

# Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente



*Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety*

*Estrategias de comunicación efectiva en la gestión de comportamientos destructivos y promoción de la seguridad del paciente*

Felice Teles Lira dos Santos Moreira<sup>a</sup>  
Regiane Clarice Macêdo Callou<sup>a</sup>  
Grayce Alencar Albuquerque<sup>b</sup>  
Roberta Meneses Oliveira<sup>c</sup>

## Como citar este artigo:

Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180308. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever e analisar estratégias de comunicação interprofissional efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos no trabalho hospitalar e promoção da segurança do paciente.

**Métodos:** Estudo descritivo e qualitativo, desenvolvido com 29 profissionais de saúde de hospital público no Ceará, Brasil. Os dados foram coletados em 2014, mediante entrevista em profundidade, analisados pela técnica de análise de conteúdo, com o software MAXQDA<sup>®</sup>, e discutidos segundo referenciais da segurança do paciente.

**Resultados:** Emergiram 27 unidades de contexto da análise do conteúdo abordando estratégias de comunicação efetiva para gerenciamento de comportamentos destrutivos, destacando-se: reuniões em equipe com diálogo aberto, avaliação de desempenho e feedback; e exercício da liderança com ênfase no suporte individual, treinamentos, reconhecimento e respeito mútuos.

**Conclusões:** Estratégias individuais e grupais focalizadas em habilidades de comunicação e estabelecimento de respeito mútuo no trabalho atuam como barreiras a comportamentos destrutivos e, se adequadamente instituídas, têm impacto positivo na segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Comunicação interdisciplinar. Relações interpessoais. Comportamento social. Atitude do pessoal de saúde. Segurança do paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe and analyze strategies for professionals to communicate effectively when managing disruptive behaviors at the hospital and to promote patient safety.

**Methods:** This is a descriptive and qualitative study conducted with 29 health professionals at a public hospital in Ceará, Brazil. Data were collected in 2014 by means of an in-depth interview, analyzed using the content analysis technique with MAXQDA<sup>®</sup> software, and discussed according to patient safety references.

**Results:** The interview transcripts resulted in 27 contextual units of analysis that address effective communication strategies for managing disruptive behaviors, such as team meetings with open dialogue; performance evaluation and feedback; and exercising leadership with emphasis on individual support, training, recognition, and mutual respect.

**Conclusions:** Individual and group strategies that focus on communication skills and establishing mutual respect at work act as barriers for disruptive behavior and, if properly adopted, have a positive impact on patient safety.

**Keywords:** Interdisciplinary communication. Interpersonal relations. Social behavior. Attitude of health personnel. Patient safety.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir y analizar estrategias de comunicación interprofesional efectiva en la gestión de comportamientos destructivos en el trabajo hospitalario y promoción de la seguridad del paciente.

**Métodos:** Estudio descriptivo y cualitativo, desarrollado con 29 profesionales de salud de hospital público en Ceará, Brasil. Los datos fueron recolectados en 2014, mediante entrevista en profundidad, analizados por la técnica de análisis de contenido, con el software MAXQDA<sup>®</sup>, y discutidos según referenciales de la seguridad del paciente.

**Resultados:** Emergieron 27 unidades de contexto del análisis del contenido abordando estrategias de comunicación efectiva para gestión de comportamientos destructivos, destacándose: reuniones en equipo con diálogo abierto, evaluación de desempeño y feedback; y ejercicio del liderazgo con énfasis en el soporte individual, entrenamientos, reconocimiento y respeto mutuos.

**Conclusiones:** Estrategias individuales y grupales enfocadas en habilidades de comunicación y establecimiento de respeto mutuo en el trabajo actúan como barreras a comportamientos destructivos y, si adecuadamente instituidas, tienen impacto positivo en la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Comunicación interdisciplinaria. Relaciones interpersonales. Conducta social. Actitud del personal de salud. Seguridad del paciente.

<sup>a</sup> Universidade Regional do Cariri (URCA), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Crato, Ceará, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Regional do Cariri (URCA), Departamento de Enfermagem. Crato, Ceará, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Departamento de Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O comportamento destrutivo no trabalho em saúde, também conhecido como comportamento antiprofissional, envolve condutas profissionais desrespeitosas adotadas no ambiente de prática, podendo manifestar-se como incivildade, violência psicológica ou violência física/sexual. Trata-se de um conceito em evidência na literatura, pois articula o comportamento humano, o processo de trabalho em saúde e a segurança do paciente<sup>(1)</sup>.

