



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROMERYTO COELHO PINTO DE ALMEIDA

COMPORTAMENTO DESTRUTIVO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO NO
ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

CAJAZEIRAS - PB

2017

ROMERYTO COELHO PINTO DE ALMEIDA

COMPORTAMENTO DESTRUTIVO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO NO ÂMBITO
DA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

CAJAZEIRAS - PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

A447c Almeida, Romeryto Coelho Pinto de.
Comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da
atenção básica / Romeryto Coelho Pinto de Almeida. - Cajazeiras, 2017.
58p.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Saúde pública. 2. Atenção primária á saúde. 3. Comportamento
destrutivo - enfermeiros. 4. Unidade de saúde da família I. Fernandes,
Marcelo Costa. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro
de Formação de Professores. IV. Título.

ROMERYTO COELHO PINTO DE ALMEIDA

COMPORTAMENTO DESTRUTIVO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO NO ÂMBITO
DA ATENÇÃO BÁSICA

Aprovada em: 19/04/17

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG/UAENF

Orientador



Prof. Msc. Nivea Mabel de Medeiros

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG/UAENF

1º Membro



Prof. Esp. Marneide de Souza Lopes

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG/ETSC

2º Membro

Todo este trabalho, dedico primeiramente ao meu Deus, que com sua generosidade me fez chegar nessa etapa da minha vida, mesmo diante de tantos obstáculos. Também dedico a minha família, que é o meu porto seguro, e que foi o meu suporte durante o período que me encontrei na universidade, e a minha namorada que com amor e carinho me apoiaram nos momentos mais difíceis e nunca permitiram que eu desistisse dessa caminhada, pelo contrário, me incentivaram prosseguir.

AGRADECIMENTOS

Sou imensamente grato ao meu bom Deus que tem abençoado e me dado sabedoria para alcançar os meus objetivos, pois muitas vezes titubeei, e foi a Ele a quem eu recorri em orações. Sem Ele, eu nada seria!

Agradeço aos meus pais, Socorro e Francisco, por estarem sempre ao meu lado me apoiando, me incentivando e não medindo esforços para a busca do que eu almejo. Através dos ensinamentos que recebi pude me tornar hoje o que sou. A eles o meu eterno obrigado! Impossível quantificar o meu amor por vocês.

Aos meus amados irmãos, Renally e Ronny, pelo apoio dado durante todo o meu percurso na Academia e pelas vibrações positivas que me motivavam cada vez mais a ir longe. A vocês meu amor incondicional.

A minha namorada, Kamilla, agradeço por estar sempre presente, mesmo diante dos momentos onde me encontrei estressado, cansado e sem tempo, compartilhando momentos de conquistas e de dificuldades.

Aos meus avós paternos, Fátima e João, e avós maternos, Rita (*in memorian*) e Chiquinho, pelo carinho, motivação e por acreditaram que eu conseguiria alcançar meus objetivos. Deixo registrado aqui todo carinho e respeito por vocês.

Aos meus Professores do Ensino Fundamental à Graduação, em especial ao meu orientador Marcelo Costa Fernandes, por toda sua atenção, dedicação e empenho nas orientações, pela paciência e disponibilidade que concedeu para a construção deste trabalho. Agradeço de todo coração pelos conhecimentos ofertados, na construção do saber.

Aos meus tios, em especial, a tia Magaly, que acredita no meu potencial e a quem eu tomo como referência como enfermeira e professora, me motivando cada dia a ter sede de conhecimento.

Aos meus primos, que são mais que primos, são irmãos. Tenho um apreço imenso por cada um de vocês, e peço a Deus que abençoe a vida de cada um, trazendo muita paz e sucesso.

À Wyara, que me ajudou muito na consolidação deste TCC, desejo que você possa ser recompensada com o amor e a graça de Deus, pois só Ele pode retribuir tão boa ação.

Aos meus amigos, aos quais levarei cada um nas minhas lembranças e no meu coração, o meu obrigado do fundo do coração!

Agradeço a todas as caronas que foram solícitas comigo, em especial aquele que me trouxe pela primeira vez (em cima de um caminhão), deixo aqui registrado meu muito obrigado!

Indispensavelmente quero agradecer a todos os enfermeiros que se dispuseram a participar desta pesquisa, contribuindo grandemente com a temática abordada, vocês foram de fundamental importância nessa etapa da minha vida.

E por último e não menos importante, agradecer a todos os meus colegas de curso, em especial à Maria de Fátima Pereira, à Idalina Sena Pessoa e à Francisca Jacivania, pois lado a lado enfrentamos muitas conquistas, alegrias, estresses e desafios.

A todos vocês que fazem parte da minha vida, direta ou indiretamente, o meu sincero obrigado!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

ALMEIDA, Romeryto Coelho Pinto de. **Comportamento Destrutivo Vivenciado pelo Enfermeiro no Âmbito da Atenção Básica**. 2017. 58 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2017.

RESUMO

Os conflitos nas instituições de saúde vêm ganhando notoriedade nas pesquisas científicas, visto que, o comportamento destrutivo dentro das organizações acaba desencadeando o comprometimento da performance dos profissionais envolvidos e da atenção voltada aos usuários dos serviços, como é o caso dos sujeitos atendidos pela Atenção Básica. O estudo objetivou averiguar o comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 14 enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família no município de Cajazeiras-PB. O procedimento utilizado para a coleta de dados foi à entrevista semiestruturada, onde as informações coletadas em forma de dados foram estruturadas por meio da técnica da Análise do Discurso, que permite a gênese de uma linguagem compreensível, aproximando o homem e a realidade, permitindo não somente a análise do *corpus* do texto, como também os sentidos produzidos por este. Através da análise de discurso foi utilizado dispositivos que permitiram contemplar de que forma é encarado o comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica. O projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, com emissão de parecer de nº 1.823.398. Os dados provenientes foram analisados qualitativamente, obedecendo aos preceitos éticos e legais propostos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados feitos a partir da análise dos discursos permitiram enfatizar as seguintes situações: O grito que marca posição e fragiliza as relações interprofissionais é vislumbrado pela ótica do enfermeiro como uma situação geradora de desconforto e angústia, que por sua vez, influencia diretamente na sua postura profissional e na atenção ao ator social. No que diz respeito à multidisciplinaridade na Atenção Básica como o elo que reabilita, previne e promove saúde depreende-se que para que os processos de trabalho atinjam sua qualidade, é imprescindível que todos os profissionais procurem melhorias dentro do serviço, minimizando o comportamento destrutivo para que os enfermeiros e os demais trabalhadores possam prestar um maior cuidado aos seus pacientes, e sobre o comportamento destrutivo: do impacto negativo ao profissional às lacunas percebidas no serviço, nota-se que essa condição impacta negativamente a vida do profissional enfermeiro, e conforme relatos dos mesmos, causa o adoecimento, repercutindo negativamente para a vida do profissional e, por conseguinte, afetando a dinâmica do serviço que sofre com as fragilidades advindas das situações conflituosas. Por fim, nota-se que apesar dos enfermeiros conviverem com tantas animosidades e situações estressantes, eles conseguem manter sua postura de liderança frente à sua equipe multidisciplinar, buscando prestar uma atenção integral e equânime aos usuários da Atenção Básica.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Comportamento Destrutivo. Enfermagem.

ALMEIDA, Romeryto Coelho Pinto de. **Destructive Behavior Experienced by the Nurse in the Field of Basic Attention**. 2017. 58 f. Monography (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Teacher Training Center. Nursing Academic Unit, Cajazeiras-PB, 2017.

