, 1990.

SCHUTTE, Nicola S. et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. **Personality and individual differences**, v. 25, n. 2, p. 167-177, 1998.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de Enfermagem no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 135-145, 2019.

TANEJA, Neha et al. Personality traits as a predictor of emotional intelligence among medical students. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 9, 2020.

TOLEDO JÚNIOR, Antonio; DUCA, João Gabriel Menezes; COURY, Marayra Ines França. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 109-114, 2018.

ULLAH, Shakir et al. Emotional Intelligence and Burn out among nurses working in tertiary hospitals of KPK: Emotional Intelligence and Burn out. **Pakistan Journal of Health Sciences**, p. 11-16, 2022.

ULUPINAR, Sevim; AYDOGAN, Yagmur. New graduate nurses' satisfaction, adaptation and intention to leave in their first year: A descriptive study. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n. 6, p. 1830-1840, 2021.

URQUIJO, Itziar; EXTREMERA, Natalio; AZANZA, Garazi. The contribution of emotional intelligence to career success: Beyond personality traits. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 23, p. 4809, 2019.

VILLAFRANCA, Alexander; FAST, Ian; JACOBSON, Eric. Disruptive behavior in the operating room: prevalence, consequences, prevention, and management. **Current Opinion in Anesthesiology**, v. 31, n. 3, p. 366-374, 2018.

WALRATH, Jo M.; DANG, Deborah; NYBERG, Dorothy. An organizational assessment of disruptive clinician behavior: findings and implications. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 28, n. 2, p. 110-121, 2013.

ZADEH, Sahar Ebrahim; HAUSSMANN, Robert; BARTON, Craig D. Health care risk managers' consensus on the management of inappropriate behaviors among hospital staff. **Journal of Healthcare Risk Management**, v. 38, n. 4, p. 32-42, 2019.

ZAMAN, Nimra et al. Role of emotional intelligence in job performance of healthcare providers working in public sector hospitals of Pakistan. **Journal of Mind and Medical Sciences**, v. 8, n. 2, p. 245-251, 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa: “DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO NOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROJETO MULTIFÁSICO DE MÉTODOS MISTOS” que tem como pesquisadoras responsáveis Silvania Braga Ribeiro e Roberta Meneses Oliveira. A justificativa para esta pesquisa se dá pela necessidade da realização do mapeamento dos processos da instituição a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como potencializar a satisfação dos pacientes e dos profissionais. Gostaríamos de solicitar sua autorização para aplicar um questionário de avaliação do serviço e uma entrevista, com a gravação de voz, concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados com os seguintes direitos:

1. Ter acesso à gravação e transcrição dos áudios;
2. Ter a garantia que os áudios coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas e eventos científicos;
3. Não ter a identificação revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas.
4. Os áudios serão deletados após a transcrição deles. Será garantido o sigilo dos seus dados, sem nenhuma exposição do seu nome e das respostas, inclusive quando os resultados forem apresentados, promovendo um ambiente mais confortável e diminuindo o risco de algum desconforto mediante as respostas. Os resultados servirão apenas para fins acadêmicos, podendo ser submetidos em periódicos e apresentados em congressos científicos, contudo os dados pessoais estarão preservados. Os riscos em participar do estudo envolvem o desconforto e responder a perguntas subjetivas e que permitem a avaliação do serviço prestado, o que pode gerar inquietações e desconforto, além da perda de tempo. Porém, as pesquisadoras ressaltam que o tempo de sua participação será otimizado e ficará a seu critério interromper ou continuar a entrevista ou resposta ao questionário no momento em que desejar. Essa pesquisa terá como benefícios a avaliação da qualidade da assistência prestada no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, bem como a revisão, a monitorização e organização dos processos organizacionais da instituição, favorecendo análise situacional e intervenções institucionais que favorecerão a cultura de segurança do paciente e a melhoria dos processos assistenciais com foco na qualidade em saúde. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável: Silvania Braga Ribeiro, pelo telefone fixo/celular (85) 9 9605 3314 ou pelo e-mail sil.br.me@gmail.com. Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (CEP-HM) – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – no telefone (85) 3247-3342, e-mail cep.hm@hm.ce.gov.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda, quarta,

