



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

NATHALIA LUCHO ZIMMER

**ANÁLISE DE COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS VIVENCIADOS E
PERCEBIDOS POR TRABALHADORES NO CONTEXTO HOSPITALAR**

FORTALEZA-CE

2018

NATHALIA LUCHO ZIMMER

ANÁLISE DE COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS VIVENCIADOS E PERCEBIDOS
POR TRABALHADORES NO CONTEXTO HOSPITALAR

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

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

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- Z66a Zimmer, Nathalia Lucho.
Análise de comportamentos destrutivos vivenciados e percebidos por trabalhadores no contexto hospitalar / Nathalia Lucho Zimmer. – 2018.
50 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Roberta Meneses Oliveira.
1. Enfermagem. 2. Comportamento destrutivo. 3. Atitude do Pessoal de Saúde. 4. Ambiente de trabalho. 5. Relações interpessoais. I. Título.

CDD 610.73

NATHALIA LUCHO ZIMMER

ANÁLISE DE COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS VIVENCIADOS E PERCEBIDOS
POR TRABALHADORES DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR

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

Orientador(a): Prof^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. Dr. Sherida Karanini Paz de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado o dom da vida e pela força e coragem durante toda a caminhada, que me proporcionaram chegar até aqui.

À minha Família por toda dedicação e paciência, contribuindo diretamente para que eu alcance meus objetivos. Em especial à minha mãe, Maria Katia Lucho Zimmer por sempre ter me dado forças nos momentos mais complicados da graduação; por ser inspiração quando pensei em desistir frente ao cansaço ou dificuldades, apoio quando eu mais precisei; e principalmente por ser a melhor Avó, que nunca mediu esforços para cuidar da neta enquanto precisei ausentar-me por conta da graduação. Obrigada por ser quem é na minha vida.

Ao meu pai Régis Lucho Zimmer por me ensinar desde pequena a ter responsabilidade e cumprir minhas promessas, além de ser um exímio avô e minha irmã Larissa Lucho Zimmer por sempre tentar entender-me quando o estresse e o cansaço tomaram conta e por ser uma excelente tia. Obrigada por, estarem ao meu lado durante todo o trajeto e por acreditarem que eu seria capaz.

À minha filha Isadora Lucho Zimmer Rabelo, por ser o principal motivo que faz com que eu acorde todos os dias com o objetivo de ser uma pessoa melhor, na tentativa de ser um bom exemplo. Obrigado por me receber com um sorriso mesmo nas vezes em que não consegui ser uma mãe tão presente. Saiba que é você que me impulsiona e me faz seguir em frente. Você é o meu mundo.

Aos meus amigos da graduação: Gabriel, Gabriel A., Michaeli, Izabel, Rodrigo e Bruna, por dividirem os momentos de alegria e de angústia, vocês fazem parte da minha vida.

À Professora Roberta Meneses por sempre acreditar no meu potencial, mesmo quando eu não acreditava, pela motivação acadêmica e científica. Agradeço pela paciência ao me ensinar sobre pesquisa e por me orientar nessa produção científica com tanto carinho e dedicação. Você foi essencial nessa caminhada.

Todas as pessoas do grupo de pesquisa pelo incentivo científico e em especial à Wanessa Pereira, Bruna Couto e Wégila que me auxiliaram durante a coleta dos questionários na instituição.

À banca avaliadora, por dispor de tempo e dedicação para e auxiliar nessa etapa.

RESUMO

O conceito comportamento destrutivo no cuidado em saúde envolve condutas antiprofissionais adotadas no ambiente de trabalho, como agressão verbal ou física, violência psicológica e incivilidade. Estas ações repercutem na diminuição da satisfação profissional e levam a consequências negativas para a segurança do paciente. Objetivou-se analisar comportamentos destrutivos vivenciados e/ou percebidos por trabalhadores de saúde no contexto hospitalar, bem como respostas e impactos associados. Trata-se de pesquisa transversal realizada no maior hospital da rede pública estadual de saúde do Ceará, no período de abril a novembro de 2018. A amostra consistiu em 284 trabalhadores de saúde, incluindo médicos, residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais de outras categorias. A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos: questionário *Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey* (JHDCBS) – Versão Brasileira e um questionário sociodemográfico complementar. Os dados foram processados no programa Excel e apresentados em tabelas. Este estudo faz parte de um projeto de maior abrangência intitulado: “Instrumento de avaliação de comportamentos destrutivos: adaptação transcultural e validação para o contexto hospitalar brasileiro”, o qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (CAAE:54414916.0.0000.5040). Como resultados, a maioria dos participantes era do sexo feminino, da categoria de enfermagem, trabalhando em regime integral, sem vínculo empregatício com o hospital. Referente às respostas da escala, encontrou-se a maioria das respostas, indicando que comportamentos antiprofissionais não são comumente percebidos ou vivenciados pelos participantes, destacando-se, no entanto, as seguintes condutas características: Grosseria/Desrespeito ($2,57 \pm 1,18$) e Comportamento Passivo-Agressivo ($2,51 \pm 1,22$). Quanto aos fatores desencadeantes (média geral=2,90), sobressaíram-se: problemas sistêmicos crônicos não resolvidos ($3,63 \pm 1,27$) e pressão por conta do número, volume e fluxo de pacientes ($3,32 \pm 1,28$). Como respostas ao comportamento antiprofissional, sobressaíram-se: buscar apoio do gerente/supervisor para abordar a pessoa antiprofissional ($3,04 \pm 0,95$) e tentar esclarecer a razão de um comportamento antiprofissional ($2,66 \pm 1,00$). A subescala referente aos motivos para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional obteve média $2,33 \pm 0,98$. Pode-se destacar dois itens relacionados ao impacto do comportamento antiprofissional: desgaste emocional ($3,20 \pm 0,87$) e diminuição da satisfação no trabalho ($3,05 \pm 0,96$). Conclui-se que a ocorrência de comportamentos antiprofissionais é ocasional na instituição, mas exige-se

atenção dos gestores para abordagem desse problema na prática, considerando suas repercussões para os envolvidos.

Palavras-chave: Enfermagem. Comportamento destrutivo. Atitude do Pessoal de Saúde. Ambiente de trabalho. Relações interpessoais.

ABSTRACT

The concept of disruptive behavior in health care involves unprofessional behaviors adopted in the work environment, such as verbal or physical aggression, psychological violence and incivility. These actions have repercussions on the decrease of professional satisfaction and lead to negative consequences for patient safety. The objective was to analyze disruptive behaviors experienced and/or perceived by health workers in the hospital context, as well as associated responses and impacts. This was a cross-sectional study carried out in the largest hospital in the state public health network of Ceará, from April to November, 2018. The sample consisted of 284 health workers, including physicians, residents, nurses, nursing technicians and other professionals. Data collection involved two instruments: the Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey (JHDCBS) - Brazilian Version and a complementary sociodemographic questionnaire. The data was processed in the Excel program and presented in tables. As a result, the majority of the participants were female, of the nursing category, working full time, with no employment relationship with the hospital. Regarding answers of the scale, most of the averages below 3 were found, indicating that unprofessional behaviors are not commonly perceived or experienced by the participants, although the following behaviors were characterized: Rude / Disrespect ($2, 57 \pm 1.18$) and Passive-Aggressive Behavior (2.51 ± 1.22). About trigger factors (general mean = 2.90), the following were highlighted: chronic systemic problems, unresolved (3.63 ± 1.27) and pressure due to the number, volume and flow of patients ($3.32 \pm 1, 28$). As answers to the unprofessional behavior, the following stand out: to seek support from the manager / supervisor to address the unprofessional person (3.04 ± 0.95) and to try to clarify the reason for an unprofessional behavior (2.66 ± 1.00). The subscale referring to the reasons for not addressing the person with antiprofessional behavior obtained a mean of 2.33 ± 0.98 . Two items related to the impact of the anti-professional behavior can be highlighted: emotional exhaustion (3.20 ± 0.87) and decrease in job satisfaction (3.05 ± 0.96). It is concluded that the occurrence of unprofessional behavior is occasional in the institution, but the managers' attention is required to approach this problem in practice, considering its repercussions for those involved.