ABSTRACT

The conflicts in the health institutions have been gaining notoriety in scientific research, since the destructive behavior within the organizations ends up triggering the commitment of the performance of the professionals involved and the attention directed to the users of the services, as is the case of the subjects attended by the Basic Attention. The study aimed to investigate the destructive behavior experienced by the nurse in the Primary Care setting. This is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out with 14 nurses who work in the Family Health Units in the town of Cajazeiras-PB. The procedure used for the data collection was the semistructured interview, where the information collected in the form of data was structured through the Discourse Analysis technique, which allows the genesis of an understandable language, bringing man and reality closer together, allowing no Only the analysis of the corpus of the text, as well as the senses produced by it. Through the discourse analysis, we used devices that allowed us to contemplate how the destructive behavior experienced by the nurse in the Basic Attention area is view. The project was accepted by the Research Ethics Committe of the Federal University of Campina Grande, with the issuance of an opinion of nº. 1.823.398. The data were analyzed qualitatively, obeying the ethical and legal precepts proposed in Resolution 466/2012 of the National Health Council. The results made from the analysis of the speeches allowed to emphasize the following situations: The cry that marks position and weakens the interprofessional relations is seen by the view of the nurse as a situation generating discomfort and anguish, which in turn, directly influences his posture And attention to the social actor. With regard to multidisciplinary in Primary Care as the link that rehabilitates, prevents and promotes health, it is understood that in order for work processes to reach their quality, it is imperative that all professionals seek improvements within the service, minimizing destructive behavior to That nurses and other workers can give greater care to their patients, and on the destructive behavior: from the negative impact to the professional to the gaps perceived in the service, it is noted that this condition negatively impacts the life of the nursing professional, and according to their reports, causes illness, negatively impacting the life of the professional and, Thus affecting the dynamics of the service that suffers from the fragilities arising from conflicting situations. Finally, it is noted that despite nurses living with so many animosities and stressful situations, they manage to maintain their leadership position in front of their multidisciplinary team, seeking to provide integral and equitable attention to the users of Primary Care.

Key words: Primary Health Care. Destructive Behavior. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01.** 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba **25**
- Figura 02.** Municípios integrantes da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba. **25**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

AD - Análise de Discurso

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFP - Centro de Formação de Professores

COSEMS - Conselho das Secretarias Municipais de Saúde

Dr. - Doutor

Enf. - Enfermeiro

ESF - Estratégia Saúde da Família

Esp. - Especialista

ETSC - Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Km - Quilômetros

Km² - Quilômetros quadrados

Msd. - Mestranda

PE - Pernambuco

PB - Paraíba

Prof^o. - Professor

PSF - Programa Saúde da Família

Sr. - Senhor

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UAENF - Unidade Acadêmica de Enfermagem

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 COMPORTAMENTO DESTRUTIVO E AS FORMAS DE MANIFESTAÇÕES NO AMBIENTE DE TRABALHO	18
3.2 COMPORTAMENTO DESTRUTIVO E RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	21
4. MATERIAL	24
4.1 TIPO E NATUREZA DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DE PESQUISA	24
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	26
4.4 COLETA DE DADOS	26
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
5.1 O GRITO QUE MARCA POSIÇÃO E FRAGILIZA AS RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS	32
5.2 MULTIDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA COMO O ELO QUE REABILITA, PREVINE E PROMOVE SAÚDE.....	35
5.3 COMPORTAMENTO DESTRUTIVO: DO IMPACTO NEGATIVO AO PROFISSIONAL ÀS LACUNAS PERCEBIDAS NO SERVIÇO.....	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	50
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	51
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	52
ANEXOS	54
ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA.....	55
ANEXO B - PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA	56

1 INTRODUÇÃO

A diversidade de problemas e de conflitos em ambientes de trabalho afetam tanto o indivíduo como a equipe na qual ele está inserido, e com isso, as consequências que podem advir passam a ser danosas para a esfera laboral, principalmente quando se trata de um ambiente reservado para o cuidado com a saúde, como é o caso da Atenção Básica (AB).

Os conflitos nas instituições, e em especial as de saúde, têm sido enfocados por pesquisas científicas, sendo que os resultados demonstram constatações preocupantes, pois os conflitos geram o comprometimento da performance dos colaboradores, além dos reflexos negativos destas instituições (OLIVEIRA; CAVAZOTTE; PACIELLO, 2013).

Neste sentido, salienta-se que a partir do momento que há um desajuste no ambiente de trabalho, como em decorrência de comportamentos destrutivos, a qualidade do serviço passa a declinar e junto dela a manutenção da segurança do paciente que necessita da prestação daquele serviço.

Para Oliveira (2015), o comportamento destrutivo no trabalho em saúde pode ser entendido como um conjunto de maneiras ofensivas praticadas pelo trabalhador de saúde, no local de sua prática, que podem ser evidenciadas por incivilidade, violência psicológica ou violência física/sexual, que podem afetar a segurança do paciente, sofrimento moral e psíquico, efeitos laborais negativos para os trabalhadores, rompimento da comunicação, da colaboração, bem como do trabalho em equipe.

Entre os fatores que contribuem para o comportamento destrutivo são listados: sobrecarga de demanda acarretada pelo excedente de trabalho, recursos humanos e materiais em quantidade insuficiente o que implica danos iminentes na segurança de quem irá usufruir do serviço de saúde, já que a partir do momento que os profissionais tornam-se fadigados pela carga horária excessiva, a tendência em ocorrer erros crescem a proporção que surgem conflitos no ambiente de trabalho, o que coloca em risco a saúde do paciente.

Segundo Karen et al. (2013), os conflitos existentes com as equipes em saúde, podem se disseminar muito rápido e precisam ser amenizados o quanto antes, uma vez que podem gerar consequências para os usuários, profissionais e gestão. A realização do trabalho pode ser feita, quando se atrela a ela a prestação de cuidados e age-se com responsabilidade em relação ao paciente.

O comportamento destrutivo é um termo novo e que está sendo incorporado aos poucos na literatura brasileira. Tal comportamento proporciona efeitos negativos sobre os

membros da equipe, permitindo que o paciente fique vulnerável à insegurança e riscos provenientes da falta de qualidade prestada no serviço.

Esse tipo de comportamento pode estar presente nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), porém nesta pesquisa será focado o comportamento destrutivo na AB, visto que a mesma funciona como porta de entrada para os serviços em saúde. O nível primário é constituído de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adscrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011).

Neste primeiro nível de acesso, o usuário deve ser atendido de maneira qualificada e humanizada, porém em alguns momentos esse atendimento pode não acontecer por diversos motivos, e dentre eles destacam-se os problemas no trabalho, atrelados às manifestações do comportamento destrutivo, as quais reverberam negativamente no processo de trabalho do enfermeiro.

Identificar o comportamento destrutivo e tentar detê-lo, preveni-lo e controlá-lo o quanto antes é uma forma ativa que visa amenizar as consequências que o mesmo possa implicar. Como um efeito dominó, trabalhadores que agem uns com os outros com desrespeito, além de afetarem a si mesmos, causam impactos prejudiciais no seu ambiente de trabalho quando não desenvolvem e executam sua prática adequadamente, perdendo o foco com o usuário e reduzindo a resolubilidade das questões intrínsecas à sua função.

Quando o trabalho é realizado em equipe, de forma colaborativa, com compartilhamento de objetivos, e soma de esforços para o resultado coletivo, aumenta a eficácia do atendimento e contribui para maior satisfação no trabalho. As ações integradas e bem planejadas propiciam uma assistência integral ao paciente, de forma que o engajamento de todos os membros da AB, visam acima de tudo a segurança e o conforto da população atendida. Faz-se como peça fundamental para seu alcance a habilidade e a competência daqueles que prezam pelo bem-estar do paciente, usando estratégias norteadoras para a organização, pois através dela o sucesso organizacional poderá ser construído.

Logo, de acordo com os questionamentos realizados anteriormente, indaga-se: de que forma ocorre o comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica?

O que me instigou a enveredar nesta pesquisa foi, durante os estágios que tivemos desde o terceiro período, as atitudes impróprias de muitos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem entre si que repercutiam no cuidado com os pacientes. Durante as vivências dos estágios fui movido a pesquisar os fatores negativos que influenciam o comportamento

destrutivo vivenciado pelo profissional de enfermagem, uma vez que surge a necessidade de focar o paciente, e junto da equipe, compartilhar saberes e atividades que contribuam na execução da assistência integral deste, sem que haja empecilhos para realização eficiente do serviço, além do mais os estudos voltados para a violência e estresse no ambiente de trabalho têm certa escassez, principalmente no que diz respeito em quão frágil se encontra a segurança do paciente.

Acrescenta-se a essa justificativa também o fato de ter sido apresentado ao conceito de comportamento destrutivo, após a leitura da tese intitulada “Comportamento Destrutivo no Trabalho em Saúde: Análise de Conceito”, onde tive condições de associar algumas situações experienciadas como atreladas a esse tipo de comportamento.