quinta e sexta-feira, das 08h00min às 14h00min e na terça-feira das 12h00min às 18h00min, na Av. Frei Cirilo, 3480, Bairro Messejana, Fortaleza-CE, CEP: 60.846-285. Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Sylvania Braga Ribeiro e sua equipe. Consentimento Livre e Esclarecido Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar. Como pesquisador responsável pelo estudo: “DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO NOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROJETO MULTIFÁSICO DE MÉTODOS MISTOS”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo. Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirem as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Local: _____

Data: ___/___/___

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

1. Sexo:

1. Masculino

2. Feminino

2. Idade: _____ anos.

3. Categoria profissional:

1. Médico do corpo clínico
2. Médico residente/treinamento
3. Enfermeiro assistencial
4. Técnico de enfermagem
5. Auxiliar de enfermagem
6. Farmacêutico
7. Nutricionista
8. Fisioterapeuta
9. Terapeuta ocupacional
10. Fonoaudiólogo
11. Técnico (ex: ECG, Radiologia, Laboratório)
12. Odontólogo.
13. Outro.

Especifique: _____

4. Função:

1. Profissional da assistência
2. Gestor/coordenador de unidade
3. Coordenador de área (ex: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, dentre outras)
4. Direção clínica/ administrativa
5. Outra (especificar): _____

5. Pós graduação (somente para graduados):

- 1 Sim
- 2 Não

6. Se sim, em que área: _____

7. Vínculo empregatício:

- 1 Concursado
- 2 Cooperado
- 3 Celetista
- 4 Outro

(especificar): _____

8. Setor/unidade de atuação:

1. Unidade de Internação Clínica ou Cirúrgica.

Especificar: _____

2. Bloco cirúrgico
3. Pediatria (unidades de internação ou Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica)
4. Emergência
5. Unidade de Terapia Intensiva Adulto
6. Ambulatório/paciente externo
7. Farmácia
8. Laboratório
9. Radiologia
10. Muitas áreas diferentes do hospital/nenhuma unidade específica