Esta articulação é particularmente percebida em ambientes hospitalares, onde a hierarquia de poder e a ambiguidade de tarefas desempenham um papel significativo na origem desses comportamentos. Em geral, ao considerar a hierarquia hospitalar, os enfermeiros, especialmente os assistenciais, estão frequentemente em uma posição vulnerável e de pouca autonomia, o que é característico do processo de trabalho em saúde brasileiro. Estes profissionais, apesar de serem cobrados pela garantia da segurança dos pacientes, vivenciam situações intimidantes que impedem uma comunicação eficaz e oportuna e, assim, prejudicam uma intervenção apropriada para evitar danos<sup>(2)</sup>.

Pesquisas explicam que o comportamento destrutivo impacta diretamente o atendimento ao paciente, pois informações pertinentes não são adequadamente compartilhadas<sup>(1,3)</sup>. Isto acontece devido à quebra do processo de comunicação, pois os profissionais que são alvos de condutas destrutivas têm medo e até evitam compartilhar seus pensamentos com os perpetradores. Este silêncio leva à submissão, à falta de autonomia, à perda de criatividade e de iniciativa, diminuindo o interesse de questionar planos de tratamento, por exemplo, com os colegas médicos. O resultado desta ruptura é a maior ocorrência de incidentes no cuidado prestado<sup>(4)</sup>.

Em recente estudo, um participante relatou exemplo de comportamento destrutivo por parte dos médicos, que muitas vezes intimidam os enfermeiros a não questionarem suas condutas/prescrições com objetivo de “manter a paz”. Enfermeiros relataram, ainda, situações em que foram incapazes de comunicar as necessidades do paciente de forma eficaz por causa desses comportamentos. Lembraram, também, que se sentiam incomodados com os médicos quando os contactavam para esclarecimentos sobre o atendimento ao paciente<sup>(3)</sup>.

Diante do exposto, considerando-se a segurança do paciente o tema central do presente estudo, é necessário compreender como esses comportamentos a afetam, ou seja, como prejudicam a prática de redução do risco de dano desnecessário associado aos cuidados de saúde ao mínimo aceitável<sup>(5)</sup>.

As evidências de que o comportamento destrutivo é

uma ameaça à segurança do paciente revelam seus efeitos negativos imediatos e de longo prazo sobre os profissionais, as organizações e, conseqüentemente, os pacientes. Os profissionais experimentam uma mistura de sentimentos intensos como medo, raiva, vergonha, confusão, incerteza, isolamento, insegurança, frustração e até depressão. Estes sentimentos afetam, significativamente, a capacidade de pensar, podendo cometer um erro na tomada de decisões ou desempenho<sup>(6)</sup>.

Cabe ressaltar que o desrespeito institucional é um comportamento aprendido, apoiado e reforçado pela cultura organizacional, sendo esta baseada no estado autoritário encontrado na maioria dos hospitais. Portanto, uma barreira substancial para o progresso da segurança do paciente é a cultura enraizada no desrespeito disfuncional generalizado<sup>(6)</sup>.

Quando esses comportamentos são “permitidos”, a satisfação no trabalho e até a retenção de enfermeiros são afetadas. Desse modo, as instituições precisam estar cientes destas conseqüências e desenvolver políticas, normas e procedimentos adequados para lidar eficazmente com este grave problema e reforçar padrões adequados de comportamento<sup>(7)</sup>.

Faz-se necessário, portanto, reconhecer a responsabilidade dos enfermeiros líderes em implementar e aplicar políticas, processos e educação para abordar e mitigar os comportamentos destrutivos<sup>(8)</sup>.

Algumas estratégias podem ser adotadas pelas instituições para reduzir a ocorrência de comportamentos destrutivos no trabalho em saúde, destacando-se o ensino e o treinamento em comunicação efetiva entre os diversos profissionais da equipe de saúde<sup>(4,6,9)</sup>.

Uma comunicação efetiva inclui comportamentos assertivos em transmitir, receber e interpretar informações com clareza e respeito mútuo. A busca por soluções apropriadas para estes comportamentos inclui o uso de linguagem objetiva e não-acusatória que promove comunicação e relações respeitosas, além de um canal ou sistema de notificação para relatar os comportamentos destrutivos<sup>(10)</sup>.

Almeja-se, com isso, garantir uma comunicação interprofissional aberta e efetiva desde a identificação de problemas ao estabelecimento de mecanismos e ferramentas eficazes de comunicação.

Em busca na literatura brasileira, no período de produção de 2006 a 2017, encontrou-se 14 artigos sobre comunicação efetiva, sendo esta considerada uma meta de segurança do paciente, uma questão interdisciplinar e ainda, interprofissional, a qual é permeada por fragilidades e potencialidades<sup>(11)</sup>.

Desse modo, o conhecimento da realidade brasileira sobre essa problemática torna-se importante, uma vez que os estudos sobre a temática de comunicação efetiva ain-

da são incipientes, principalmente frente a estratégias que possam favorecer a segurança do paciente neste território.