Compreende-se que esta pesquisa contribuirá para o entendimento do ambiente de convívio do enfermeiro, já que é nítido que a arte do cuidar é responsabilidade do profissional de enfermagem, e este deve exercê-la com imensa maestria para o alcance da saúde do seu paciente. Na pesquisa, na prática e no ensino apontará as fragilidades e vieses acerca desta temática, moldando e solidificando benéficas relações interpessoais, o que facilitará novas linhas de pesquisa neste segmento, contribuindo com conhecimentos novos em prol da qualidade e excelência do serviço, uma vez que um ambiente de trabalho sadio e equilibrado permite uma qualidade ampliada do serviço.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar o comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, a partir dos discursos dos enfermeiros, os conflitos vivenciados no cotidiano da Atenção Básica;
- Investigar como o comportamento destrutivo se manifesta no cenário de práticas do enfermeiro;
- Caracterizar como o comportamento destrutivo no trabalho em saúde pode afetar a segurança do paciente.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 COMPORTAMENTO DESTRUTIVO E AS FORMAS DE MANIFESTAÇÕES NO AMBIENTE DE TRABALHO

As condutas tomadas por muitos profissionais da saúde em seu ambiente de trabalho podem ser desrespeitosas quando geram intimidação frequente, bem como quando ocorre a presença do abuso verbal perante a equipe de trabalho e pacientes, implicando na qualidade do atendimento. Determinadas posturas de comportamentos autoritários, apropriando-se de trabalhadores de serviço em saúde que ocupam um cargo inferior e a alteração do tom de voz são formas de bloqueio de uma comunicação eficaz (OLIVEIRA, 2015).

Por sua vez, as agressões verbais são aquelas que resultam muitas vezes em humilhação e indicam falta de respeito com a dignidade do indivíduo. Geralmente ocorrem em forma de insultos, ofensas, uso de um tom de voz alto e agressivo (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004).

De acordo com Morschel e Barros (2014), os trabalhadores, mesmo diante de situações constrangedoras, criam estratégias de enfrentamento e continuam a realizar suas atividades no ambiente de trabalho.

Além disso, no cotidiano de práticas em saúde, nem sempre a relação existente entre os trabalhadores e entre esses e a gerência resulta em entendimento, sendo contínuo, algumas vezes a manifestação de conflitos. Mesmo diante de discussões, desavenças e tensões emocionais, que caracterizam o comportamento destrutivo no ambiente de trabalho, faz-se necessário, que seja estabelecida uma ação comunicativa entre as partes envolvidas para que a ordem e a qualidade no serviço sejam restabelecidas e a qualidade do atendimento possa prosperar (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Quando a equipe de saúde é capaz de promover a resolubilidade a problemas existentes no serviço, concomitantemente previne-se eventos adversos que possam imperar no ambiente e atrapalhar o desenvolvimento das ações em saúde, logo integrar-se ao serviço de saúde, reduz a intensificação de condutas destrutivas (ROSSONI; LAMPERT, 2014).

Porém, eventos adversos podem surgir dos comportamentos destrutivos no ambiente de trabalho, sendo definido por Gallotti (2004), como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, de forma que a sua presença reflete o marcante distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real. Os eventos adversos são entendidos a partir do momento que para sua manifestação verifica-se sobrecarga de trabalho e falha na comunicação (DUARTE et al., 2015).

Para Pascal (2011), o grau de insatisfação do paciente, atrelado à falta de trabalho em equipe e a grande rotatividade do pessoal propiciam efeitos adversos ao comportamento destrutivo, que este por sua vez ainda é predominante nos serviços. Tais situações geram consequências diretas na saúde dos trabalhadores, evidenciadas na avaliação negativa da compatibilidade entre vida social e profissional, e pode estar intimamente ligada a níveis crescentes de estresse e sofrimento no trabalho (DAVID et al., 2009).

O ambiente de trabalho deve ser visto como um local propício para se colocar em foco os conhecimentos teórico-práticos, porém quando o ambiente se torna instável, segundo Vasconcelos, Abreu e Maia (2012), sua efetividade passa a ser diminuída, principalmente quando se refere à agressão verbal, que assim como à agressão física, acarreta distanciamento com a equipe multiprofissional, sofrimento e insatisfação, provocando a intensificação do comportamento destrutivo.

Esse tipo de comportamento pode se manifestar no trabalho através de estresse, ansiedade e frustração, bloqueando a comunicação estabelecida no ambiente de serviço, e assim reduzindo a qualidade no atendimento, visto que, esse comportamento impróprio reverbera de maneira desfavorável no trabalho da equipe, do paciente e da gestão (ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2008).

Uma das formas de sua disseminação é a violência, seja ela física ou psicológica que tem representado um problema sério devido a sua magnitude, pois tem provocado forte impacto na equipe e gestão, afetando também aqueles que necessitam do atendimento que é o público. Pode decorrer traumas físicos, psicológicos, morais e sociais originados pelas causas externas sobre a vida humana (SOUZA, 2007).

Nesse sentido, a violência psicológica é mais um dos riscos que os profissionais da saúde estão susceptíveis, segundo Barbosa et al. (2011), inúmeros são os fatores predisponentes, dentre eles destacam-se a irritabilidade e enraivecimento, que produzem um desconforto no ambiente de trabalho devido se manifestar por meio de abuso de poder, alterando, com isso, o trabalho em grupo e o serviço.

A incivilidade no ambiente de trabalho também corrobora com o comportamento destrutivo, uma vez que infringe normas preconizadas no serviço e progride para o desrespeito, conduzindo o sujeito praticante da ação destrutiva a se sobrepor sobre os demais, dificultando, assim, a ambiência saudável (WALRATH; DANG; NYBERG, 2013).

Acrescentam-se a essas discussões, as humilhações, bullying, ataques de raiva, desrespeito, grosseria, intimidação, exploração, agressões físicas e verbais que são também características definidoras para o comportamento destrutivo (LEAPE et al., 2012).

Logo, como debatido, a incivilidade, violência física, violência psicológica e violência verbal e ofensas configuram conturbações que podem estar intimamente ligados ao processo de trabalho, e quando o foco é a saúde podem advir consequências tanto para o paciente quanto para os profissionais e a gestão. Essas formas de causar humilhação apontam para o comportamento destrutivo vivenciado no ambiente onde se encontram os promotores da ação e dentre as consequências futuras estão a perda da autonomia de quem sofre com o constrangimento (FERREIRA; REIS NETO, 2015).

Portanto, o comportamento destrutivo no ambiente de trabalho em saúde, refere-se a um espectro de condutas desrespeitosas adotadas por trabalhadores de saúde no ambiente de sua prática, podendo se manifestar por meio de incivilidade, violência psicológica ou violência física/sexual, e repercutindo em comprometimento da segurança do paciente, sofrimento moral e psíquico, prejuízos laborais para os trabalhadores, rompimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe (OLIVEIRA, 2015).

Dar visibilidade a essa prática no ambiente de trabalho depende da participação individual e coletiva dos profissionais, no sentido de denunciar abusos de poder, discriminação, e de se evitar a banalização da injustiça. Nesse contexto, a equipe deve ser os principais protagonistas para a prevenção desse fenômeno complexo e antigo no mundo do trabalho, mas recentemente estudado no campo da enfermagem.

Por fim, os inúmeros fatores que estão interligados ao risco de exposição a esse fenômeno e suas implicações pelos profissionais na Atenção Básica (AB) poderiam ser minimizadas por meio de educação permanente e auto-desenvolvimento, possibilitando uma maior compreensão e flexibilidade nas relações humanas (KAISER; BIANCHI, 2008).

3.2 COMPORTAMENTO DESTRUTIVO E RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE

Para alcançar a qualidade da assistência ao paciente se faz necessário um atendimento seguro, e, para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. Essa cultura envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade da cultura de segurança e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização, além de envolver-se com as situações cotidianas e buscar conhecer as dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente, para, assim, criar um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos (PAESE; DAL SASSO, 2013).

A segurança do paciente é importante em todos os níveis de atenção à saúde, já que o cuidado não se limita apenas à prescrição e administração de medicamentos de forma correta e à prevenção de processos infecciosos durante a realização de procedimentos, mas envolve também à prevenção dos erros e eventos adversos, bem como, a análise de suas ocorrências, a gestão dos recursos humanos, a efetiva liderança organizacional e o fortalecimento da cultura de segurança (PAESE, 2010).

Conforme Przenyczka et al. (2011), no serviço em saúde é comum ocorrer as situações que geram problemas, em razão de os profissionais estarem envoltos por condições conflituosas relacionadas ao paciente e/ou sua família, à profissão, à organização do trabalho e a outros aspectos relacionados a essa prática. Dessa forma, destaca-se que o comportamento destrutivo pode se fazer presente neste momento a partir do instante em que ações negativas passam a ser tomadas colocando o paciente em vulnerabilidade.