Keywords: Nursing. Destructive behavior. Attitude of Health Personnel. Hospital. Workplace. Interpersonal relations.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de participantes segundo variáveis sócio demográfico e profissionais (n=286). Fortaleza, CE, 2018.....	21
Tabela 2 - Distribuição das médias e desvios padrão atribuídos às subescalas e itens do Disruptive Clinician Behavior Survey – Versão Brasileira. Fortaleza, CE, 2018.....	23
Tabela 3 - Distribuição do número de participantes segundo as variáveis vivência e observação do comportamento antiprofissional, função do perpetrador e frequência no ambiente de trabalho. Fortaleza, Ceará, 2018.....	25
Tabela 4 - Postura do profissional de saúde e dano gerado ao paciente em consequência ao comportamento antiprofissional. Fortaleza, Ceará, 2018.....	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Objetivo geral.....	15
2.2	Objetivo específico.....	15
3	METODOLOGIA.....	16
3.1	Tipo de estudo.....	16
3.2	Local e período.....	16
3.3	População e amostra.....	17
3.4	Organização e análise dos dados.....	18
3.5	Aspectos éticos.....	20
4	RESULTADOS.....	21
5	DISCUSSÃO.....	28
6	CONCLUSÃO.....	32
7	REFERÊNCIAS.....	33
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO COMPLEMENTAR.....	37
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	38
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	45

1 INTRODUÇÃO

A interação entre pessoas no ambiente de trabalho é algo complexo, uma vez que devemos considerar que somos seres emocionais e com bagagem cultural diferente, podendo, assim, interferir diretamente na qualidade da assistência prestada e repercutir nos resultados esperados pela instituição (CARDOZO; SILVA, 2014).

A cultura organizacional tem grande impacto no desempenho de uma instituição, pois reflete os comportamentos de líderes e profissionais que lá trabalham, os quais carregam consigo personalidades distintas que, quando reunidas, constituem objetivos que geram resultados negativos ou positivos para a instituição.

O hospital é uma instituição de saúde onde os trabalhadores permanecem grande parte do seu dia, um ambiente coletivo no qual ocorrem muitas relações afetivas e humanas. A maneira pela qual essas relações são vivenciadas e compartilhadas influencia significativamente a qualidade de vida e a satisfação no ambiente de trabalho, gerando consequências no processo de cuidar de cada trabalhador. O profissional necessita lidar diariamente com pacientes graves, além de acompanhar sentimentos negativos de clientes e familiares oriundos do processo de adoecimento (MONTEIRO; CARLOTTO, 2016).

Um estudo realizado no Canadá constatou a relação entre comportamentos interpessoais negativos e a diminuição da qualidade do atendimento prestado pelos enfermeiros ao paciente. Esses comportamentos resultam na diminuição da moral dos trabalhadores de saúde e em conflitos dentro da equipe, impedindo assim, os profissionais da instituição de fornecerem uma assistência de alta qualidade, prejudicando a garantia da segurança do paciente (LASCHINGER, 2014).

Ambientes de trabalho que promovem uma boa comunicação e boa relação entre os membros da equipe propiciam a criação de uma cultura de segurança que colabora com a redução de riscos desnecessários para o paciente (LASCHINGER, 2014).

No contexto hospitalar o enfermeiro desenvolve papel fundamental como gerente da equipe de saúde, além disso é articulador das relações interpessoais dentro da unidade de trabalho, pois interage com diferentes níveis profissionais. Necessita, assim, desenvolver competências gerenciais, como a comunicação, a tomada de decisão e a liderança para coordenar o processo de trabalho em saúde (THOFEHRN et al., 2015).

Comportamentos destrutivos podem se caracterizar como interações desrespeitosas no ambiente de trabalho, compreendem comportamentos antiprofissionais. A incivildade é um exemplo de comportamento destrutivo encontrado nas organizações de saúde. São atitudes com baixos valores, carregados de mensagens rudes destinadas a atingir e prejudicar a pessoa-alvo. Estes comportamentos são comuns dentro do ambiente hospitalar e interferem de forma negativa nas relações da equipe, na troca de informações, diminuindo a qualidade de atendimento e aumentando a mortalidade de pacientes (SHAMSHIRI et al., 2018).

Os resultados da pesquisa de Mendonça, Siqueira e Santos (2018) demonstraram que comportamentos de incivildade afetam de forma negativa a satisfação no trabalho. Constatando, dessa forma, que elevados índices de incivildade podem abrir espaço para a ocorrência de outros tipos de agressão, seja ela psicológica ou em alguns casos, até física. Além disso, evidenciam que um profissional que vivencia comportamentos de incivildade diariamente no seu ambiente de trabalho tende a migrar de vítima para agressor.

A partir destas investigações, percebeu-se a necessidade de avaliar os fatores envolvidos na qualidade da assistência prestada em instituições de saúde, com o objetivo de diminuir a ocorrência de eventos adversos relacionados aos cuidados em saúde. A preocupação com estes eventos é ainda maior no contexto hospitalar.

Estas organizações possuem um processo de trabalho em saúde que compreende relações multiprofissionais complexas que repercutem na relação e no vínculo profissional-usuário. Além disso, sofrem influências do ambiente de trabalho, por meio das relações humanas e das condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores (OLIVEIRA et al., 2016).

Nessa perspectiva, promover uma assistência em saúde com qualidade vem sendo o objetivo de grande parte das instituições de saúde em todo o mundo (CAMPOS; SATURNO; CARNEIRO, 2010). Uma das maneiras de proporcionar essa melhoria da qualidade é por meio de uma gestão que se preocupe em garantir um ambiente de trabalho favorável às relações interpessoais dentro da organização (BONATO, 2011).

Um dos indicadores que contribuem para a qualidade em saúde é a satisfação profissional. Investigar a satisfação no ambiente de trabalho favorece a identificação de problemas e, a partir disso, a gerência pode elaborar possíveis soluções e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do ambiente e da assistência prestada. Vários fatores influenciam a satisfação no trabalho, estes fatores podem ser favoráveis ou desfavoráveis; dentre os fatores que interferem de forma negativa para a satisfação profissional destaca-se o desgaste

emocional, podendo gerar frustrações e desânimo ao trabalhador, desta forma, comprometendo a assistência prestada e o processo de trabalho em saúde (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Além da satisfação, estudos apontam que as falhas no processo de comunicação dentro da equipe de saúde é um dos principais contribuintes para conflitos interpessoais e a ocorrência de eventos adversos, sendo primordial a detecção de fatores desencadeantes de inconsistências na relação da equipe de saúde (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Nesse contexto, pode-se destacar o comportamento destrutivo no ambiente de trabalho como um dos principais fatores que interferem negativamente na satisfação do trabalhador de saúde. Conforme Rosenstein (2002, p.27) define, comportamento destrutivo pode ser “qualquer comportamento inapropriado, confronto ou conflito, que vai desde o abuso verbal (gritos, intimidação, repreensão, desrespeito, comportamento abusivo) ao assédio físico ou sexual, que pode impactar negativamente nas relações de trabalho, na eficácia da comunicação, na transferência de informações e no processo e resultados do atendimento”.