Nesse sentido, desenvolveu-se estudo de análise conceitual sobre comportamentos destrutivos no trabalho em saúde com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital público de ensino do Nordeste brasileiro<sup>(12)</sup>. Após serem interrogados sobre suas experiências e vivências com estes comportamentos, foi sugerido que listassem algumas estratégias para melhor abordar esta problemática naquela instituição.

Portanto, objetivou-se descrever e analisar estratégias de comunicação interprofissional efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos no trabalho hospitalar e promoção da segurança do paciente.

## ■ MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido no maior hospital da rede pública de saúde do estado do Ceará, localizado no município de Fortaleza. Trata-se de instituição de referência em emergência, cirurgia geral e vascular, clínica médica, obstetrícia e neurologia, além de transplantes renal e hepático.

O hospital possui 525 leitos de internação, 63 especialidades e sub-especialidades médicas e outros serviços de saúde. 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.

Segundo dados da instituição, o pessoal de saúde corresponde a 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).

Pelo fato de haver maior prevalência de comportamentos destrutivos em unidades críticas<sup>(1)</sup>, optou-se por incluir os profissionais destes cenários de prática. As unidades de atenção crítica caracterizam-se por ser ambientes preparados para atender pacientes gravemente enfermos que têm risco potencial de morte e por serem importantes componentes da assistência à saúde no Brasil<sup>(13)</sup>.

Dessa forma, adotou-se como critério de inclusão: ser médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem; e exercer função assistencial na instituição há, pelo menos, um ano. Foram excluídos aqueles que estavam afastados no período da coleta dos dados por qualquer motivo, sejam férias, atestado médico ou licenças.

Dentre as diferentes categorias de profissionais de saúde, elegeram-se médicos e trabalhadores de enferma-

gem pelo fato de manterem contato mais próximo com o paciente, permitindo melhor evidenciar o impacto dos comportamentos destrutivos na segurança assistencial. Os médicos, por serem responsáveis pela terapêutica prescrita e evolução diária; e a equipe de enfermagem por promover o cuidado direto e indireto nas 24 horas, intervindo e gerenciando em suas dimensões clínicas, administrativas, sociais, ambientais e educativas.

Além disso, em revisão integrativa sobre a temática, a maioria dos 70 artigos analisados foi realizada com médicos e enfermeiros, revelando, assim, que estes têm maior facilidade em identificar, vivenciar e discutir casos de comportamentos destrutivos no trabalho em saúde<sup>(1)</sup>.

A amostragem se deu por conveniência. Após apresentação do projeto e convite individual, 29 profissionais aceitaram participar do estudo, incluindo 6 médicos, 10 enfermeiros e 11 técnicos/auxiliares de enfermagem. Solicitou-se que relatassem suas experiências com comportamento destrutivo naquele hospital, na busca de se levantar fatos/eventos e, em seguida, estratégias para gerenciar estes comportamentos, com foco na comunicação interprofissional efetiva. O número relativamente desproporcional entre os profissionais médicos e de enfermagem pode ser justificado pelo fato dos últimos constituírem-se em maioria nas unidades investigadas, bem como se mostraram mais sensibilizados em conversar sobre a temática central do estudo.

A técnica de coleta utilizada foi a entrevista em profundidade.

A coleta de dados aconteceu no período de março a julho de 2014, sendo encerrada por saturação das informações colhidas. A entrevista investigava as experiências profissionais sobre o objeto de estudo (com as perguntas: Como você vê o trabalho no seu dia a dia, aqui nessa unidade?; Você já vivenciou ou já ouviu falar de comportamentos destrutivos na sua prática? Existe algum caso que você considere um exemplo desse tipo de comportamento?), bem como concepções e valores a respeito do mesmo (O que você acha que tem relação com esse tipo de comportamento?; Você teria alguma sugestão para as lideranças dessa unidade, gestores desse hospital, para o melhor gerenciamento desses comportamentos?). Este artigo resume os achados relacionados às sugestões dos entrevistados para o gerenciamento desses comportamentos no dia a dia.

Após a coleta, os áudios foram gravados e transcritos. Utilizou-se como ferramenta de organização dos dados a Técnica da Análise de Conteúdo de Bardin<sup>(14)</sup>.

Esse tipo de organização dos dados contemplou três fases, sendo elas: Pré-análise; Exploração do material; Tra-

tamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise consistiu na organização propriamente dita do material, cujos documentos a serem analisados foram escolhidos e hipóteses ou questões norteadoras foram formuladas. Então, as entrevistas foram devidamente transcritas, e sua totalidade constituiu o corpus da pesquisa, que foi preparado, organizado em colunas, anotando e marcando semelhanças e contrastes, com uso do recurso “cor de realce do texto”, em arquivo do Microsoft Word<sup>(14)</sup>.