O comportamento destrutivo abrange as condutas adotadas pelo trabalhador e manifestadas contra colegas de trabalho ou contra a organização de saúde em que atua (OLIVEIRA, 2015). Este tipo de comportamento gera impactos significativos na prestação de cuidados afetando de forma negativa a segurança do paciente bem como a qualidade do cuidado a ele prestado, de forma que entre profissionais da saúde este tipo de conduta é preocupante, pois os mesmos têm a responsabilidade pelo cuidado ao paciente (ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2008).

A relação existente entre a equipe multidisciplinar e os usuários da AB deve ser mantida pelo cuidado integral, o qual assume uma característica longitudinal e requer a construção de vínculo e corresponsabilização (STARFIELD, 2002), além de demandar a

segurança do paciente de modo a contribuir na melhoria da qualidade da assistência à saúde, combatendo o comportamento destrutivo.

Trabalhar visando a segurança do paciente, exige cautela e respeito, pois inúmeros são os empecilhos no serviço de saúde, e a partir do momento que a equipe se desvincula do seu real propósito e constitui uma relação desrespeitosa entre si, desencadeia o comportamento destrutivo, e este por sua vez propicia a ineficiência da qualidade da assistência e acaba refletindo na seguridade de quem necessita do serviço (QUES; MONTORO; GONZALEZ, 2010).

A adoção de comportamentos destrutivos também tem sido relacionada a atributos de caráter e individualidade como o narcisismo, o perfeccionismo (manipulação inadequada de seus sentimentos de culpa ou vergonha quando as coisas não vão perfeitamente), ou o egoísmo (HICKSON et al., 2007). Para esses autores, essas características apontam maneiras que implicam em danos à segurança do paciente.

Quando se trata de condutas destrutivas, é de suma importância a identificação das suas causas, características e efeitos sobre os envolvidos, já que sua gênese pode estar vinculada a partir do momento que se falta com o respeito com a outra pessoa, sendo muitas vezes despercebidos no começo das ações destrutivas, podendo repercutir para todos os envolvidos: trabalhadores, pacientes e organizações de serviço em saúde. Por envolver as interações multiprofissionais, o ambiente de serviço é o local ideal para a investigação de como o comportamento destrutivo se manifesta no cenário de práticas do serviço. (OLIVEIRA, 2015).

Para Littlejohn (2012), a partir do momento que no ambiente de trabalho se constitui um obstáculo refletindo negativamente sobre a equipe, o desempenho é diminuído e junto deste as condutas tomadas pelos profissionais, bem como a segurança do paciente se tornam vulneráveis e sujeitos a consequências a curto prazo.

A causa de susceptibilidade da segurança do paciente evidencia-se pela intensificação de efeitos adversos e associa-se ao comportamento destrutivo, que influi diretamente no desafio de garantir a segurança do paciente, tendo uma origem multifatorial, dentre elas quando a equipe se encontra em um ambiente mal planejado gerando uma problemática ainda mais evidente, dessa forma há possibilidade de riscos e danos aos pacientes (SILVA, 2010).

É verificado que o comportamento destrutivo funciona como um efeito dominó, pois a partir do momento que ele surge com condutas inconcebíveis, inconvenientes e por descortesia, desnivela a organização do serviço e atinge tanto o paciente quanto os

profissionais, dessa forma, afeta diretamente na destruição contínua do cuidado ao paciente (MARTIN, 2008).

Para Duarte et al. (2015), os eventos adversos podem promover o estresse emocional, e este fomenta o comportamento destrutivo, logo é importante o investimento em uma cultura de segurança, através da disseminação do conceito de segurança do paciente. Salienta-se também a necessidade do estímulo à cultura de segurança, o que permitirá discutir junto à equipe, estratégias de prevenção que assegurem a segurança do paciente nas instituições de saúde e especial na AB.

4 MATERIAL

4.1 TIPO E NATUREZA DE ESTUDO

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, o estudo é de natureza descritiva e abordagem qualitativa. Para Gil (2008), a pesquisa com aspecto descritivo tem o propósito de detalhar de forma esmiuçada os acontecimentos, declarações e condições que permitem a qualificação da análise dos discursos de maneira ampla.

A análise da pesquisa descritiva visa revelar com maior exatidão a frequência com que um fenômeno ocorre, sua associação e ligação com outros, sua natureza e características. Também visa compreender as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo em particular quanto da coletividade (SEVERINO, 2004).

Já a investigação qualitativa objetiva à questões muito particulares. Ela dedica-se às ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, isto é, se ocupa com o universo de significados, aspirações, motivos, crenças, valores e atitudes, o que significa a um campo mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser ponderados (MINAYO, 2007).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras-PB, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deste município. As terras onde hoje se localiza a cidade foram adquiridas por sesmarias, e seu nome foi escolhido pela abundância de árvores produtoras de cajá (Cajazeiras). A cidade é intitulada como “terra que ensinou a Paraíba a ler”, por ter na pessoa do Padre Inácio de Sousa Rolim o responsável por fundar uma das primeiras escolas daquele período e permitir que inúmeros estudantes de variados estados pudessem estudar, dentre eles, personalidades renomadas como o Padre Cícero, passaram pelo colégio fundado naquela época (CAJAZEIRAS, 2015).

O município de Cajazeiras-PB, está localizado no Alto Sertão paraibano, no extremo Oeste do estado, possuindo altitude de 298 metros no nível do mar, distante 477 Km da capital João Pessoa, com uma área territorial de 586.275 Km². Integra a 9ª Gerência Regional de Saúde (Figura 01), formada por quinze municípios adjacentes (Figura 02). Com uma população estimada de 61.030 habitantes, é considerada a sexta maior cidade da Paraíba (IBGE, 2014).



Figura 01. 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba
Fonte: <http://cosemspb.org/cir/> (acesso em 22/09/2016)

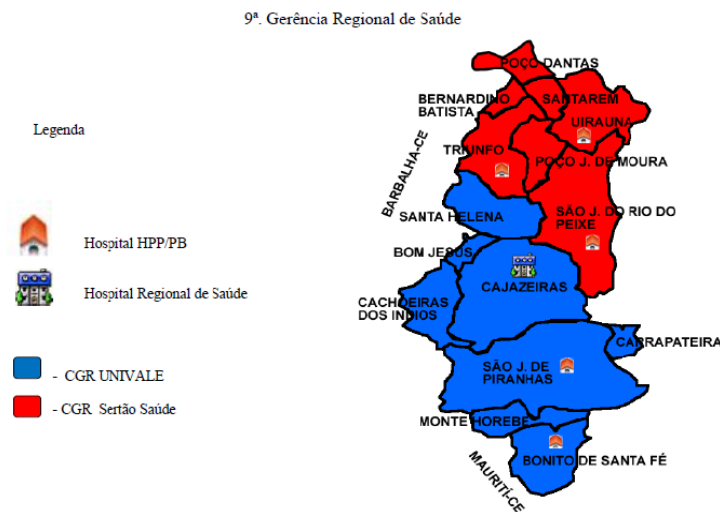


Figura 02. Municípios integrantes da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba
Fonte: <http://cosemspb.org/cir/> (acesso em 22/09/2016)

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Segundo Lakatos e Marconi (2011), os sujeitos do estudo ou o universo constituem um conjunto de indivíduos ou seres inanimados com características homogêneas e sua determinação fundamenta-se em clarificar quais serão os indivíduos ou objetos participantes da pesquisa, de acordo com suas similaridades, como profissão, local de atuação do trabalho, entre outros. Para alguns tipos de investigações, especialmente pesquisas de cunho qualitativo, a forma de amostragem não é a mais preconizada, uma vez que o “universo” em questão são as representações, as práticas, os saberes e as atitudes dos sujeitos em si (MINAYO, 2007).

A pesquisa foi realizada com 14 enfermeiros que compõem as 19 Unidades de Saúde da Família de um total de 23 Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica de Cajazeiras. Foi usado como critério de inclusão atuar há pelo menos um ano na Atenção Básica (AB), pois entende-se que seja este o período mínimo para criação de vínculos com as atividades deste nível de atenção. Como critério para exclusão, estar de férias ou em licença de qualquer natureza, seja saúde, maternidade, entre outras no período estabelecido para a coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

O procedimento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, uma vez que esta instiga o entrevistado possibilitando ir além daquilo que está sendo diretamente perguntado, permitindo a obtenção de noções significativas e percepções do ponto de vista e experiências dos mesmos.