O comportamento destrutivo causa no trabalhador sentimentos negativos e intensos como: medo, raiva, frustração, insegurança, tristeza; estes sentimentos reduzem a capacidade do profissional de pensar claramente, levando-o a cometer erros na tomada de decisões, no planejamento de suas atividades e comprometem o seu desempenho durante o período de trabalho, tornando essa assistência uma ameaça à segurança do paciente (LEAPE et al., 2012).

É habitual encontrar alguns tipos de comportamentos destrutivos nas unidades de saúde. Apesar disso, ainda não faz parte da cultura institucional dimensionar a magnitude destes comportamentos, desde a identificação dos tipos de comportamento, bem como sua frequência, fatores desencadeantes e impactos gerados ao profissional, paciente e instituição (DANG et al., 2014).

Em 2015, Oliveira apresentou uma análise do conceito de comportamento destrutivo no trabalho em saúde, descrevendo-o como a presença de condutas desrespeitosas dos trabalhadores de saúde no ambiente de trabalho, podendo se manifestar de diversas maneiras (incivilidade, violência psicológica ou violência física/sexual). O comportamento destrutivo possui fatores relacionados, características e consequências que repercutem negativamente na qualidade da assistência e na segurança do paciente.

Na fase teórica, a revisão integrativa da literatura sobre o tema evidenciou as principais definições de comportamento destrutivo existentes, bem como seus atributos, antecedentes e consequentes (OLIVEIRA et al., 2016).

Como principais atributos deste comportamento, destacam-se a incivilidade, a violência psicológica e, em menor frequência, a violência física/sexual. A grosseria cotidiana, o desrespeito interpessoal e organizacional, a falta de colaboração entre os colegas de trabalho, as humilhações e as intimidações frequentes configuraram-se como as condutas que representam o espectro de comportamentos destrutivos no trabalho em saúde. Os perpetradores geralmente são aqueles que ocupam o topo da hierarquia: médicos, enfermeiros, gerentes de unidades, bem como aqueles profissionais que estão há mais tempo no serviço, com estabilidade no emprego e experiência clínica reconhecida (OLIVEIRA et al., 2016).

Como antecedentes deste comportamento, foram mais comuns os intrapessoais (estresse/situações críticas, ansiedade, fadiga e depressão; características/traços de personalidade; falta de competência, de autonomia e de inteligência emocional no trabalho; crenças e valores pessoais arraigados), seguidos dos organizacionais (problemas sistêmicos não resolvidos e sobrecarga de trabalho). E, como consequentes, destacaram-se os voltados para o trabalhador/equipe (sofrimento moral e psíquico; o rompimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe; os prejuízos laborais; a hostilidade no ambiente de trabalho; a insatisfação, a diminuição da moral e do engajamento no trabalho) e para o paciente (comprometimento da segurança e da qualidade dos cuidados) (OLIVEIRA et al., 2016).

Diante das considerações apresentadas, delimitou-se a seguinte questão norteadora do estudo: Como se apresentam os comportamentos destrutivos no trabalho em hospital público, considerando tipos, fatores, respostas e impactos associados?

É perceptível que o comportamento destrutivo é um conceito que abrange o comportamento humano, o processo de trabalho em saúde e, principalmente, a segurança do paciente.

No entanto, por existir outros conceitos sobre o assunto que são tratados como sinônimos de “comportamento destrutivo”, existe uma dificuldade de abordagem e compreensão do fenômeno na prática, e, conseqüentemente, de enfrentamento da conduta antiprofissional. Desta forma, justifica-se a realização desta pesquisa, objetivando a diminuição da inconsistência ou desconhecimento dos atributos associados a este conceito, e também, a dificuldade de abordar o tema entre os envolvidos na prática e seu efetivo combate.

É pertinente destacar que, após revisão de literatura existente sobre o assunto abordado, chegou-se à constatação que a maioria dos estudos encontrados é proveniente de pesquisas norte-americanas, havendo ínfima quantidade de publicações brasileiras acerca de comportamentos antiprofissionais no trabalho em saúde.

Nessa perspectiva, faz-se necessário avaliar o ambiente de trabalho dos profissionais da saúde com o objetivo de se produzir conhecimentos para auxiliar a tomada de decisão acerca das práticas que mais influenciam o local de trabalho e interferem na segurança do paciente e na qualidade da assistência.

Ademais, acrescenta-se a participação, como acadêmica de enfermagem e bolsista de iniciação científica, na etapa de validação clínica de instrumento destinado a estudar esses comportamentos na prática. Esta inserção foi proporcionada pelo desenvolvimento do projeto de pesquisa da orientadora, intitulado: "Instrumento de avaliação de comportamentos destrutivos: adaptação transcultural e validação para o contexto hospitalar brasileiro". A partir daí, foi possível conhecer mais de perto os conceitos e fatores relacionados ao tema central do estudo e desenvolver um senso crítico diante dos comportamentos inapropriados no ambiente de trabalho.

Diante do exposto e das evidências de que a adoção de comportamento destrutivo por profissionais de saúde no cotidiano do trabalho põe em risco o cuidado prestado, é relevante o estudo deste fenômeno no território brasileiro, buscando a compreensão das características essenciais desse comportamento na cultura deste país, levando em conta as diferenças sociodemográficas do Brasil, podendo, assim, viabilizar novas formas de refletir e solucionar o problema na prática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar comportamentos destrutivos vivenciados e/ou percebidos por trabalhadores de saúde no contexto hospitalar, bem como respostas e impactos associados.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico e ocupacional dos trabalhadores de saúde participantes do estudo;

- Identificar os tipos de comportamento destrutivo e sua prevalência segundo os trabalhadores das diferentes unidades do hospital;

- Descrever os fatores relacionados a estes comportamentos, segundo aspectos intrapessoais, interpessoais e organizacionais;

- Averiguar as respostas aos comportamentos destrutivos, motivos para não abordagem e consequências para profissionais e pacientes.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa transversal.

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 à algum fator de risco em um determinado período de tempo. É considerada uma ferramenta valiosa para o avanço de conhecimentos científicos (POLIT; BECK, 2019).

3.2 Local e período

A pesquisa foi realizada no período de abril a novembro de 2018, no maior hospital da rede pública estadual de saúde do Ceará, que atende à população do Estado e, também, aos estados vizinhos, em diferentes áreas de saúde.

Além do atendimento de emergência, nas áreas de cirurgia geral e vascular; clínica médica, obstetrícia e neurologia; o hospital conta com 525 leitos de internação e possui 63 especialidades e subespecialidades médicas e outros serviços de saúde – Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Farmácia, Bioquímica, Psicologia e Serviço Social. É também um dos maiores centros de treinamento do país, certificado por portaria interministerial como hospital de ensino, atuando na formação de profissionais de saúde, incluindo 24 especialidades médicas.

Especificamente, os trabalhadores foram recrutados em quase todas as unidades que compõem a instituição, dentre estas as unidades de internação, emergência, terapia intensiva, centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica, obstetrícia (alojamento conjunto/sala de parto/emergência obstétrica), ambulatórios, hemodiálise, unidade de cuidados especiais e unidade de transplante.