A fase de exploração do material tratou do momento da codificação, em que os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitiram uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A codificação compreendeu a escolha das unidades de registro e contexto e a seleção de regras de contagem. Após isto, realizou-se a categorização (escolha de categorias temáticas). As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro/contexto) de acordo com as características comuns, tais como semelhantes expressões e estratégias sugeridas sobre o tema abordado. Por fim, realizou-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesse momento, voltou-se aos marcos teóricos pertinentes à investigação para embasar a análise do estudo<sup>(14)</sup>. Tais referenciais representam um conjunto de manuscritos e políticas relacionadas à segurança do paciente no âmbito mundial, com ênfase nos fatores humanos e sistêmicos envolvidos na ocorrência de eventos adversos em serviços de saúde<sup>(1,5,15-16)</sup>.

Neste estudo, cabe destacar que foi definida como unidade de registro a frase e, como unidade de contexto (UC), o parágrafo. Esta, por sua vez, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores à da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. Na transcrição das unidades de contexto apresentados ao longo dos resultados, foram utilizados colchetes [ ] para indicação de acréscimos ou comentários que favoreceram a compreensão do contexto relatado.

Para efetivação da análise de conteúdo, os dados obtidos com as entrevistas foram processados em um software para análise de texto profissional denominado MAXQDA<sup>(12)</sup>.

Cabe ressaltar que o anonimato dos entrevistados foi garantido por meio da codificação conforme a categoria a que pertenciam, a saber: médico representado pela letra M; enfermeiro pela letra E; técnicos de enfermagem com TE e auxiliares de enfermagem com AE, seguida de numeral arábico conforme ordem dos entrevistados.

O presente artigo reúne achados de uma pesquisa de

maior abrangência intitulada: Comportamento Destrutivo no Trabalho em Saúde: análise de conceito. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital em que foi realizado (CAAE: 24266513.0.0000.5040). Todos os trabalhadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais entrevistados atuavam em diferentes unidades do hospital, como emergência, terapia intensiva, internação obstétrica e neurológica, sala de parto, centro cirúrgico e centro obstétrico. Apresentaram médias de 33,8 anos de idade; 9,8 anos de formados; 5,3 anos de tempo médio de atuação no serviço e 44,4 horas de trabalho semanal. Houve predomínio de mulheres (n=25), o que se justifica pela maioria fazer parte da categoria de enfermagem. Preponderou, também, o tipo de vínculo por cooperativa (n=23) e a carga horária de trabalho semanal superior a 40 horas (n=18).

Além do perfil profissional apresentado, aprofundaram-se questões relacionadas à dinâmica do processo de trabalho em saúde e, principalmente, às experiências e vivências com comportamento destrutivo no trabalho em saúde. Alguns depoimentos demonstram os exemplos de comportamento destrutivo vivenciados pelos participantes no dia a dia:

*Eu tive um problema com uma [auxiliar de enfermagem da noite]. Fui fazer uma transfusão, aí calculei o gotejamento em horas [e disse:] daqui a tantas horas você pode pedir a segunda bolsa [de sangue]. [E ela respondeu:] olha, eu vou trazer e vou instalar!, e eu: você não vai instalar, quem instala bolsa de sangue é o enfermeiro!; e a técnica: eu instalo até no plantão da chefe, porque que eu não instalo no seu?(E5).*

*A enfermeira lá embaixo [na emergência] decidia quando ela ia receber o paciente, queria decidir qual paciente vinha. O médico falava uma coisa e ela decidia por outra, entendeu? Por algum motivo, assim, que ela acha que é a chefe do serviço (M2).*

*Acha que porque é médico, pode gritar, abusar assim, tanto pelo status como pela educação (TE7).*

*Tem muitas histórias assim de cirurgião, de ser grosseiro com residente, com a técnica, de jogar material... aqui na chefia da enfermagem tem algumas histórias também (M5).*

Nota-se que o comportamento destrutivo no trabalho em saúde pode ser manifestado por meio de atitudes abusivas, intimidantes, desrespeitosas e ameaçadoras entre os membros da equipe<sup>(7)</sup>.

Reconhecendo as situações e os casos de comportamento destrutivo na prática, foi solicitado aos participantes

que sugerissem estratégias para lidar com estas condutas no dia a dia.