Concomitantemente com a observação do participante, a entrevista é o procedimento mais habitualmente empregado na pesquisa qualitativa. A entrevista semiestruturada estabelece um tipo de colóquio da qual os investigadores mais utilizam, onde o entrevistador detém maior vontade para encaminhá-la na direção que considere ser mais viável, tendo assim capacidade para desenvolver mais amplamente a questão indagada (LAKATOS; MARCONI, 2009).

De acordo com Flick (2009), os sujeitos entrevistados detêm mais liberdade para explicitar suas convicções sob determinadas temáticas. Além disso, demonstram suas concepções de forma natural e incita a presença do pesquisador, engrandecendo a investigação (GIL, 2008).

A entrevista foi realizada individualmente, em ambiente reservado, com todos os enfermeiros que se enquadrem nos critérios estabelecidos pelo entrevistador, contendo questões abertas, norteadoras sobre o assunto respeitando a livre expressão de suas representações (APÊNDICE A). Foram gravadas com autorização prévia dos entrevistados, sendo posteriormente transcritas, estudadas e interpretadas.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

As informações coletadas em forma de dados para esta investigação foram estruturados por meio da técnica da Análise do Discurso (AD), que permite propor uma forma de reflexão sobre a linguagem de forma compreensível, interligando o homem a sua realidade, refletindo nos entremeios do discurso como este se relaciona com a descrição e a interpretação da linguagem, uma vez que as palavras, expressões e proposições sofrem mudança na essência do sentido de acordo com as posições sustentadas por aqueles que as utilizam (PÊCHEUX, 2006).

A AD preza para o “homem falando”, pois entende-se que o discurso não é algo monótono, estando assim, em constante movimento. Dessa forma, a linguagem vai ao encontro da ideologia, permitindo que a língua concorde com o sujeito e assuma um significado (ORLANDI, 2013).

Enfoca o sentido e não o conteúdo do texto, a estrutura da AD, volta-se para a tríade ideologia - história - linguagem, sendo a ideologia compreendida como a localização do sujeito no seu discurso, ou seja, o conjunto de informações que regem o inconsciente do sujeito, já a história é o cenário sócio-histórico e a linguagem resume-se além do texto utilizado pelo indivíduo, durante a construção do seu discurso, trazendo sentidos pré-construídos durante o seu dizer (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para Quinet (2008) o inconsciente não é necessariamente o espaço inacessível das experimentações humanas, porém é visto como um lugar de singularidades e particularidades do indivíduo efetuados durante a prática do discurso.

Com base em Casa Grande (2011), a análise do discurso permite a cessação com a clareza e transparência existente na linguagem, pois o sujeito passa a ser visto de forma seccionada, pelo efeito da linguagem, e não mais como um indivíduo unitário e cerne desta. Ela é o lugar de confabulações e confrontos teóricos onde o investigador analisa o contexto onde o sujeito está inserido bem como os períodos em que o contexto permeia o sujeito.

Nele, assume-se a finalidade de entender a elaboração de sentidos de um objeto simbólico, usando dispositivos que o entrevistador seja apto a compreender. Adequar o material que será analisado à finalidade do estudo de acordo com os diferentes instrumentos teóricos caracteriza o dispositivo analítico na análise do discurso, visto que a forma do dispositivo analítico é definida pela essência do material, a questão posta pelo analista e o objetivo da análise (ORLANDI, 2013).

Para realização da análise, conforme o autor supracitado, o analista necessita ser imparcial, adotando condutas relativas, e não precisamente neutras no decorrer da fase de interpretação. O pesquisador não pode ser inerte do seu dispositivo analítico, pois a interpretação é o elo existente entre o sujeito participante da pesquisa e o analista, ao buscar compreender e descrever a natureza do discurso.

Logo, Pêcheux (2006) afirma que a sentença linguística utilizada pelo sujeito pode se transformar em outra, se deslocando do seu sentido para uma nova designação. A AD propõe originalidade no propósito de permitir novas formas de leitura e interpretação, colocando o dito em relação ao não dito, ao dito em outra circunstância (ORLANDI, 2008).

Tendo por base o dispositivo analítico, Orlandi (2013), destaca três formas de realizar a análise do discurso:

- 1ª etapa - Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo;
- 2ª etapa - Passagem do objeto discursivo para o processo discursivo;
- 3ª etapa - Passagem do processo discursivo para a formação ideológica.

A primeira etapa é constituída com a preservação dos sentidos produzidos no discurso, e sequencialmente precisa passar pela dessuperficialização, que é o deslocamento exato para o local onde está acontecendo o discurso e para isso usa-se as figuras linguísticas que irão compor o *corpus* da pesquisa (GOMES, 2007). Sugere-se os símbolos linguísticos abaixo que fará parte do *corpus* discursivo e sua correspondente explicação:

- 1. * : Inconclusão da frase;
- 2. **Negrito**: Ênfase na frase;
- 3. (-) : Interrupção da fala do pesquisador;
- 4. / : Pausa breve na fala do sujeito;

5. // : Pausa longa na fala do sujeito;
6. (INAUDÍVEL): A fala não pode ser transcrita, já que não é possível ouvi-la;
7. SUBLINHADO: Quando ocorrem falas simultâneas;
8. ... : Incompletude do pensamento;
9. (*itálico*): Esclarecimento do pesquisador explicando o contexto da enunciação, como movimentação do sujeito, a quem ou a que se referem, motivações que conduziram os participantes a falarem, entre outras coisas;
10. _ : Início da enunciação;
11. > : Interrupção da fala de um sujeito por outro;
12. < : Interrupção da fala de um sujeito pelo pesquisador;
13. [frase]: explanação dos fatores externos, normalmente sociais ou culturais, que possuem relação com o dito dos sujeitos.

Através dos marcadores acima citados se deu a dessuperficialização linguística e o discurso passou a ter um sentido (GADET; HAK, 1997). Na etapa seguinte, partindo do objeto discursivo, o analista procurou estabelecer formações discursivas distintas com a formação ideológica, conseguindo assim produzir significações e sentido no material simbólico de onde o mesmo partiu na etapa anterior (ORLANDI, 2013). Ou seja, a partir da ideologia, estabelece a situação de constituir o sujeito e os sentidos, através do intercâmbio das inúmeras posições discursivas, de modo a alcançar o objeto discursivo (GOMES, 2007).

Nesta etapa, faz-se de suma importância a compreensão dos dispositivos analíticos para que eles norteiem a pesquisa e facilite o alcance da essência do sentido, neste momento se sobrepõem o não dito pelo dito e é por isso, que o sentido não é tão claro de ser identificado. Os dispositivos que auxiliaram foram a polissemia, a paráfrase, a metáfora e o interdiscurso (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

A polissemia é a suspensão do processo de significação, isto é, o equívoco daquilo que se repete, dessa forma, existe uma variedade de sentidos para um mesmo objeto simbólico durante o discurso (ORLANDI, 2013).

Se tratando de paráfrase, ainda conforme o autor acima, compreende-se o dito que se repete em todo decorrer do discurso, ou seja, a memória que constitui o retorno nos espaços do dizer e através dela, inúmeras concepções para o mesmo dizer.

A paráfrase além de manter a essência do sentido do discurso, está interligada com o interdiscurso, que por sua vez atesta o dizível, sendo caracterizado por memória discursiva, e por intermédio dessa memória que os nossos sentidos passam a ser construídos,

reforçando a ideia de sabermos o que estamos dizendo, dessa forma o discurso é construído tendo por base o nosso pensar (ORLANDI, 2008).

De acordo com o estudo de Lakoff e Johnson (1980), a metáfora não é uma simples figura de linguagem, é além disso, se tornando uma figura de pensamento. A condição metafórica é relação de deslocamento estabelecido quando se usa uma palavra por outra mantendo o mesmo contexto no discurso, então tem-se a transferência de uma palavra no lugar de outra (ORLANDI, 2013).

A terceira etapa é intitulada de Formação Ideológica, e para Gomes (2007), é tida como a conclusão da AD, uma vez que é nesta etapa que busca-se descobrir a origem das formações discursivas, pois não se observa o discurso como algo fechado, permitindo assim que o que está sendo dito possa ser compreendido.

Por fim, a AD contribui com as pesquisas do campo da saúde pelo seu caráter multidisciplinar, incorporando uma visualização de como a linguagem demonstra a produção de efeitos trazidos do aspecto social, e como este a influencia, e servindo de mecanismo de compreensão da fala dos indivíduos pertencentes à sociedade/comunidade, facilitando o entendimento de suas intenções e do processo saúde-doença (MACÊDO, 2008).