Os profissionais foram abordados no referido hospital, durante o turno de trabalho, mas preencheram os instrumentos nos intervalos para lanche, almoço, repouso ou troca de plantão. Cabe destacar que os instrumentos foram auto aplicados.

3.3 População e amostra

A população foi constituída pelos trabalhadores de saúde da unidade hospitalar. Segundo dados da instituição, o pessoal de saúde correspondia a um total de 3196 profissionais, entre concursados e cooperados. Ao todo, são 1883 profissionais de enfermagem, 995 médicos e 318 profissionais de outras categorias (fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais).

Para o cálculo da amostra, adotou-se o cálculo da amostra segundo a fórmula para população finita:

$$n = \frac{Z_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + Z_{5\%}^2 \times P \times Q}, \text{ onde:}$$

$$\left\{ \begin{array}{l} P = 50\% \\ Q = 50\% \\ Z_{5\%} = 1,96 \\ e = 5\% \\ N = 3196 \\ n = 343 \end{array} \right.$$

Em seguida, estratificou-se esta amostra conforme a seguir:

Categoria profissional	População	Amostra
Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares)	1883	202
Médica	995	107
Outra	318	34
Total	3196	343

*fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais.

Portanto, uma amostra representativa desta população, considerando a amostragem aleatória, consistia em 343 profissionais, incluindo 202 da equipe de enfermagem, 107 médicos e 34 das demais categorias.

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

Ao final da coleta dos dados, chegou-se a um total de 284 trabalhadores de saúde, sendo 186 da equipe de enfermagem, 56 médicos e 42 profissionais de outras categorias (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia, Farmácia e Secretariado). Este total corresponde a 83% da amostra estimada inicialmente.

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

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

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

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

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

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

As cinco primeiras questões do instrumento tratam de dados demográficos (sexo, etnia, anos de atuação profissional e cargo/função na unidade). Em seguida, o participante é instruído a avaliar os comportamentos antiprofissionais que vivenciou, no último ano, por um

membro da equipe de saúde (isto é: enfermeiros, gerentes, médicos, equipe de apoio, ou pessoal auxiliar). Exemplos desses comportamentos encontram-se descritos em parênteses. O profissional deve assinalar a frequência de ocorrência desses comportamentos de 1 a 5 (Nunca a Diariamente).

Nos itens 14 a 16, os participantes devem registrar qual o cargo/função da pessoa antiprofissional, frequência com que vivenciou pessoalmente estes comportamentos no último ano, bem como há quanto tempo essas condutas vem ocorrendo (menos de 1 mês a 1 ano ou mais).

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

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

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

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

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

3.5 Organização e análise de dados

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

Para analisar os escores do instrumento, foram calculadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) para cada item da escala likert, e frequências relativa e absoluta das demais variáveis quantitativas.

Os resultados foram apresentados em quadros e tabelas. Posteriormente a organização desses dados, foram analisados com base na literatura revisada e pertinente.

3.6 Aspectos éticos e legais

Este estudo faz parte de um projeto de maior abrangência intitulado: “Instrumento de avaliação de comportamentos destrutivos: adaptação transcultural e validação para o contexto hospitalar brasileiro”, o qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (CAAE:54414916.0.0000.5040) (ANEXO B).

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

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

A pesquisa envolveu riscos mínimos, já que não abrangia a realização de procedimentos invasivos; mas houve muitos casos de recusa devido a medo de retaliação por parte da gerência, mesmo tendo sido esclarecidos sobre o anonimato e confidencialidade dos fatos levantados. Os participantes foram identificados, portanto, segundo a ordem numérica de acordo com a sequência de aplicação dos questionários, em 01, 02 e assim por diante.

4 RESULTADOS

Os resultados foram obtidos a partir da análise de 284 questionários coletados com profissionais da saúde (186 trabalhadores de enfermagem, 56 médicos e 42 de outras categorias). Na Tabela 1, encontram-se os resultados equivalentes às variáveis sócio demográficas e ocupacionais da amostra.

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis sócio demográficas e profissionais (n=286). Fortaleza, CE, 2018

Variável	n	%	Média	DP
Sexo	284			
Feminino	200	70,42		
Masculino	84	29,57		
Etnia				
Pardo	176	61,97		
Branco	72	25,00		
Preto	16	5,63		
Amarelo	15	5,28		
Indígena	2	0,70		
Outra	3	1,05		
Idade			33,86	10,04
20-40	226	79,57		
41-60	55	19,36		
61 ou mais	3	1,05		
Categoria Profissional				
Enfermeiro	99	34,85		
Técnico de enfermagem	87	30,63		
Médico	55	19,36		
Outro*	43	15,14		
Tempo de formação (anos)			8,72	8,20
Até 8	188	66,19		
9-16	53	18,66		
Mais de 16	43	15,14		
Tempo de serviço (anos)			7,22	7,69
Até 4	137	48,23		
5-10	97	34,15		
Mais de 10	50	17,60		
Carga horária semanal de trabalho			45,61	17,24
Até 20 horas	18	6,33		
21 a 40 horas	84	29,57		
Mais de 40 horas	182	64,08		
Área de atuação				
Cirurgia	52	18,30		
Unidade de terapia intensiva	50	17,60		
Unidade de emergência	43	15,14		
Clínica não cirúrgica	40	14,08		
Muitas áreas diferentes do hospital	36	12,67		
Obstetrícia	18	6,33		

Pediatria	9	3,16
Ambulatório/Paciente externo	6	2,11
Farmácia	6	2,11
Radiologia	4	1,40
Anestesia	4	1,40
Administração	2	0,70
Outra	14	4,92
Turno de Trabalho		
Manhã e Tarde/Integral	154	54,22
MT e noite	87	30,63
Somente um turno	43	15,14
Trabalha em outro serviço		
Não	172	60,56
Sim	111	39,08
Se sim, qual? (n=111)		
Outro hospital público	37	33,33
Hospital privado	32	28,82
Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)	7	6,30
Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)	2	1,80
Outra	22	19,81
Tipo de vínculo empregatício		
Cooperativa	200	70,42
Celetista	43	15,14
Servidor público	41	14,43
Pós-graduação		
Sim	162	57,04
Não	122	42,95
Tipo de pós-graduação (n=162)		
Especialização	144	88,88
Mestrado	15	9,25
Doutorado	3	1,85

*Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Administração/Direção.

Verifica-se que a equipe era predominantemente feminina, grande parte se autodeclarava de etnia parda, sendo a maioria da categoria Enfermagem, atuante em diferentes áreas do hospital, entre unidades clínicas, cirúrgicas, terapia intensiva, emergência, ambulatorial, além de unidades especializadas como de diálise e de cuidados especiais. Os profissionais eram, em sua maioria, adultos jovens, com média de idade, aproximadamente, de 34 anos, e de tempos consideráveis de formação e de serviço.

Quanto aos aspectos ocupacionais, a carga horária média semanal de trabalho foi de aproximadamente 47 horas, havendo uma quantidade considerável de participantes que trabalhavam mais de 60 horas semanais (n=82), configurando sobrecarga de trabalho. A maior parte trabalhava em período integral em regime de plantão diurno. Destes, a maior parte prestava serviço apenas na instituição do estudo. No que concerne ao vínculo, a maioria era

cooperado ou terceirizado. Quanto à pós-graduação, a maioria dos profissionais de nível superior já havia concluído, principalmente, especialização.

No que diz respeito à aplicação do instrumento *Jonhs Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey* - Versão Brasileira, a Tabela 2 consolida as médias e desvios padrão dos itens e subescalas.