11. Outra.

Especificar: _____

9. Tempo de formado (anos): _____ [OBS: se 6 meses, colocar 0.5]

10. Tempo de serviço (anos): _____ [OBS: se 6 meses, colocar 0.5]

11. Tempo de atuação na área atual (anos): _____ [OBS: se 6 meses, colocar 0.5]

12. Carga horária de trabalho semanal: _____ horas por semana

13. Turno de trabalho:

1 Manhã

2 Tarde

3 Plantão - Manhã e tarde

4 Noite

14. Número médio de pacientes sob sua responsabilidade no plantão (somente pros assistenciais):

15. Qual a sua percepção sobre a qualidade do cuidado oferecido ao paciente na unidade em que trabalha?

1 Muito ruim

2 Ruim

3 Boa

4 Muito boa

16. Qual a sua percepção sobre a adequação de recursos humanos na unidade em que trabalha?

1 Muito ruim

2 Ruim

3 Boa

4 Muito boa

17. Qual a sua percepção sobre a adequação de recursos materiais na unidade em que trabalha?

1 Muito ruim

2 Ruim

3 Boa

4 Muito boa

18. Qual a sua percepção sobre a adequação de recursos tecnológicos na unidade em que trabalha?

1 Muito ruim

2 Ruim

3 Boa

4 Muito boa

19. Qual a percepção sobre a sua satisfação profissional ATUAL na unidade de trabalho?

1 Muito insatisfeito

2 Insatisfeito

3 Satisfeito

4 Muito satisfeito

20. Você tem intenção de deixar a sua área profissional nos próximos 12 meses?

1 Sim

2 Não

21. Se sim, numa escala de 0 a 10, qual a sua intenção, sendo 0 a menor e 10 a maior intenção:

ANEXO A - TESTE DE AUTORRELATO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE SCHUTTE - VERSÃO BRASILEIRA

TESTE DE AUTO RELATO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE SCHUTTE - VERSÃO BRASILEIRA					
<p>Instruções Para cada um dos itens abaixo apresenta uma afirmação sobre suas emoções ou reações associadas a emoções. Após decidir se a afirmativa é ou não verdadeira para você, use a escala de 5 pontos para cada afirmativa. Por favor, circule "1" se você discorda totalmente com a descrição a seu respeito, "2" se você discorda parcialmente, "3" se você nem discorda, nem concorda, "4" se você concorda parcialmente com a descrição a seu respeito, e "5" se você concorda totalmente que a afirmativa representa suas emoções ou reações.</p> <p>Não há respostas certas ou erradas. Marque a resposta que melhor descreve suas emoções ou reações.</p> <p>1 = discordo totalmente 2 = discordo parcialmente 3 = nem discordo, nem concordo 4 = concordo parcialmente 5 = concordo totalmente</p> <p style="text-align: center;">Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um X em caso de erro, preencha por completo o quadrado <input type="checkbox"/> e assinale com um X a opção correta</p>					
Pergunta	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem discordo, nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu sei quando falar sobre meus problemas pessoais com outras pessoas	1	2	3	4	5
2. Quando eu enfrento um problema, lembro-me das ocasiões em que enfrentei problemas semelhantes e consegui resolvê-los	1	2	3	4	5
3. Eu espero me sair bem na maioria das coisas que tento fazer.	1	2	3	4	5
4. As pessoas acham fácil confiar em mim	1	2	3	4	5
5. Eu acho difícil entender as mensagens não verbais de outras pessoas	1	2	3	4	5
6. Alguns dos eventos principais de minha vida me levaram a reavaliar o que é importante e o que não é importante para mim.	1	2	3	4	5
7. Quando meu humor muda, eu percebo novas possibilidades.	1	2	3	4	5
8. Emoções são uma das coisas que fazem minha vida valer a pena.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho consciência de minhas emoções quando eu as sinto.	1	2	3	4	5
10. Eu espero que coisas boas aconteçam.	1	2	3	4	5
11. Eu gosto de compartilhar minhas emoções com outras pessoas	1	2	3	4	5
12. Quando eu experimento uma emoção positiva, eu sei como fazê-la durar mais.	1	2	3	4	5

Pergunta	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem discordo, nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
13. Eu organizo eventos que outras pessoas gostam.	1	2	3	4	5
14. Eu procuro atividades que me fazem feliz.	1	2	3	4	5
15. Eu tenho consciência das mensagens não verbais que transmito aos outros.	1	2	3	4	5
16. Eu me apresento de maneira que cause boa impressão aos outros.	1	2	3	4	5
17. Quando estou de bom humor, acho fácil resolver problemas.	1	2	3	4	5
18. Ao olhar a expressão facial das pessoas, eu consigo reconhecer as emoções que elas estão experimentando.	1	2	3	4	5
19. Eu sei porque minhas emoções mudam.	1	2	3	4	5
20. Quando eu estou de bom humor, eu sou capaz de ter novas ideias	1	2	3	4	5
21. Eu tenho controle sobre minhas emoções.	1	2	3	4	5
22. Eu reconheço facilmente minhas emoções quando as vivencio.	1	2	3	4	5
23. Eu me motivo quando imagino os bons resultados nas tarefas que assumo.	1	2	3	4	5
24. Eu elogio os outros quando fazem algo bem feito.	1	2	3	4	5
25. Eu identifico as mensagens não verbais que as outras pessoas enviam.	1	2	3	4	5
26. Quando outra pessoa me fala sobre um evento importante em sua vida, eu quase me sinto como se eu tivesse vivido aquilo.	1	2	3	4	5
27. Quando sinto uma mudança nas minhas emoções, eu tenho a tendência de ter novas ideias.	1	2	3	4	5
28. Quando enfrento um desafio, eu desisto porque acho que vou falhar.	1	2	3	4	5
29. Eu sei o que outras pessoas estão sentindo só de olhar para elas.	1	2	3	4	5
30. Eu ajudo as pessoas a se sentirem melhor quando elas estão tristes.	1	2	3	4	5
31. Eu uso o bom humor para me ajudar a continuar enfrentando os obstáculos.	1	2	3	4	5
32. Eu posso dizer como as pessoas estão se sentindo ao ouvir o tom de sua voz.	1	2	3	4	5
33. É difícil para mim entender o porquê das pessoas se sentirem como elas se sentem	1	2	3	4	5