Em suma, depreende-se que a AD atende os objetivos desse estudo, garantindo a compreensão da essência do discurso dos enfermeiros acerca do comportamento destrutivo vivenciado pelos mesmos e suas consequências.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A investigação foi realizada em consonância com as disposições da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios da autonomia, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013). O estudo iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras-PB, com emissão de parecer de nº 1.823.398, e sua execução foi pela solicitação de autorização junto a Secretaria Municipal do Município de Cajazeiras através do termo de anuência, especificando os objetivos e os riscos que o estudo envolve, além de destacar os benefícios mais amplos da pesquisa.

A participação na pesquisa foi iniciada por intermédio do esclarecimento sobre os objetivos do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE B), que explicou todos os detalhes da pesquisa, garantindo-lhe anonimato e o sigilo absoluto das informações coletadas, assim como o direito de participarem ou não do estudo garantindo a livre autonomia em participar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa da investigação. O recrutamento foi de forma individual, em local reservado na própria Unidade Básica de Saúde, após seguir os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos nesta pesquisa.

A pesquisa possuiu riscos mínimos, visto que não envolveu a realização de procedimentos invasivos, embora possa ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre os comportamentos presentes em seu ambiente de trabalho. Nesse caso, o investigador esteve preparado para interceder sugerindo a suspensão da pesquisa, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente.

Em contrapartida, vantagens decorreram diante da participação, por exemplo: maior entendimento sobre as causas que predispõem ao comportamento destrutivo e como este pode afetar a segurança do paciente além, de ter possibilitado a realização de estratégias que possam prevenir, controlar e erradicar tais comportamentos.

Foi resguardado a identidade dos profissionais que se submeteram a esta pesquisa. Cada enfermeiro foi categorizado pela sigla “Enf.”, com um respectivo numeral arábico à frente, obedecendo a ordem crescente de realização da entrevista.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 O GRITO QUE MARCA POSIÇÃO E FRAGILIZA AS RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS

Por vezes, a equipe da Atenção Básica (AB) não dialoga de maneira harmônica, e quando isso acontece, a organização do serviço fica comprometida, pois o trabalho passa a ser realizado de forma isolada. Nesta conjuntura, nota-se que o cuidado ao usuário sofre ruptura, devido a manifestações significativas e negativas a nível de serviço e a nível de qualidade da assistência à saúde (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

Pela análise do discurso dos profissionais, é perceptível um dizer que para Orlandi (2013) é denominado de paráfrase, ou seja, um dito que se mantém, que é conservado durante o discurso e não sofre variações e acaba repetindo-se de um dizer para o outro, conservando sempre a sua essência.

Nesse caso, em particular, pode-se observar um discurso parafrástico sobre como a violência psicológica, através da elevação do tom da voz, dos gritos inapropriados, até mesmo as agressões verbais sofridas pelos enfermeiros, podem ferir gradativamente os sentimentos destes, gerando desconforto, angústia ou até mesmo raiva, o que por sua vez, influencia diretamente na sua postura profissional e na atenção ao paciente, conforme demonstrado abaixo:

Enf. 01: _Olha essa questão de, de violência seja ela é principalmente a, a, é, é mais a na **parte psicológica**, né?! Porque assim, quando você lida com pessoas de, de várias*... que na verdade a gente lida com pessoas que pensam diferente/ ninguém pensa igual e nem sempre um respeita a, a, a o modo de ser e o espaço do outro. Aí, nesse caso assim eu acho que/ seriam o que, dentro da equipe: divergências de pensamento, então a quando se tem uma divergência de pensamento às vezes a pessoa é, é tenta falar pra você assim às vezes de uma forma que não é adequada às vezes é de uma forma meio que deselegante, ou então é, é passando por cima, querendo passar por cima// das regras da própria unidade, ou então assim, violência nesse sentido é eu já vivenciei [...].

Enf. 05: _Então, foi isso: Fui questioná-la a respeito daquela conduta e ela já se virou pra mim com sete pedras na mão e foi logo dizendo: **Mulher**, olhe eu tenho meus problemas também pra resolver. Uma hora a mais, uma hora a

menos não mata ninguém não, ela estava bem alterada. [...] Ela não quis saber, se virou e mandou eu ir é, é, você sabe pra onde. Foi isso.

Enf. 06: _Vivenciei sim esse tipo de comportamento, né?! Aconteceu entre o médico e a minha pessoa, né?! [...] Esse era extremamente **autoritário**, e não demorou muito, para que eu fosse ofendida por ele. [...] Fui até o consultório médico e chamei-o pelo nome. Pra quê? Foi a gota d' água. Ele disse que ele era o **Doutor** fulano, pra não citar nome, né?! E que não o chamasse pelo nome, pois ele era o **Doutor da Unidade**, e isso ele falou bem alterado, né?!/ [...] ele pegou se levantou da cadeira onde estava, e aos gritos pediu para eu me retirar da sala a medida que pressionava fortemente meu braço, enquanto eu dizia, me largue, você me largue! Eu me senti bem angustiada, me senti um **lixo** diante daquela situação, pois assim como ele era profissional eu também era e merecia ser tratada com respeito, né?!

Enf. 07: _Sim, já, já aconteceu comigo é que foi um caso com o médico, que durante o atendimento veio questionar a triagem. Por que eu tinha passado o paciente pra ele, e aí ele veio de uma maneira que não era educadamente, né?! Veio questionar **gritando** na frente dos outros pacientes e dos outros profissionais.

É perceptível nos discursos acima, a presença de um comportamento destrutivo vivenciado pelo profissional enfermeiro, marcado pela violência verbal que está associada à violência psicológica. Esse tipo de violência é definido por Lima e Sousa (2015) como a utilização do poder de forma proposital contra uma pessoa ou um grupo, visando o controle das ações, comportamentos, crenças e decisões, procedendo assim problemas para o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social do indivíduo.

A violência psicológica pode ainda ser caracterizada por agressões, abusos, intimidações, discriminações e/ou perseguições, visando apavorar ou inferiorizar o outro, como destaca Oliveira e Fontana (2012). Dessa forma, é possível compreender, por base no *corpus* discursivo, um comportamento destrutivo que é agente promotor de desgaste no serviço, uma vez que marca posição e fragiliza as relações interprofissionais.

Tendo como base o discurso da Enf. 07, na qual a mesma relata a agressão verbal sofrida de um médico durante um atendimento, Oliveira (2015) retrata que lidar com o comportamento destrutivo dos médicos é algo esgotador, e assim gera intimidações no ambiente de trabalho, caracterizado na fala da mesma por gritos perante os demais profissionais e pacientes da unidade.

Tal comportamento pode ser visível no discurso da Enf. 06: “Ele disse que ele era o **Doutor** fulano, pra não citar nome, né?! E que não o chamasse pelo nome, pois ele era o **Doutor da Unidade**, e isso ele falou bem alterado, né?!”, que descreve práticas autoritárias e

até destrutivas de alguns médicos para com os outros funcionários de um determinado serviço de saúde.

A postura autoritária do profissional - que exige ser chamado de “doutor” - demonstra supremacia, autoritarismo e poder, o que por sua vez, dificulta o andamento das consultas e a qualidade do atendimento ao usuário, de modo que, o trabalho em equipe fica comprometido e passa a ser mais delicado, pois, alguns profissionais ao sentirem-se superiores a outros provocam constrangimento e insegurança aos demais que se sentem coagidos e inibidos perante as situações de violência psicológica.

Para Silva et al. (2013), a violência psicológica é difícil de ser identificada e em seu estudo, na cidade Recife-PE, no ano de 2012, este tipo de agressão ocupava no ranking a quarta maior hostilidade praticada na cidade. Quando se trata da violência psicológica no âmbito da saúde, os profissionais passam a sofrer com danos graves, que afetam seu rendimento no trabalho e deixa o usuário vulnerável.

A investigação realizada por Oliveira e Fontana (2012), com membros da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde de um município de médio porte da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, corrobora com a presente pesquisa, pois os dados apresentados no estudo mencionado apontam que todos os sujeitos pesquisados referiram ter sofrido alguma forma de violência no local de trabalho, sendo prevalente, em 92,9% dos relatos, a agressão psicológica manifestada por provocação verbal.

A ofensa verbal pode ser evidenciada a partir do trecho da fala da Enf. 05: “Fui questioná-la a respeito daquela conduta e ela já se virou pra mim com sete pedras na mão”. Neste fragmento, nota-se uma expressão metafórica “com sete pedras na mão”, ao designar uma atitude de ignorância ou arrogância.