O Quadro 1 resume as estratégias de comunicação efetiva sugeridas pelos participantes para o gerenciamento desses comportamentos, distribuídas em duas categorias de análise:

Categoria temática (UR/UC)	Definição	Elementos extraídos dos depoimentos para identificação das estratégias (UR/UC)
<b>1. Reuniões para a equipe com diálogo aberto, avaliação de desempenho e feedback (15)</b>	Abrange a percepção dos participantes sobre a necessidade de reuniões para a equipe, as quais permitam abertura para o diálogo, avaliações de desempenho e feedback contínuos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Fazer reuniões com a equipe e dar feedback (3)</li> <li>· Realizar avaliação de desempenho (2)</li> <li>· Abertura para a conversa/diálogo (5)</li> <li>· Adotar uma postura ética e profissional (3)</li> <li>· Favorecer o favorecer o seguimento de rotinas e protocolos organizacionais (2)</li> </ul>
<b>2. Exercício da liderança com ênfase no suporte individual, treinamentos, reconhecimento e respeito mútuos (12)</b>	Apresenta estratégias dos participantes sobre estabelecer uma liderança autêntica com foco em suporte aos trabalhadores individualmente e em grupo, tendo como meta o reconhecimento e o respeito mútuo nas relações interprofissionais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Oferecer cursos, treinamentos e palestras sobre o assunto (4)</li> <li>· Favorecer o reconhecimento profissional (3)</li> <li>· Exercer a liderança com efetividade (2)</li> <li>· Promover ajuda e respeito mútuos (2)</li> <li>· Melhorar o relacionamento interpessoal (1)</li> </ul>

**Quadro 1** – Categorias temáticas da análise das entrevistas sobre estratégias para gerenciar comportamentos destrutivos. Fortaleza, CE, 2014 (n=27 UC).

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

### Reuniões para a equipe com diálogo aberto, avaliação de desempenho e feedback

Os profissionais destacaram como estratégia o planejamento de reuniões periódicas, com foco em avaliações de desempenho e feedback permanentes, não somente entre determinadas categorias, mas com toda a equipe, em que os problemas pudessem ser pontuados, questionados e, de forma coletiva, planejada sua resolução.

*Quanto mais ela [a chefe] estiver presente, eu acho que as reuniões, reunião mensal diretamente com a gerência de enfermagem para a gente discutir os cuidados, as rotinas de enfermagem do serviço, eu acho que é a melhor forma para se comunicar, esclarecer tudo e ver o que a gente pode melhorar, ajustar os pontos [...] (E10).*

*A sugestão é de não ser uma reunião de uma categoria só, só com os técnicos de Enfermagem, só com os enfermeiros... poderia ter uma reunião com todas as categorias,*

*para tentar levantar um questionamento sobre a problemática de conflitos, essas coisas (TE10).*

No julgamento dos participantes considerou-se de extrema importância que os coordenadores estabeleçam um *feedback* para os conflitos apresentados, pois, dessa forma, os profissionais poderiam saná-los. Além disso, os momentos de reuniões foram apontados como importantes, visto que nestas podem ser discutidos os pontos a serem melhorados.

Nesse sentido, é necessário que os gestores hospitalares e os profissionais de saúde possam e devam promover um ambiente de trabalho e de respeito, com comunicação aberta e consciência situacional, com *feedback* sobre os problemas entre a equipe, com momentos de educação, e com responsabilidade e tomada de decisão compartilhadas<sup>(17)</sup>. É imprescindível que haja uma boa comunicação não somente entre a equipe de saúde que presta assistência aos usuários, mas também entre esta, gestores e todos os envolvidos no processo assistencial.

Nesse sentido, observa-se que é necessário o envolvimento não somente dos profissionais relacionados ao processo de cuidado, mas de toda a instituição de saúde, entre eles a gestão<sup>(11)</sup>. Salienta-se que os profissionais por meio da comunicação podem compreender melhor a sua relação com a equipe, a forma de lidar com o cuidado ao usuário e com as diversas categorias profissionais<sup>(18)</sup>.

Demonstra-se assim, que a comunicação efetiva é imprescindível para o trabalho em equipe. Diante dos erros evitáveis na assistência à saúde, verifica-se que a comunicação efetiva funciona como elo para a garantia de uma assistência segura e de qualidade<sup>(11)</sup>.

É preciso que haja interação entre todos os envolvidos, e isto só será possível mediante a comunicação. Compreender o processo comunicativo, seus elementos formadores e suas consequências facilitam o enfrentamento dos desafios da comunicação que surgem no trabalho<sup>(18)</sup> e os momentos de reuniões, conforme destacado, podem proporcionar aos envolvidos tal compreensão.

Assim, faz-se necessário a presença de líderes autênticos nas equipes, responsáveis por conduzir o grupo de forma ética e respeitosa, alinhando os processos organizacionais para que as informações sejam transmitidas de forma otimizada e correta<sup>(11)</sup>.