ANEXO B – JONHS HOPKINS DISRUPTIVE CLINICIAN BEHAVIOR SURVEY – VERSÃO BRASILEIRA

COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL

Considere comportamentos antiprofissionais 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 antiprofissional?

1. Sim 2. Não

CARGO/FUNÇÃO DA PESSOA ANTI-PROFISSIONAL

14. No último ano, o cargo/função exercido pela pessoa cujo comportamento antiprofissional 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 antiprofissional 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 antiprofissional 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) antiprofissional (ais). No último ano, considere a presença deste (s) fator (es) e marque quão frequentemente eles resultaram em comportamento (s) antiprofissional (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) antiprofissional (ais). Marque o seu nível de concordância com cada afirmativa.

24. Eu abordo a pessoa com comportamento antiprofissional com confiança.

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

25. Eu relato o comportamento antiprofissional 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 antiprofissional 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 antiprofissional.

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 antiprofissional 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 antiprofissional.

- 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 antiprofissional. Marque o seu nível de concordância com cada afirmativa.

32. Eu não fico confortável em abordar a pessoa com comportamento antiprofissional.

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

33. Eu não tenho tempo para abordar a pessoa com comportamento antiprofissional.

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

34. Eu evito abordar uma pessoa antiprofissional devido ao medo.

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

35. Eu não abordo a pessoa com comportamento antiprofissional 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 antiprofissional.

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

37. Eu acho difícil abordar a pessoa com comportamento antiprofissional 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 antiprofissional 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 antiprofissional diminui minha moral.

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

39. O comportamento antiprofissional diminui minha satisfação no trabalho.

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

40. O comportamento antiprofissional gera desgaste emocional em mim.

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

41. O comportamento antiprofissional causa dilemas éticos para mim.

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

42. O comportamento antiprofissional me leva a ter sintomas físicos.

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

43. O comportamento antiprofissional 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 antiprofissionais no último ano:

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

DANO AO PACIENTE DEVIDO AO COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL

As seguintes informações se concentram no impacto do comportamento antiprofissional nos pacientes.

45. No último ano, o (s) evento (s) de comportamento antiprofissional 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 antiprofissional 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 C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO NOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROJETO MULTIFÁSICO DE MÉTODOS MISTOS

Pesquisador: Silvania Braga Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59296022.2.0000.5039

Instituição Proponente: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.495.015

Apresentação do Projeto:

INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1960376.pdf No âmbito da atenção à saúde, as instituições hospitalares representam papel importante na sociedade, requerendo uma preocupação constante com o planejamento da gestão hospitalar, para que suas diretrizes sejam reafirmadas e alcançadas. Desse modo, a implantação de processos de melhoria contínua com indicadores de qualidade é um passo necessário para a avaliação dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BÁO et al, 2019). Nesse contexto, para a organização do trabalho em saúde, utilizam-se processos gerenciais relacionados à

formulação de políticas e diretrizes, ao estabelecimento de indicadores de desempenho e às formas de avaliação dos resultados alcançados, redesenho e reorganização de processos (CASADO, 2017). O mapeamento de processos é uma ferramenta de gestão que direciona e organiza a padronização dos fluxos de trabalho com o objetivo de maior eficiência, controle e qualidade do serviço prestado. Sua aplicação visa auxiliar a

gestão na identificação dos processos tornando evidentes as atividades e os resultados bons e ruins que a instituição possui, apresentando, assim, diagnósticos e intervenções para elaboração e implementação de melhorias (MARTINI; 2020). Assim, o investimento nos processos organizacionais para a gestão do cuidado e para a segurança do paciente no ambiente hospitalar