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

Subescala e Itens	Média	DP
1. Comportamento Antiprofissional	2,14	1,01
Grosseria/ Desrespeito	2,57	1,18
Comportamento Passivo-Agressivo	2,51	1,22
Conflito	2,49	1,03
Linguagem autoritária/Humilhação/Jogo de poder	2,13	0,98
Desrespeito Profissional	2,13	1,04
Intimidação/Ameaça/ Assédio	1,95	1,06
Violência Física	1,24	0,57
2. Fatores desencadeantes do Comportamento antiprofissional	2,90	1,17
Problemas sistêmicos crônicos, não resolvidos	3,63	1,27
Pressão por conta do número, volume e fluxo de pacientes	3,32	1,28
Ambiente sobrecarregado	3,15	1,43
Características pessoais ou questões que impedem o desempenho no trabalho	2,82	1,10
Falta de trabalho em equipe	2,76	1,11
Falta de competência	2,58	1,04
Diversidade de equipe	2,05	1,01
3. Resposta ao comportamento antiprofissional	2,37	1,00
Eu busco apoio do meu gerente/ supervisor para abordar a pessoa não profissional	3,04	0,95
Eu tento esclarecer a razão de um comportamento antiprofissional	2,66	1,00
Eu relato o comportamento antiprofissional por meio do sistema de comunicação/notificação do hospital	2,50	1,04
Eu tolero o comportamento antiprofissional de uma pessoa para “evitar desavenças”	2,41	1,03
Eu abordo a pessoa com comportamento antiprofissional com confiança	2,40	1,04
Eu faço o trabalho de outras pessoas para evitar ter que lidar com o comportamento antiprofissional delas	2,14	1,03
Eu não relato quando vejo um comportamento que pode afetar negativamente pacientes ou funcionários	2,01	0,99
Eu não relato a piora das condições do paciente para o profissional com comportamento antiprofissional	1,82	0,95
4. Motivo para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional	2,33	0,98
Eu não fico confortável em abordar a pessoa com comportamento antiprofissional.	2,67	0,95
Eu sinto que nada se resolve quando eu abordo a pessoa envolvida em um comportamento antiprofissional.	2,58	0,99

Eu acho difícil abordar a pessoa com comportamento antiprofissional devido ao seu status na instituição.	2,53	1,07
Eu não tenho tempo para abordar a pessoa com comportamento antiprofissional.	2,27	0,97
Eu evito abordar uma pessoa antiprofissional devido ao medo.	1,98	0,97
Eu não abordo a pessoa com comportamento antiprofissional porque ele é comum, como uma “norma aceita”.	1,95	0,94
5. Impacto do Comportamento antiprofissional	2,80	1,02
O comportamento antiprofissional gera desgaste emocional em mim.	3,20	0,87
O comportamento antiprofissional diminui minha satisfação no trabalho.	3,05	0,96
O comportamento antiprofissional dificulta meu relacionamento de trabalho com os membros da equipe.	2,91	0,97
O comportamento antiprofissional causa dilemas éticos para mim.	2,80	1,10
O comportamento antiprofissional me leva a ter sintomas físicos.	2,52	1,12
O comportamento antiprofissional diminui minha moral.	2,35	1,12

Analisando a Tabela 2, na Subescala 1, encontraram-se médias abaixo de 3, indicando que comportamentos antiprofissionais não são comumente percebidos e/ou vivenciados pelos participantes do estudo, destacando-se com maiores médias: Grosseria/Desrespeito, Comportamento Passivo-Agressivo e Conflito.

Na Subescala 2, alguns fatores desencadeantes obtiveram médias maiores do que 3, sendo considerados causas frequentes e potenciais de comportamentos antiprofissionais, com destaque aos problemas sistêmicos crônicos, não resolvidos; à pressão por conta do número, volume e fluxo de pacientes; e ao ambiente sobrecarregado.

Na Subescala 3, houve mais respostas positivas ao comportamento antiprofissional do que negativas. Destaca-se a busca de apoio do supervisor ou gerente para abordar o perpetrador, com maior média desta subescala.

Na Subescala 4, maiores médias foram atribuídas ao desconforto de lidar com profissionais que adotam estes comportamentos.

Na Subescala 5, os maiores impactos do comportamento destrutivo estiveram relacionados à insatisfação e o desgaste emocional gerado para os trabalhadores.

Além dos dados supracitados, alguns itens do questionário avaliavam 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.

A Tabela 3 reúne os dados relativos a tais itens do instrumento.

Tabela 3 – Distribuição do número de participantes segundo as variáveis vivência e observação do comportamento antiprofissional, função do perpetrador e frequência no ambiente de trabalho. Fortaleza, Ceará, 2018

Variável	n	%
Observação de colegas sendo alvo de comportamento antiprofissional. (n=274)		
Sim	274	96,47
Não	10	03,52
Cargo/Função da pessoa antiprofissional com impacto mais negativo nos participantes (n=274)		
Médico	82	29,92
Enfermeiro assistencial	70	25,54
Técnico de Enfermagem	60	21,89
Enfermeiro coordenador e/ou supervisor	38	13,86
Outros*	24	08,75
Frequência na qual vivenciou pessoalmente comportamento antiprofissional (n=272)		
Raramente	146	53,67
Mensalmente	74	27,20
Rotineiramente	52	19,11
Tempo em que o comportamento antiprofissional vem acontecendo (n=272)		
1 ano ou mais	115	42,27
Mais de 3 meses, menos de 1 ano	82	30,14
1 a 3 meses	38	13,97
Menos de 1 mês	37	13,60

*Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Administração/Direção.

Na Tabela 3, pode-se constatar que grande parte dos participantes da pesquisa observou, no último ano, colegas de trabalho sendo alvo de comportamento antiprofissional. O cargo ou função do perpetrador e que gerou maior impacto negativo aos participantes foi o de médicos, seguido por enfermeiros assistenciais.

Referente à frequência na qual os participantes vivenciaram pessoalmente o comportamento antiprofissional, grande parte respondeu raramente ter presenciado esta conduta. Porém, quando questionados há quanto tempo o comportamento antiprofissional vem acontecendo, a maioria respondeu que ocorria há a mais de um ano (Tabela 3).

Tabela 4 – Distribuição do número de participantes segundo percepção sobre dano gerado ao paciente em consequência ao comportamento antiprofissional. Fortaleza, Ceará, 2018

Variável	n	%
Postura frente ao comportamento antiprofissionais no último ano		
Tenho considerado <u>pedir transferência</u> para outra unidade, departamento ou programa de residência <u>dentro da minha instituição</u> , por causa de comportamentos antiprofissionais.	27	9,50
Tenho considerado procurar um trabalho ou programa de residência em <u>outra instituição</u> por causa dos comportamentos antiprofissionais.	26	9,15
Planejo <u>pedir demissão</u> da minha instituição devido ao comportamento antiprofissional.	12	4,22
Não se aplica.	219	77,11
Dano ao paciente devido ao comportamento antiprofissional		
Near miss resultado de comportamento antiprofissional		
Sim	118	41,54
Não	106	37,32
Não se aplica (não sou envolvido diretamente em cuidados com o paciente)	12	4,22
Não tenho certeza	47	16,54
Dano ao paciente resultado de comportamento antiprofissional		
Sim	88	30,98
Não	149	52,46
Não se aplica (não sou envolvido diretamente em cuidados com o paciente)	11	3,87
Não tenho certeza	36	12,67
Grau do dano (n=113)		
Dano temporário ao paciente (ex.: necessitar de tratamento, ou intervenção, ou hospitalização prolongada)	53	46,90
Dano permanente ao paciente (ex.: procedimento errado, cirurgia em local errado).	10	8,84
Dano necessitado de intervenção necessária para sustentar a vida (ex.: intubação, cirurgia de emergência)	17	15,04
Morte	07	6,19
Não se aplica (não sou envolvido diretamente em cuidados com paciente).	26	23,00

Os resultados da Tabela 4 mostram que a maioria dos participantes da pesquisa não possuía postura determinada frente aos comportamentos destrutivos vivenciados ou percebidos na instituição. Não considerando possibilidades como a de pedir transferência para outro setor da própria instituição, procurar trabalho em outra instituição ou a de pedir demissão.