Salienta-se a necessidade de reconhecer a linguagem corporal no processo de comunicação, pois pode transmitir ideias negativas tanto quanto as palavras proferidas<sup>(19)</sup>. O reconhecimento dos padrões de comunicação pode favorecer mudanças culturais e comportamentais<sup>(4)</sup>, sendo o estímulo à revisão da linguagem corporal um bom caminho.

Outra estratégia seria o envolvimento nos processos educativos voltados para o aprendizado do profissional de saúde em comunicar-se assertivamente, principalmente no caso de pessoas com personalidade autoritária e hostil, bem como em situações difíceis<sup>(7)</sup>. As ações de educação permanente devem optar por abordagens participativas e significativas, como a simulação realística, com o objetivo de oferecer subsídios para os profissionais reconhecerem suas falhas na comunicação, e envolvendo toda a equipe multidisciplinar<sup>(11,20)</sup>.

De forma individual ou coletiva, deve-se investigar onde está a situação conflitante e/ou a manifestação de comportamentos destrutivos, e para isso, faz-se necessário ouvir a equipe e estimular o diálogo construtivo, como observa-se nos relatos:

*Ouvir cada classe específica [...] (E2)*

*É a conversa, o diálogo, e procurar saber o erro, se existe um erro, tem que procurar consertar o erro [...] procurar*

*saber o que está acontecendo, se é verdade, se é mentira [...] (TE6).*

*Conversando com a chefia deles [cirurgiões], chamar na sala e conversar, mostrar pra ele toda a situação, vindo de fora, e os danos causados... chamando para que ele visse como uma pessoa de fora, como não participante e sim uma pessoa... para ele ver como expectador, mensurar toda a situação, e puxar pelo lado mais da crítica, auto-crítica dele... (E3).*

*Chamar para conversar, orientar, explicar, tentar mostrar que somos pessoas adultas, que temos que nos comportar como pessoas adultas. Deixar esse negócio de estar criando atritos no seu emprego (TE10).*

*[...] nada como um bom diálogo, uma boa conversa, uma pessoa conversar e tentar orientar. Então vamos resolver a nossa situação entre nós, para que a gente possa trabalhar com qualidade e prestar um serviço de qualidade pro paciente (E10).*

Os trechos sugerem que uma boa estratégia seria a abertura para a conversa/diálogo, cujos momentos seriam oportunos para a identificação de conflitos e sua resolução, a fim de manter a qualidade da assistência prestada ao usuário e evitando danos ao paciente.

É válido salientar que, para alcançar a comunicação efetiva, determinantes primordiais se destacam tais como o olhar diretamente, a escuta qualificada, a compreensão da mensagem, o desenvolvimento da liderança, a união de todos os membros da equipe e a troca de informações para garantir uma assistência de qualidade<sup>(11)</sup>.

Os participantes ressaltaram que, para minimizar a ocorrência do comportamento destrutivo, a escuta ativa e reflexiva é importante. Na abordagem aos casos de comportamento antiprofissional, deve-se ter um momento para ouvir não somente os envolvidos, mas também os demais membros da equipe, visto que estes presenciam a situação e podem ajudar a identificar seus fatores desencadeantes. Além disso, podem acrescentar outras situações em que este padrão de comportamento venha sendo constantemente adotado e mal gerenciado. Então, ouvir os outros é importante para compreender a sua história e elucidar os fatos<sup>(19)</sup>.

A efetiva averiguação dos fatos possibilita a adoção de medidas cabíveis para redução do dano causado ao profissional, equipe ou ao paciente, e as falhas no processo de comunicação podem se constituir como barreiras para uma resolução eficaz.

Então, é imprescindível estabelecer uma comunicação efetiva desde a identificação do risco ou incidente crítico, evitando, assim, a ocorrência do evento adverso e dos danos por ele gerados. Assim, não se deve estimular apenas a notificação do evento adverso grave, mas também dos riscos, de suas causas e das estratégias implementadas para seu tratamento<sup>(16)</sup>.

Neste sentido, a criação e a implementação de um sistema de comunicação e/ou informação poderia ser útil na melhoria da comunicação<sup>(7)</sup>, podendo ser em formato eletrônico, no qual os profissionais pudessem observar e relatar condutas antiprofissionais para os setores responsáveis<sup>(9)</sup>, como o núcleo de segurança do paciente.

Com a abertura de um canal de comunicação, eleva-se a possibilidade dos profissionais sentirem-se abertos para relatar situações conflitantes. O sistema de notificação permitiria que o profissional com conduta destrutiva no ambiente de trabalho possa responder a tal denúncia, cabendo aos responsáveis monitorarem a melhora após a intervenção<sup>(9)</sup>.

A instituição de saúde necessita de uma abordagem padronizada para a notificação de incidentes a fim de evitar inconstâncias em sua resposta. Ademais, essa uniformização torna-a segura e aceitável para que os funcionários relatem incidentes, abordando-o em tempo hábil, por meio de um acompanhamento adequado e com comunicação eficaz de incidentes<sup>(7,17)</sup>.