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Mesejana

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.840-285

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.495.015

compreende uma iniciativa gestora frente à melhoria das atividades exercidas pelos profissionais e a qualidade do cuidado prestado, tendo como objetivo otimizar o serviço. Essa ação pode ser realizada por meio da utilização da qualidade como indicador de melhoria de processos gerenciais e assistenciais da prática clínica, associados intimamente com a satisfação dos clientes e dos profissionais envolvidos. O uso de ferramentas de qualidade auxilia na implementação de ações de melhorias, no engajamento profissional e no alinhamento de todos a um objetivo comum com a instituição (GALDINO; REIS et al, 2016). Os indicadores de qualidade são as principais ferramentas para o gerenciamento da melhoria da qualidade. Além de serem indispensáveis no contexto hospitalar, é por meio destes que é possível medir e monitorar a qualidade das assistências e seus processos envolvidos, bem como identificar falhas e erros, avaliar desempenho e estabelecer metas. (BÁO et al, 2019; GALDINO; REIS et al, 2016). Em estudo com enfermeiros do sul do Brasil, cujo objetivo foi analisar como esses profissionais reconhecem e utilizam os indicadores de qualidade no gerenciamento de boas práticas em saúde, as participantes relataram que essa vem sendo uma prática muito comum, possibilitando conhecer o perfil epidemiológico do setor e orientando a elaboração de planos de ações para os indicadores que não alcançaram as metas propostas. Em contrapartida, não abordaram aspectos acerca da efetividade dos planos de ações (BÁO et al, 2019). Nessa perspectiva, ações disponíveis e consagradas voltadas para diminuir eventos adversos, como infecções, lesão por pressão e erros de medicação, o estímulo à adesão a protocolos e diretrizes clínicas e o estabelecimento de programas de educação continuada de profissionais de saúde, devem compor a lista de prioridades dos gestores hospitalares e dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente hospitalizado (MENDES et al., 2013). No entanto, apesar dos avanços nos protocolos e nas diretrizes para a consolidação da cultura de segurança, a ocorrência de incidentes que comprometem a segurança do paciente ainda se configura como um desafio permanente em todas as instituições que prestam serviços de assistência à saúde. O impacto dos eventos adversos para profissionais, pacientes e instituições é um problema mundialmente relevante, e representa, também, um enorme prejuízo em termos financeiros. A mensuração dos dados sobre tais incidentes fornece, portanto, subsídios para formular planos e estratégias, objetivando a melhora significativa na segurança do paciente (LORENZINI et al., 2014). Autores sugerem, portanto, o repensar sobre a maneira como hoje vêm sendo vistos os indicadores de qualidade, de forma a envolver a equipe multidisciplinar na discussão dos

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Mesejana

CEP: 60.840-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.495.015

resultados, buscando a efetividade do cuidado prestado pela equipe de saúde como um todo e a sustentação da prática baseada em evidências (BÁO et al, 2019). Aqui reside a essência deste projeto multifásico de métodos mistos: aliar pesquisa

e intervenção com ações de planejamento, diagnóstico e avaliação de processos bem como das equipes de profissionais que atuam em hospital público de referência do Nordeste brasileiro. Questiona-se: Como tem sido monitorados os processos organizacionais para a gestão do cuidado e da qualidade na instituição? Há política de gestão da qualidade implementada no serviço? Como são realizadas as ações de gerenciamento de riscos e

segurança do paciente? O plano de segurança do paciente encontra-se ativo e conhecido pelos trabalhadores da instituição? Oficinas com gestores para levantamento de dificuldades pode fortalecer as ações de melhoria a serem implementadas? Metodologias ativas de ensino-aprendizagem podem ser úteis na aquisição de competências para o monitoramento da qualidade e a segurança dos processos assistenciais entre trabalhadores