Ainda sobre a Tabela 4, analisando a subescala referente ao dano gerado ao paciente devido ao comportamento antiprofissional, ocorreram 118 incidentes que não atingiram diretamente o paciente (*Near miss*). Quando questionados sobre incidentes que geraram danos ao paciente, a maioria respondeu que não ocorreram eventos dessa magnitude, porém,

aproximadamente 31% dos participantes responderam positivamente e 13% não expressaram certeza da relação direta do dano com o comportamento antiprofissional.

Para os participantes que responderam assertivamente para o questionamento sobre ter presenciado incidente que resultou em dano para o paciente, foi indagado sobre o nível de dano que ocorreu, desta forma, aproximadamente 47% afirmaram que o comportamento antiprofissional ocasionou ao paciente dano temporário como a necessidade de outra forma de tratamento, ou intervenção, ou hospitalização prolongada. Além disso, podemos destacar que nesta pesquisa foram registradas sete mortes de pacientes ocasionadas por incidentes gerados por comportamentos destrutivos. No entanto, os participantes não quiseram dar detalhes destes eventos.

5 DISCUSSÃO

A análise do perfil dos trabalhadores da amostra assemelha-se com a de outros estudos no contexto hospitalar. Há prevalência da força de trabalho feminina na equipe, principalmente de enfermagem; adultos jovens; trabalhando em regimes sobrecarregados (NEGRINHO; TOFFANO, 2017); (ZAMANZADEH et al., 2013).

Além de se tratar de uma classe de trabalhadores jovens, grande parte possui como vínculo com a instituição a cooperativa. Eles não apresentam vínculo empregatício com a instituição, e recebem salário compatível apenas com as horas trabalhadas. Necessitando, assim, de um maior número de horas de trabalho, fato comprovado no fator relacionado à carga horária semanal de trabalho, que demonstra a maioria trabalhando mais de 40 horas semanais (OLIVEIRA, PIRES, 2018).

A categoria profissional que mais prevaleceu na presente pesquisa foi a de enfermeiros assistenciais, seguido de técnicos de enfermagem e médicos.

Podemos destacar que um número considerável de participantes da pesquisa possuía uma carga horária semanal de trabalho extensa, trabalhando mais que 60 horas semanais, caracterizando dessa forma sobrecarga de trabalho.

Estudos indicam que a exposição da equipe de enfermagem à excessiva carga semanal de trabalho aumenta as chances de ocorrência de eventos adversos e pode estar associada ao aumento das taxas de mortalidade ou diminuição da sobrevivência dos pacientes críticos. Podemos sugerir, dessa forma, a necessidade de se realizar o dimensionamento com base na carga horária semanal de cada profissional e no número e fluxo de pacientes, sugerindo uma força de trabalho mais equilibrada, com o intuito de manter a qualidade de atendimento. A fadiga por excesso de trabalho na equipe de saúde é considerada uma das maiores ameaças à segurança do paciente (LEE et al., 2017; ROSENSTEIN; ODANIEL, 2005; CHISM, 2012).

Resultados de pesquisa demonstram impactos negativos para a saúde do trabalhador que não possui vínculo empregatício com a instituição onde trabalha, ou seja, profissional terceirizado. Foi identificado que esse tipo de vínculo, é frequentemente relacionado a salários e benefícios diferenciados em relação aos outros profissionais da instituição, além de perda de direitos trabalhistas, sobrecarga de trabalho e grande rotatividade de profissionais, corroborando para o aumento dos níveis de stress dos profissionais (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016).

Analisando a categoria que se destacou como perpetrador de comportamentos destrutivos (médica), pesquisa nessa área correlaciona essas atitudes negativas ao fato de grande parte destes profissionais considerarem-se mais competentes ou superiores do que os demais membros da equipe de saúde, vendo-se como heróis, apenas porque frequentaram a faculdade de medicina (LITTLEJOHN, 2012).

Analisando os dados da Tabela 2, vê-se que grosseria/desrespeito, comportamento passivo-agressivo e conflito são as condutas mais características de comportamento destrutivo evidenciadas pelos participantes, em detrimento da violência física, sendo raramente percebida no ambiente de trabalho. Estudo aponta que o comportamento destrutivo inclui explosões de raiva, grosseria, ou ataques verbais, intimidação, descumprimento de políticas existentes, ordens passivo-agressivas idiossincráticas, comentários depreciativos sobre a organização, ou a interrupção da harmonia da equipe de saúde (DANG et al., 2014).

Os participantes da pesquisa relataram a ocorrência de comportamentos destrutivos em todos os contextos de prática e entre uma grande variedade de profissionais da saúde. Os padrões de comportamento destrutivo que mais se destacaram no ambiente hospitalar foram: incivildade e agressão psicológica, como fofocas, intimidação e comportamento passivo-agressivo.

Pesquisas recentes demonstram a importância em reconhecer o sofrimento moral vivenciado pelos profissionais da saúde, principalmente em unidade críticas, por ser um dos principais problemas encontrados nesta unidade, com diversos fatores desencadeantes e consequências tanto para os profissionais que lá trabalham quanto para os pacientes críticos destas unidades (SHOORIDEH et al., 2014).

Podemos destacar Grosseria e desrespeito como as atitudes mais frequentes neste ambiente hospitalar. São exemplos deste tipo de comportamento a comunicação em tom rude, o levantar de voz, não dar atenção, ignorar, entre outras; podendo gerar repercussões negativas para os profissionais envolvidos (OLIVEIRA et al., 2016).

No que se refere aos fatores que levam à ocorrência desse tipo de comportamento, o presente estudo pôde encontrar como principal desencadeante os problemas crônicos não resolvidos, como déficit de recursos, subdimensionamento de pessoal, falta de medicações, transporte de paciente não disponível, entre outros.

Fatores desencadeantes são eventos ou condições que precedem ou contribuem para a ocorrência de comportamentos antiprofissionais; podendo ocorrer em três níveis distintos: intrapessoal (próprio do indivíduo), interpessoal (entre as pessoas) e organizacional (WALRATH; DANG; NYBERG, 2010).

Os problemas sistêmicos crônicos não resolvidos; ambiente sobrecarregado e pressão por conta do número, volume e fluxo de pacientes foram os fatores desencadeantes de comportamento antiprofissional que mais se destacaram no estudo; Os gerentes das instituições de saúde sofrem, cada vez mais, com a pressão de serem custo-efetivos; Entretanto, devido aos problemas crônicos não resolvidos, os administradores necessitam lidar diariamente com situações como a falta de materiais básicos para se realizar um atendimento em saúde com qualidade, desta forma, o estresse e a incerteza aumentam junto com a insatisfação no ambiente de trabalho, desta forma, favorecendo a manifestação de comportamentos destrutivos (WLODY, 2007; LITTLEJOHN, 2012).