Quando a equipe de enfermagem apresenta um processo de comunicação coeso, efetivo e consolidado, as relações estabelecidas entre os profissionais podem funcionar como estímulo, motivando a querer estar ali e prestando um cuidado integral e com qualidade ao usuário<sup>(18)</sup>.

Então, a comunicação aberta entre os profissionais de saúde permite a identificação de problemas de comunicação, o estabelecimento de mecanismos e ferramentas eficazes de comunicação e, ainda, a notificação de incidentes. É importante que os profissionais de saúde tenham uma comunicação efetiva não apenas pelo impacto na segurança do paciente, mas também pelas consequências causadas na esfera profissional e pessoal desses trabalhadores.

### **Exercício da liderança com ênfase no suporte individual, treinamentos, reconhecimento e respeito mútuos**

Nesta categoria, reúnem-se as estratégias sugeridas para estabelecer uma liderança autêntica, permitindo orientação e apoio aos trabalhadores por meio de treinamentos, suporte organizacional e valorização do respeito mútuo.

*Introduzir essas pessoas que tem esse tipo de comportamento nos treinamentos do acolhimento (E5).*

*Palestras sobre relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, ajudaria bastante! (TE4)*

*Partir da coordenação tanto médica como de enfermagem a questão do respeito mútuo entre a equipe (E1.)*

*Eu acho que tem que existir um líder e, assim, nesta unidade que a gente está tem essa figura. Tem duas pessoas para isso. Eles trabalham em todos os sentidos, tanto de estrutura, como de pessoal, médicos e não médicos, e com notificações. Então eu acho que [uma estratégia seria] o fato de a gente notificar comportamentos que não estão adequados. Eu acho que eles têm a estimativa do que precisa melhorar, e eles fazem reuniões periódicas com os médicos e profissionais não médicos para que a gente tenha o atendimento ótimo ao paciente (M4).*

*Tentar orientar que estamos todos nós no mesmo barco e temos que nos ajudar. Não se dividir, porque divididos ninguém consegue fazer o melhor. Juntos a gente consegue. Para o bem maior, que é o bem do povo! (TE10).*

Como o ambiente de trabalho é permeado pelo agrupamento de diversas competências relacionais e interpessoais, destaca-se a importância da liderança e da comunicação para efetivação do processo de trabalho<sup>(11)</sup>.

Não obstante, sabe-se que o comportamento destrutivo no trabalho em saúde é ameaça a esta harmonia no ambiente de trabalho, pois reduz o trabalho em equipe e a comunicação, uma vez que destrói a confiança, o respeito mútuo e o coleguismo. Então, é necessário estabelecer um ambiente de trabalho interdisciplinar, cujos trabalhadores, independentemente da categoria a qual pertencem, consigam se articular em torno de um trabalho profissional, que atendam aos objetivos da organização e sob condições adequadas<sup>(12)</sup>.

Corroborando as falas dos participantes, quando enfatizaram a necessidade de uma comunicação efetiva para possibilitar que as duas partes resolvam o problema, impactando na redução de conflitos de papel e de poder no emprego, possibilitando a prestação de um trabalho de qualidade e adequada ao usuário. Ressalta-se que o cuidado ofertado aos pacientes hospitalizados é complexo e exige que seja executado com qualidade e sem ocasionar danos ao usuário<sup>(16)</sup>.

Diante do exposto, é necessário que o silêncio organizacional e a dificuldade dos profissionais se pronuncia-

rem perante os seus colegas de trabalho sejam rompidos e deixem de ser barreiras para a comunicação e o trabalho em equipe<sup>(20)</sup>.

Uma cultura organizacional com missão embasada em objetivos e estratégias com efetivas modalidades de comunicação e liderança autêntica, refletirá positivamente nos processos assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e segurança do paciente<sup>(20)</sup>. Isto concorda com a Portaria MS/GM nº 529/2013, ao definir cultura de segurança do paciente como aquela na qual todos os profissionais envolvidos no cuidado ao usuário, sejam assistenciais ou gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança e pela dos colegas de trabalho, pacientes e familiares, incentivando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, dentre outros<sup>(15)</sup>.

Para que tal cultura organizacional se operacionalize conforme as prerrogativas expostas, a comunicação efetiva entre diferentes categorias profissionais deve ter destaque, 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.

Pesquisa internacional sobre comportamento destrutivo no trabalho em saúde evidenciou que, para minimizar o comportamento antiprofissional, deve-se justamente melhorar a eficácia da comunicação dos profissionais que não são bons comunicadores<sup>(7)</sup>.