da assistência? Cabe ressaltar que a qualidade, consistente e positivamente avaliada no contexto da Acreditação Hospitalar, evidencia a importância deste sistema de gestão da qualidade no âmbito das instituições de saúde. O envolvimento dos profissionais de enfermagem, a maior categoria profissional neste cenário, reflete na prestação dos serviços assistenciais com qualidade e, portanto, na instituição em sua totalidade (CERVILHERI et al., 2020). No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) gerou impactos positivos nos últimos anos. Embora sua aplicação ainda esteja em fase inicial, acredita-se que este será um marco em termos de qualidade da saúde no país. Trata-se da “porta de entrada” para aliar a busca pela qualidade com o respeito aos direitos constitucionais do paciente, ainda desconhecidos e, portanto, malcuidados no Brasil (BEHRENS, 2019). Não obstante, apesar do engajamento dos profissionais nesses processos de melhoria contínua, ainda se faz necessário aplicar metodologias capazes de colocar o usuário no centro do sistema, na condição de sujeito, e não de objeto. Alcançar este ideal causaria verdadeira revolução no sistema de saúde, inclusive em relação a custos, uma vez que pacientes mais comprometidos – “engajados” com o próprio tratamento conseguiriam, junto com a equipe de saúde, resultados mais eficazes e menor probabilidade de reincidência (BEHRENS, 2019). Nesse sentido, a justificativa para

esse trabalho se dá pela necessidade de revisar os processos organizacionais para a gestão do cuidado e da qualidade em hospital público de referência, bem como as potencialidades e as dificuldades enfrentadas por gestores, trabalhadores de saúde e usuários para a garantia de uma assistência segura. Olhar para os dados encontrados nos indicadores monitorados faz parte do

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Mesejana

CEP: 60.840-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.495.015

gerenciamento de boas práticas em saúde, visto que maior atenção a estas pode propiciar cuidados que evitem danos futuros aos pacientes. O reconhecimento dos indicadores de qualidade e sua utilização no âmbito hospitalar influenciam positivamente o gerenciamento de boas práticas em saúde e a assistência prestada (BÁO et al, 2019). Nesse sentido, a justificativa para esta pesquisa se dá pela necessidade da realização do mapeamento dos processos da instituição a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como potencializar a satisfação dos pacientes e dos profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar diagnóstico situacional, planejamento e intervenção nos processos organizacionais da gestão do cuidado em saúde de hospital público, com foco na Gestão da Qualidade e na Segurança do Paciente.

Objetivo Secundário:

- Identificar os processos organizacionais existentes na instituição, incluindo normas, rotinas, procedimentos operacionais padrão e protocolos;
- Mapear os processos assistenciais e gerenciais com base no diagnóstico situacional;
- Realizar avaliação de desempenho dos profissionais no preenchimento das planilhas de monitoramento dos indicadores assistenciais.
- Monitorar indicadores relacionados aos recursos humanos em saúde, à assistência e aos resultados dos pacientes;
- Revisar e atualizar os instrumentos de avaliação de riscos assistenciais;
- Monitorar, descrever e avaliar os processos relacionados à segurança do paciente instituídos no hospital (identificação segura, comunicação efetiva, infecção relacionada à assistência à saúde, quedas, cirurgia segura, processo de segurança medicamentosa preparo/administração);
- Verificar ocorrência, notificação e manejo de incidentes relacionados à administração de medicamentos, queda do leito, lesões por pressão, processo cirúrgico e infecção relacionada à assistência à saúde, bem como seus fatores contribuintes e desfechos;
- Planejar e implementar atividades de educação permanente voltadas para as não conformidades e as necessidades de treinamento identificadas, utilizando metodologias ativas de ensino e aprendizagem; Implementar planos de melhoria nos

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Mesejana

CEP: 60.840-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.495.015

processos organizacionais da instituição;