Ambientes estressantes e de alta intensidade são considerados ambientes sobrecarregados, devido a ruídos, interrupções constantes ou espaços de trabalho confinado na unidade. Em tais ambientes, é necessário um maior esforço por parte da equipe de saúde para se estabelecer uma comunicação efetiva. A deficiência da troca de informações aumenta os níveis de estresse dos profissionais, afetando significativamente o seu desempenho no trabalho, acarretando em fatores psicológicos que podem gerar comportamentos destrutivos (ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2008).

As consequências ou impactos para os profissionais são diversas, envolvendo múltiplas dimensões, podendo-se destacar os impactos negativos para os trabalhadores de saúde no aspecto emocional, como a diminuição da satisfação profissional e o desgaste emocional; além disso, o comportamento antiprofissional está relacionado a dificuldades de relacionamento de trabalho entre os membros da equipe.

Em estudo, vários profissionais demonstraram o comportamento destrutivo. Enfermeiras haviam deixado a unidade. Este comportamento contribuiu para o absenteísmo na equipe de enfermagem, quase erros e ocorrências adversas, e foi exibido por uma ampla gama de profissionais. Além disso, constatou-se que o comportamento não era sempre eficazmente gerenciado pela organização. Nesse estudo, 70 dos 274 (25,54%) casos de comportamento destrutivo foram atribuídos aos enfermeiros. O comportamento entre enfermeiros, chamado de "hostilidade horizontal" por alguns, incluiu grosseria, abuso verbal, declarações humilhantes, declarações injustamente críticas, retenção de informações, críticas e fofocas a outros colegas, ignorar e fazer e ataques verbais altos (VELTMAN, 2007).

O processo de trabalho em saúde pode ser analisado em diversas situações por meio dos diferentes modos de se fazer assistência aos usuários. Entretanto só se torna possível por meio da relação entre profissional-cliente; envolvendo subjetividades de ambos os lados, entre elas a disposição física, os materiais ofertados pela instituição, a ética e a civilidade.

É indispensável para toda a equipe desenvolver as habilidades de liderança para que haja na instituição uma cultura de aprendizagem individual e coletiva que, conseqüentemente, aumenta a satisfação no trabalho e contribui para a melhoria do atendimento aos pacientes. Isto indica a corresponsabilidade da equipe em garantir a qualidade de atendimento na organização (COVENTRY; MASLIN-PROTHERO; SMITH, 2015).

Em outro estudo, os participantes foram solicitados a descrever o impacto do comportamento destrutivo em si mesmo e nos outros. 90 descrições foram sintetizadas em três temas: impacto no enfermeiro assistencial, no paciente e no ambiente da prática. Uma enfermeira descreveu os efeitos significativos de incivildade experimentados com “grosseria cotidiana”. O impacto disso é grande. Isso afeta o seu moral, o seu investimento, quanto tempo você está disposto a trabalhar, se você sentir vontade de vir trabalhar (WALRATH; DANG; NYBERG, 2010).

Podemos perceber, na última subescala, que houve danos significativos aos pacientes ocasionados a partir de comportamentos antiprofissionais. Além disso, ainda existe uma cultura organizacional que dificulta a notificação desses danos para a instituição, baseada em punição e culpa, ocasionando omissão de relatos de eventos adversos (FRANÇOLIN et al., 2015).

O comportamento destrutivo ou antiprofissional consiste em uma ameaça constante à segurança do paciente, pois gera impactos negativos de curto, médio ou a longo prazo sobre a vítima. Podemos destacar, no presente estudo, que os principais danos ao paciente foram danos temporários, necessitando em alguns casos de tratamentos diferentes do que havia sido planejado inicialmente, como intervenção ou hospitalização prolongada; seguido de dano necessitando de intervenção necessária para sustentar a vida como a necessidade de intubação ou cirurgia de emergência. Cabe ressaltar que alguns entrevistados relataram mortes de pacientes relacionadas a comportamentos antiprofissionais, não havendo, no entanto, possibilidade de investigar estes relatos de forma aprofundada.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa analisou a existência de comportamentos destrutivos no contexto hospitalar, além dos fatores desencadeantes deste tipo de comportamento, motivos para não abordagem, respostas, impactos ao profissional e dano ao paciente.

Desta forma, podemos concluir que os tipos de comportamento que se mostraram mais frequentes na instituição da pesquisa são, respectivamente: Grosseria/Desrespeito, Comportamento passivo-agressivo e Conflito. Os perpetradores geralmente são profissionais de níveis elevados na hierarquia, como médicos e enfermeiros.

Como fatores desencadeantes do comportamento antiprofissional destacam-se os Problemas sistêmicos crônicos, não resolvidos como a falta de equipamentos, materiais, itens da 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).

Sobre as respostas ao comportamento antiprofissional, obteve-se respostas positivas, demonstrando que as vítimas buscam apoio do gerente/supervisor para abordar a pessoa não profissional. Entretanto, quando questionada sobre o motivo para não abordar a pessoa com comportamento antiprofissional, grande parte dos participantes afirma não se sentir confortável em abordar o perpetrador, além de sentir que nada é resolvido quando aborda 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.

Conclui-se que a ocorrência de comportamentos antiprofissionais é ocasional na instituição, mas exige-se atenção dos gestores para abordagem desse problema na prática, considerando suas repercussões para os envolvidos.

Sugerem-se pesquisas observacionais que sejam capazes de investigar e comprovar a relação entre comportamentos destrutivos e eventos adversos no cenário hospitalar.

REFERÊNCIAS

- BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev Esc Enferm Usp**, Rio Grande, v. 2, n. 40, p.221-227, ago. 2006.
- BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p.229-232, out. 2007.
- BONATO, Vera Lúcia. Gestão de Qualidade em Saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 35, p.319-331, maio 2011.
- BRASIL. Fiocruz. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005. 104 p
- CAMPOS, Luiz; SATURNO, Pedro; CARNEIRO, Antônio Vaz. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços**. Brasília: Alto Comissariado da Saúde, 2010. 140 p.
- CARDOZO, Carolina Garcia; SILVA, Letícia Oliveira. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. **Interbio**, Mato Grosso do Sul, v. 8, n. 2, p.24-34, dez. 2014
- CHISM, Marlene. Mastering Energy to Avoid Drama in Your Healthcare Practice. **Journal Of Medical Practice Management**. Phoenix, p. 106-108. out. 2012.
- COVENTRY, Tracey H.; MASLIN-PROTHERO, Sian E.; SMITH, Gilly. Organizational impact of nurse supply and workload on nurses continuing professional development opportunities: an integrative review. **Journal Of Advanced Nursing**, v. 71, n. 12, p.2715-2727, 6 jul. 2015.