De tal modo, a crise de comportamentos destrutivos, bem como os casos de violência horizontal nos serviços de saúde, requerem a busca de soluções criativas e a procura de respostas apropriadas inicia-se com uma visão de ambientes e comunidades de cuidado que promovam comunicação e relações respeitadas<sup>(10)</sup>.

Então, as diferentes estratégias de liderança e treinamentos focados em habilidades interpessoais podem melhorar a comunicação e proporcionar a redução de comportamentos destrutivos no trabalho em saúde, tendo em vista que a comunicação é um processo imprescindível na discussão e abordagem destas condutas antiprofissionais<sup>(17)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas estratégias afins à comunicação interprofissional efetiva foram identificadas neste estudo, podendo favorecer o gerenciamento de comportamentos destrutivos no trabalho em saúde e, conseqüentemente, promover a segurança do paciente. Dentre as estratégias mais sugeridas pelos participantes estão: o reconhecimento dos comportamentos destrutivos por parte da equipe; a abertura para o diálogo; realização de reuniões entre todos os mem-

bro da equipe; exercício de uma liderança autêntica com foco em avaliações de desempenho e *feedback* e promoção do respeito mútuo entre os profissionais.

O estudo teve como limitação não ter envolvido as demais categorias de profissionais da saúde, dentre outros, tendo em vista que estes fazem parte da equipe multidisciplinar e poderiam expressar outras estratégias. Além disso, ter sido realizado em apenas em uma unidade hospitalar, o que possibilita apenas o conhecimento de uma realidade local.

Não obstante, traz contribuições para o ensino e a prática clínica, ao passo que desperta o conhecimento sobre a temática e impacta na formação de melhores profissionais. Também colabora para a pesquisa, pois permite aprofundar sobre a temática e divulga estratégias para gerenciar comportamentos destrutivos no trabalho em saúde. Ademais, aborda a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde como competência fundamental, permitindo uma assistência com qualidade, além de favorecer um ambiente com relações humanas agradáveis e respeitadas para o processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira RM, Silva LMS, Guedes MVC, Oliveira ACS, Sánchez RG, Torres RAM. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):690-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500021>.
2. Simpson KR. Disruptive behavior in the clinical setting. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2017;42(3):188. doi: <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000334>.
3. Kimes A, Davis L, Medlock A, Bishop M. 'I'm not calling him!': disruptive physician behavior in the acute care setting. *Medsurg Nursing*. 2015;24(4):223-7.
4. Lux KM, Hutcheson JB, Peden AR. Ending disruptive behavior: staff nurse recommendations to nurse educators. *Nurse Educ Pract*. 2013;14(1):37-42. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.06.014>.
5. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>.
6. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med*. 2012;87(7):845-52. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318258338d>.
7. Rosenstein AH, O'Daniel M. Managing disruptive physician behavior impact on staff relationships and patient care. *Neurology*. 2008;70(17):1564-70. doi: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000310641.26223.82>.
8. Lachman VD. Ethical issues in the disruptive behaviors of incivility, bullying, and horizontal/lateral violence. *Urol Nurs*. 2015;35(1):39-42.
9. Grogan MJ, Knechtges P. The disruptive physician: a legal perspective. *Acad Radiol*. 2013;20(9):1069-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acra.2013.04.015>.
10. Longo J, Smith MC. A prescription for disruptions in care: community building among nurses to address horizontal violence. *ANS Adv Nurs Sci*. 2011;34(4):345-56. doi: <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182300e3e>.



11. Farias ES, Santos JO, Góis RMO. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Ciênc Biol Saúde Unit*. 2018 [citado 2018 jun 30];4(3):139-54. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5168/2721>.
12. Oliveira RM. Comportamento destrutivo no trabalho em saúde: análise de conceito [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2015.
13. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Med*. 2011. 2016;29(3):333-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.003>.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil; 2013 [citado 2018 jun 20]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
16. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):122-9. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
17. Patel P, Robinson BS, Novicoff WM, Dunnington GL, Brenner MJ, Saleh KJ. The disruptive orthopedic surgeon: implications for patient safety and malpractice liability. *J Bone Joint Surg Am*. 2011;93(21):e1261-6. doi: <https://doi.org/10.2106/JBJS.J.01933>.
18. Broca PV, Ferreira MA. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):467-74. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>.
19. Zager LR, Dulaney P. Eliminating disruptive behavior: it takes an interdisciplinary team. *S C Nurse* (1994). 2012;19(1):6.
20. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):636-40. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.

■ **Autor correspondente:**

Felice Teles Lira dos Santos Moreira  
E-mail: [felicelira@hotmail.com](mailto:felicelira@hotmail.com)

Recebido: 31.08.2018

Aprovado: 16.11.2018