- Avaliar as ações realizadas junto à equipe de saúde e gestores.
- Verificar a carga de trabalho dos profissionais por meio de índices prognósticos de enfermagem, correlacionando-a com variáveis individuais e ocupacionais;
- Aplicar instrumentos de medida de comportamento organizacional validados para o Brasil, incluindo constructos como Ambiente de Prática Profissional, Clima de Segurança, Burnout, Inteligência Emocional, Comportamentos anti profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos em participar do estudo envolvem o desconforto e responder a perguntas subjetivas e que permitem a avaliação do serviço prestado, o que pode gerar inquietações e desconforto, além da perda de tempo. Porém, as pesquisadoras ressaltam que o tempo de sua participação será otimizado e ficará a seu critério interromper ou continuar a entrevista ou resposta ao questionário no momento

Benefícios:

Essa pesquisa terá como benefícios a avaliação da qualidade da assistência prestada no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, bem como a revisão, a monitorização e organização dos processos organizacionais da instituição, favorecendo análise situacional e intervenções institucionais que favorecerão a cultura de segurança do paciente e a melhoria dos processos assistenciais com foco na qualidade em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizada uma pesquisa de métodos mistos por meio de um projeto multifásico.

Na pesquisa de métodos mistos, o pesquisador coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos

(tendo por base as questões de pesquisa); mistura (ou integra ou vincula) as duas formas de dados concomitantemente, combinando-os (ou misturando-os) de modo sequencial, fazendo um construir o outro ou incorporando um no outro; dá prioridade a uma ou a ambas as formas de dados (em termos do que a pesquisa enfatiza); usa esses procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de estudo; estrutura esses procedimentos de acordo com visões de mundo filosóficas e lentes teóricas; e combina os procedimentos em projetos de

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Messejana

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.840-285

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.495.015

pesquisa específicos que direcionam o plano para a condução do estudo (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013).

A pesquisa de métodos mistos encoraja o uso de múltiplas visões de mundo, ou paradigmas (i.e., crenças e valores), em vez de associação típica de alguns paradigmas com a pesquisa quantitativa e outros para a pesquisa qualitativa. Trata-se de uma pesquisa “prática” no sentido de que o pesquisador está livre para usar todos os métodos possíveis para abordar um problema de pesquisa. É também “prática” porque os indivíduos tendem a resolver os problemas usando tanto números quanto palavras, combinam o pensamento indutivo e o dedutivo, e empregam as habilidades em observar as pessoas e também em registrar seu comportamento (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013).

Em projetos que abrangem vários anos e têm muitos componentes, como estudos de avaliação e investigações de saúde que duram muitos anos (o caso deste estudo), os pesquisadores podem precisar conectar vários estudos para atingir um objetivo geral. Esses estudos podem envolver projetos que coletem tanto dados quantitativos quanto qualitativos simultaneamente ou que coletem as informações sequencialmente. Podemos considerá-los estudos de métodos mistos multifásicos ou de múltiplos projetos. Esses projetos com frequência envolvem equipes de pesquisadores trabalhando juntos durante muitas fases do projeto (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Aceite pesquisa clinica - OK

Termo de depósito - OK

Folha rosto.pdf - OK

anuncia.pdf - OK

Termo compromisso ético.pdf - OK

Termo confidencialidade.pdf - OK

autorizacao.pdf - OK

Tcle.pdf - OK

projeto.pdf - OK

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Mesejana

CEP: 60.840-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.495.015

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora deverá ir à Unidade de Pesquisa Clínica, munida deste parecer, Para receber o crachá e iniciar a pesquisa

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1960376.pdf	23/06/2022 09:31:00		Aceito
Outros	pesquisaclinica.jpg	23/06/2022 09:27:32	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Outros	termofieldepositorio.jpg	23/06/2022 09:22:27	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	03/06/2022 15:23:27	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Outros	coletadedados.pdf	03/06/2022 12:19:48	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Outros	anuncia.pdf	03/06/2022 12:16:32	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Outros	compromissoetico.pdf	03/06/2022 12:01:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	03/06/2022 11:59:57	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	03/06/2022 11:58:01	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/06/2022 11:45:12	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	03/06/2022 11:05:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Mesejana

CEP: 60.840-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.495.015

Não

FORTALEZA, 28 de Junho de 2022

Assinado por:
Armênia Uchôa de Mesquita
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Mesejana

CEP: 60.840-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