- DANG, Deborah et al. Development and Validation of the Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey. **American Journal Of Medical Quality**, v. 30, n. 5, p.470-476, 28 jul. 2014.
- FRANÇOLIN, Lucilena et al. Patient safety management from the perspective of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 49, n. 2, p.0277-0283, abr. 2015.
- LASCHINGER, Heather K. Spence. Impact of Workplace Mistreatment on Patient Safety Risk and Nurse-Assessed Patient Outcomes. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, v. 44, n. 5, p.284-290, maio 2014.
- LEAPE, L. L. et al. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. **Academic medicine**, v. 87, n. 7, p. 845-852, 2012.
- LEE, Anna et al. Are high nurse workload/staffing ratios associated with decreased survival in critically ill patients? A cohort study. **Annals Of Intensive Care**, v. 7, n. 1, p.1-10, 2 maio 2017.
- LITTLEJOHN, Patricia. The Missing Link: Using Emotional Intelligence to Reduce Workplace Stress and Workplace Violence in Our Nursing and Other Health Care Professions. **Journal Of Professional Nursing**, v. 28, n. 6, p.360-368, nov. 2012.
- M, Shamschiri et al. A Survey of Perceived Incivility among Nurses Working at Medical-Educational Centers in the City of Ardabil, Iran. **Journal Of Health And Care**. Ardabil, p. 131-138. nov. 2018.
- MAIA, Christiane Santiago et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, p.1-3, maio 2018.
- MANDARINI, Marina Bernardo; ALVES, Amanda Martins; STICCA, Marina Greggi. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 16, n. 2, p.143-152, 2016.
- MELO, Márcia Borges de; BARBOSA, Maria Alves; SOUZA, Paula Regina de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 19, p.1-9, jul. 2011.

MENDONÇA, Juliana Moro Bueno; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Soares; SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi. Civilidade e incivilidade no ambiente de trabalho: Uma Bibliometria Internacional. **Revista Perspectivas Contemporâneas**, Brasília, v. 13, n. 2, p.68-88, maio 2018.

MONTEIRO, Janine Kieling; CARLOTTO, Mary Sandra. Preditores da Síndrome de Burnout em Trabalhadores da Saúde no Contexto Hospitalar. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 18, n. 3, p.287-295, 8 jun. 2016.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde:: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 20, p.636-640, jul. 2015.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review*. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 50, n. 4, p.695-704, ago. 2016.

OLIVEIRA, Roberta Meneses. **Comportamento destrutivo no trabalho em saúde: análise de conceito** [recurso eletrônico]. 2015. 221 f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Saúde) - Programa de pós-graduação cuidados clínicos em enfermagem e saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/roberta.pdf>> Acesso em: 01 dez. 2018.

ROSENSTEIN, A. H. Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. **The american journal of nursing**, v. 102, n. 6, p. 26-34,2002.

ROSENSTEIN, Alan H.; O'DANIEL, Michelle. A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety. **The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety**, v. 34, n. 8, p.464-471, ago. 2008.

ROSENSTEIN, Alan H.; O'DANIEL, Michelle. Disruptive Behavior & Clinical Outcomes: Perceptions of Nurses & Physicians. **Nursing Management (springhouse)**, v. 36, n. 1, p.18-28, jan. 2005.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal For Quality In Health Care**, v. 21, n. 1, p.18-26, 1 fev. 2009.

SHOORIDEH, Foroozan Atashzadeh et al. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p.64-76, 19 jun. 2014.

THOFEHRN, Maira Buss et al. Processo de trabalho dos enfermeiros na produção de saúde em um Hospital Universitário de Múrcia/Espanha / Work processes of nurses in health production in a University Hospital in Murcia / Spain. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p.924-932, 19 fev. 2015.

WALRATH, Jo M.; DANG, Deborah; NYBERG, Dorothy. Hospital RNs' Experiences with disruptive behavior. **Journal Of Nursing Care Quality**, v. 25, n. 2, p.105-116, abr. 2010.

WLODY, Ginger Schafer. Nursing management and organizational ethics in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 35, n.2, p.29-35, fev. 2007.

ZAMANZADEH, Vahid et al. Actors Influencing Men Entering the Nursing Profession, and Understanding the Challenges Faced by Them:: Iranian and Developed Countries' Perspectives. **Nurs Midwifery Stud.**, Xiraz, v. 4, n. 2, p.49-56, 2013.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 431 p

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO COMPLEMENTAR

1. **IDADE:** _____
2. **TEMPO DE FORMAÇÃO (EM ANOS):** _____
3. **TEMPO DE SERVIÇO (EM ANOS):** _____
4. **CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO:** _____
5. **TURNO DE TRABALHO**
 1. () MANHÃ, SOMENTE
 2. () TARDE, SOMENTE
 3. () MANHÃ E TARDE/INTEGRAL
 4. () NOITE, SOMENTE
 5. () MT E NOITE

6. **TRABALHA EM OUTRO SERVIÇO?**
 1. () SIM
 2. () NÃO

7. **SE SIM, QUAL?**
 1. () OUTRO HOSPITAL PÚBLICO
 2. () HOSPITAL PRIVADO
 3. () UPA
 4. () UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
 5. () OUTRA: Especificar:

8. **TIPO DE VÍNCULO COM O SERVIÇO:**
 1. () SERVIDOR PÚBLICO
 2. () COOPERATIVA
 3. () OUTRO. Especificar:

9. **PÓS-GRADUAÇÃO**
 1. () SIM
 2. () NÃO

10. **TIPO DE PÓS-GRADUAÇÃO**
 1. ESPECIALIZAÇÃO () ÁREA:

 2. MESTRADO () ÁREA:

 3. DOUTORADO () ÁREA:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



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

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

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

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

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

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

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Pesquisador

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO DESTRUTIVO

Jonhs Hopkins DisruptiveClinicianBehaviorSurvey – Versão Brasileira

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

INSTRUÇÕES

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

Dados Demográficos

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

1. Qual o seu sexo?

1. Masculino
2. Feminino

2. Qual é a sua etnia?

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

3. Há quantos anos você está empregado na sua área profissional? _____

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

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

5. Qual é o seu cargo/função?

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

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

COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL

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

6. Conflito

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

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

7. Linguagem Autoritária/ Humilhação/ Jogo de Poder

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

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

8. Intimidação/Ameaça/Assédio

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

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

9. Comportamento Passivo-Agressivo

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

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

10. Violência Física

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

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

11. Desrespeito Profissional

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

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

12. Grosseria/ Desrespeito

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

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

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

1. Sim 2. Não

CARGO/FUNÇÃO DA PESSOA ANTI-PROFISSIONAL

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

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

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

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

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

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

FATORES DESENCADEANTES DO COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL

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

17. Problemas sistêmicos crônicos, não resolvidos

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

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

18. Falta de Competência

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

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

19. Diversidade da equipe

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

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

20. Falta de trabalho em equipe

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

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

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

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

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

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

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

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

23. Ambiente sobrecarregado

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

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

RESPOSTA AO COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MOTIVO PARA NÃO ABORDAR A PESSOA COM COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL

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

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

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

completamente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IMPACTO DO COMPORTAMENTO ANTI PROFISSIONAL

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

38. O comportamento anti-profissional diminui minha moral.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DANO AO PACIENTE DEVIDO AO COMPORTAMENTO ANTI-PROFISSIONAL

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

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

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

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

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

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

Marque uma opção:

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

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Roberta Meneses Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54414916.0.0000.5040

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.500.026

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Papióú CEP: 60.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.500.026

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Benefícios:

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

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
 Bairro: Papicú CEP: 60.155-290
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.500.026

comportamentos destrutivos no trabalho em saúde; reflexão contínua sobre o comportamento do profissional de saúde no ambiente de trabalho e suas repercussões para a comunicação e a segurança do paciente; fortalecimento da pesquisa no campo da segurança em saúde e do gerenciamento do cuidado; ampliação dos conhecimentos sobre o comportamento humano nas organizações de saúde; apresentação das diversas propostas e sugestões a serem inseridas na realidade investigada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexou os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Enviar ao CEP o relatório final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

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

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.500.026

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 14 de Abril de 2016

Assinado por:
Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Papicú CEP: 60.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br