Orlandi (2013), explica que a utilização da metáfora se aplica não tão somente como uma figura de linguagem, mas, como uma figura de pensamento, a qual o sentido de uma palavra, expressão ou preposição é tomado por outra palavra, expressão ou preposição, permitindo que os elementos principais possam ser confrontados, porém, conservando o mesmo sentido.

Desse modo, é possível identificar o clima organizacional desfavorável na Unidade de Saúde da Família (USF), pois, há a ruptura do diálogo, tornando a relação entre os profissionais desgastante e, conseqüentemente, permitindo que a qualidade no cuidado na AB não ocorra satisfatoriamente. Com isso, os profissionais que sofrem esse tipo de agressão verbal vivenciam sentimentos de impotência frente a essas situações estressoras, e

consequentemente, não conseguem atuar nem na gestão, nem na assistência aos pacientes na USF, desencadeando ainda mais riscos à segurança da clientela do território adscrito.

Mediante isso, os sujeitos que vivenciam o comportamento destrutivo experenciam sentimentos como: constrangimento, tristeza, injustiça, raiva e insegurança, durante o momento da agressão. Destarte, constata-se que a violência psicológica contra os trabalhadores do setor saúde perpassa os insultos particulares, colocando em risco o cuidado prestado e prejudicando a produção de saúde, o que por sua vez, pode interferir diretamente na qualidade da assistência prestada ao usuário da AB.

Pensando a esse respeito, Oliveira (2012), argumenta que o Sistema Único de Saúde (SUS) - desde o seu surgimento - preconiza o cuidado integral e humano ao usuário e à comunidade na qual este se insere, e esse cuidado precisa ser permeado por ações de promoção, proteção e restauração à saúde, englobando não somente o paciente, como também a sua família.

Ainda com base na autora supracitada, é notável que para garantir um cuidado adequado, os profissionais devem agir com zelo, com maestria, com respeito, e devem ser movidos por uma força que garanta efetuar uma boa qualidade do serviço, para que quando surgirem conflitos no ambiente de trabalho, estes possam ser sanados, evitando desencontros na maneira de pensar ou agir que provoquem prejuízo na saúde daqueles que usufruem o serviço de saúde.

Pensando acerca de todos os conflitos vivenciados pelos profissionais da AB, o próximo tópico explanará a multidisciplinaridade sob a perspectiva do enfermeiro do serviço, de modo que, eles possam destacar as potencialidades e as lacunas inerentes ao trabalho realizado no estabelecimento de saúde.

5.2. MULTIDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA COMO O ELO QUE REABILITA, PREVINE E PROMOVE SAÚDE

Os profissionais que atuam na área de saúde, dentro de seu âmbito de trabalho, como é o caso da AB, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve ter como condições de assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente,

de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções consoante as necessidades. O enfermeiro faz parte dessa equipe multidisciplinar, sendo responsável por atuar no papel de líder, gestor e cuidador. No entanto, ao ser exposto a comportamentos destrutivos no ambiente de trabalho, o enfermeiro, como também a equipe, não conseguem desempenhar as funções satisfatoriamente, interferindo, de forma direta, na atenção aos pacientes.

Com base em Lionello et al. (2012), as equipes básicas de trabalho que atuam na AB são geralmente formadas por um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem, em média, quatro a seis agentes comunitários de saúde e, mais recentemente a ampliação dessa equipe, incorporando o cirurgião dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal. Pensando nisso, a equipe deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar as necessidades da comunidade, articulando os mais diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Nesse caso, o enfermeiro da AB responsabiliza-se pela assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) dos indivíduos e das famílias na unidade básica.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como a estratégia ou recurso principal de entrada para o SUS e fortalecimento da AB, sendo dessa forma responsável por prevenir e promover a saúde de forma integral e holística, garantindo a segurança do usuário através das práticas desenvolvidas por aqueles que compõem a sua estrutura (SAMPALIO et al., 2010), para isso se faz necessário que exista o estabelecimento de relações profissionais harmoniosas que promovam o cuidado embasado na segurança do paciente que usufrui do serviço.

De acordo com Fernandes e Backes (2010), uma das principais características da AB do SUS é a criação de equipes multiprofissionais que devem agir a fim de desenvolver práticas de saúde com integralidade para atender populações delimitadas por áreas geográficas. A política de trabalho preconiza a visão do ser humano de forma contextualizada às suas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes. Com isso, as atuações dos profissionais que compõem estas equipes visam criar maior aproximação com o usuário e fundamentam um trabalho sistematizado e contínuo. Este, muito além do caráter curativista, sob a visão de eliminação de doenças, incentiva um compromisso com a promoção da saúde e a qualidade de vida dessas pessoas.

Baseando-se por meio do que foi explicitado anteriormente, as falas a seguir demonstram bem o posicionamento dos enfermeiros para a garantia da proteção à saúde visando o bom trabalho em equipe.

Enf. 03: _Eu não me formei pra ficar sentada, pra não fazer nada, eu me formei pra produzir, pra fazer meu trabalho, para aprender, para mostrar que eu posso mudar uma realidade. Porque enfermagem não é só você fazer procedimentos/, não é só você/, você verificar uma pressão, você fazer um pré-natal, é você mudar uma realidade.

Enf. 05: _Somos várias mentes pensantes, certo?/ Ao mesmo tempo, então eu penso assim, é, o que eu puder esta fazendo para me, me aperfeiçoar, para melhorar o serviço/, para é para dá continuidade ao meu trabalho eu vou fazer/ sem perder a minha essência e os aprendizados adquiridos até aqui.

Enf. 09: _Eu penso o seguinte, independente do que aconteceu, meus pacientes precisam de mim, eu preciso me fazer presente/ pois é, é sou responsável/, e aprendi na Universidade a ser uma líder, a, a coordenar uma equipe atendendo as expectativas dos usuários e do meu serviço, né? Então, eu continuo de cabeça erguida/, fazendo corretamente/, honestamente e **educadamente** o meu serviço.

Enf. 10: _O SUS prioriza que a gente tem que dá atenção integral ao indivíduo, e/ e isso, como enfermeira eu guardo sempre comigo, desde a graduação, que todos devem ter acesso à Unidade e de forma equânime. [...] Porque é, é, é eu sei que, eu sei que as atividades desenvolvidas por mim não podem parar, né?/ Porque depende de mim, quer dizer não só de mim, mas da equipe **toda** demonstrar suas potencialidades e, e cabe a mim contribuir para o cuidado de forma **integral** e **multidisciplinar** da melhor maneira possível.

Enf. 14: _Identifico as potencialidades e as **lacunas** do serviço, e, e eu procuro saber quando haverá capacitações para, para mos*... aperfeiçoar ainda mais nosso trabalho e faço a divulgação, entendeu? Acho que isso facilita o andamento do serviço/ e permite a, a promoção de saúde e previne agravos, eu acho que é isso.

Com base nos discursos acima, observa-se a postura de liderança dos enfermeiros entrevistados, que mesmo diante de tantas animosidades, conseguem realizar o seu trabalho buscando coordenar toda a equipe multidisciplinar, além de priorizarem a atenção ao indivíduo de maneira equânime e lembram também da importância de se manterem em constante aprendizado, permitindo assim melhorias para o serviço.

Assim como na presente pesquisa, o estudo desenvolvido por Fernandes e Backes (2010), também identificou o trabalho em equipe como ponto primordial para o desempenho da ESF, destacado pelo grupo de entrevistados. O cuidado e a promoção da saúde da população somente podem ser alcançados com o trabalho organizado em equipe. Esta percepção unânime foi explanada com exemplos de situações cujo trabalho descoordenado e a falta de diálogo, entre os membros da equipe, resultaram em importantes desgastes interpessoais, em falhas e prejuízos na produção dos serviços prestados. Esses fatores

atrelados, conseqüentemente, culminam na ineficiência do serviço que deveria ser realizado com competência à comunidade.

Conforme Sousa e Almeida (2017), os profissionais que atuam na AB devem estar aptos para acolher e prestar atendimento a toda à população, através de ações que promovam saúde e previnam agravos, de modo que, o serviço possa romper o modelo assistencial tradicional, fazendo com que o usuário desenvolva autonomia no cuidado com a saúde. Assim, o trabalho multidisciplinar eficaz, quando feito buscando sanar as necessidades da comunidade atendida, promovendo saúde e prevenindo agravos de maneira dialogada e harmônica, tende a minimizar o comportamento destrutivo entre os profissionais, fazendo com que o cuidado à população seja realizado de forma satisfatória e a relação entre o grupo de trabalho torna-se mais amistosa e proveitosa.

Brandão, Giovanella e Campo (2013), explicam que a AB teve maior visibilidade ao longo dos últimos anos, a partir da criação de programas inovadores com objetivos de realizar mudanças no modelo assistencial, visando a qualificação da AB ofertada à população, permitindo o desenvolvimento e a implementação de ferramentas que viabilizassem a avaliação da implantação da ESF de forma permanente, para orientar com agilidade o processo decisório, e melhorar os resultados para a população.

Em meio a todo esse processo, a figura do enfermeiro ganha destaque nesse campo de atuação, pois, atua na gerência e na assistência, buscando prestar um serviço de qualidade aos pacientes, bem como, realizando um trabalho multidisciplinar muito importante juntamente com os outros profissionais que fazem parte da AB, tendo como intento cumprir os preceitos do SUS e minimizar eventuais comportamentos ou atitudes que possam comprometer a assistência prestada à comunidade.

É importante ressaltar que a qualidade em saúde pode ser entendida como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente/cliente. Dessa forma, a consolidação da segurança do paciente se configura como subsídio para as propostas de melhoria da qualidade, pois os seus constructos permitem remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem à assistência em saúde (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Para que os processos de trabalho sejam aprimorados, é indispensável que todos os profissionais busquem melhorias dentro do serviço. Dessa forma, minimizar o comportamento destrutivo é primordial para que os enfermeiros e os demais trabalhadores possam prestar um maior cuidado e amparo aos seus pacientes, não deixando lacunas que impactem negativamente essa assistência.

5.3 COMPORTAMENTO DESTRUTIVO: DO IMPACTO NEGATIVO AO PROFISSIONAL ÀS LACUNAS PERCEBIDAS NO SERVIÇO

Desde a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, as unidades de saúde da família se tornaram portas de entrada preferenciais para o Sistema Único de Saúde (SUS), situação esta que foi reafirmada na Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 e no Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011. Assim, para o desenvolvimento do serviço, o Ministério da Saúde lançou a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS, cujos usuários pudessem ter a oportunidade de evidenciar as suas impressões acerca do sistema, como explicita Lima et al. (2014) em seu estudo.

No entanto, na prática, pode-se observar que os serviços ainda não possuem condições necessárias de oferecer um atendimento de qualidade e apoio à população às suas reais necessidades de saúde (LIMA et al., 2014). Pensando a esse respeito, nota-se a importância de haver a qualidade da assistência à saúde, de modo que, os profissionais tenham condições satisfatórias de atuarem, atendendo as particularidades da população e as demandas inerentes ao serviço.

Diante disso, Rabenschlag et al. (2015), acrescentam que o conceito de qualidade perpassa por um conjunto de atributos que devem levar em consideração a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a respeitabilidade, a legitimidade e, por fim, a equidade. Como a enfermagem possui pilares como o cuidado e o gerenciamento, é necessário que essas duas vertentes possam direcionar o enfermeiro na busca constante pela qualidade assistencial na saúde, bem como, por melhores condições de trabalho, buscando minimizar as lacunas e dificuldades encontradas no serviço.

No que se refere à eficiência, Camargo e Guimarães (2013), descrevem-na como o uso racional dos meios dos quais se dispõe para alcançar um objetivo previamente determinado, ou seja, trata-se da capacidade de alcançar os objetivos e as metas programadas com o mínimo de recursos disponíveis e tempo, conseguindo desta forma a sua otimização. Esse modelo permite a realização das atribuições com máxima presteza (rapidez e prontidão), com qualidade perfeita e de forma proficiente.

Ao relacionar a eficiência do serviço e a qualidade da assistência à saúde foi possível destacar algumas das principais falas dos enfermeiros na prática assistencial, como é o caso dos atrasos por parte dos profissionais no atendimento aos usuários, da falha na comunicação, do afastamento de alguns profissionais por causa de eventuais maus tratos e a

falta de atenção, no momento das consultas, resultam em inúmeros prejuízos à comunidade que não recebe um bom atendimento, interferindo diretamente na eficiência no serviço, como pode ser observado nos discursos abaixo:

Enf. 05: _Ah! O rompimento, né?! O rompimento da linguagem e efetividade da comunicação ela não existe mais no serviço e conseqüentemente o, o serviço fica é, é parado, certo? A partir do momento que que/ que eu não tenho condições de está naquele serviço por livre e espontânea vontade, é, não adianta. Ocorrem **atrasos** no atendimento, os usuários passam a não ser bem acolhidos e perde a, a eficiência, né!? A qualidade do serviço de saúde vai por água abaixo, certo? Basta ter somente uma pessoa que não quer/, que ela sozinha é capaz de atrapalhar toda a demanda do serviço e// e estragar todo o planejamento mensal feito.

Enf. 06: _O usuário do serviço também sofre, porque ele vê que aquele serviço não está andando, que a **eficiência** na Unidade foi perdida, que a, a comunicação/ é, é passou a ser ineficaz, e ele pode até pensar: Opa, estou em risco nesta Unidade. E realmente ele não pensa errado/, pois essa, essa quebra da comunicação põe em risco a saúde dele, que precisa de um apoio naquele momento, né?!

Enf. 08: _Então a população acaba perdendo, perdendo uma, uma, uma vamos se dizer uma, uma atenção melhor, uma atenção que eles poderiam ter melhor, entendeu? Pela falta de, de, de entendimento dos mesmos em relação ao trabalho e faz com que a população e o serviço perca, né?! Acabe perdendo// a, a atenção que deveria ser dada a eles/ devidamente.

Enf.10: _Quando alguns fatores é, é propiciam o afastamento do enfermeiro lentamente da unidade/, devido alguém que o destratou naquele ambiente a tomada de decisões e a execução das ações na unidade ficam estáticas/, e o usuário fica com maior vulnerabilidade à aquisição de problemas, né?! Já que não existe um serviço eficaz para resolver seus problemas.

Enf. 11: _As conseqüências? Olha, as conseqüências advindas, eu acho que envolvem a ansiedade/, que eu ficava bastante. **Tensão**, estresse do trabalho, dificuldades de concentração em atividades cotidianas, que antes eu, eu efetuava com certa rapidez, né?! Com agilidade, e eu ficava só pensando naquilo que estava acontecendo e deixava de produzir//, aí o que é que acontece o, o, o serviço fica prejudicado, pois eu me julgava incompetente em certos momentos, sentia **insegurança** ao chegar aqui na Unidade, é é, passei a ficar vidrada naquilo/.

Enf. 12: _O o serviço passa a ser fei*... fica é, é malfeito, começa a ser feito de todo jeito, sem ser dado a mínima importância/, você vai trabalhar só pra cumprir horários, enquanto na verdade você não queria está ali, e a tendência é é/ o o atendimento não ter um um padrão de qualidade, né!? E os usuários do PSF ficam **prejudicados**, né!? Porque o serviço de saúde está/ de de certa forma é, é incompleto, o trabalho multiprofissional falhou.

O comportamento destrutivo impacta negativamente a vida do profissional enfermeiro, e, conforme observa-se nos relatos acima, causa o adoecimento, podendo levar inclusive, consoante exposto pela Enf. 11, ao sofrimento mental e a “tensão”, que repercute negativamente para a vida do profissional e, por conseguinte, afeta a dinâmica do serviço propiciando o surgimento de fragilidades no ambiente de trabalho.

Essas consequências negativas do comportamento destrutivo sobre a saúde dos trabalhadores e sobre a assistência prestada pode ser evidenciada pelos sintomas de estresse, baixa autoestima e desmotivação das vítimas. Tal desgaste físico e mental desencadeados pelo estresse no ambiente laboral ocasiona a Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional, prevalente, geralmente, em trabalhadores da saúde. A síndrome caracteriza-se pelos altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, com baixa realização profissional, provocando sentimentos de inutilidade, esgotamento, ansiedade e descontentamento, gerando sensações de exaustão física, psíquica e emocional (ALMEIDA et al., 2016; PAI et al., 2015).

Ou seja, pode-se notar que o comportamento destrutivo possui uma relação de sinergia com a Síndrome de *Burnout*, já que devido o estresse rotineiro, o indivíduo pode ser agente promotor do comportamento destrutivo, que por sua vez pode fomentar tal síndrome, e, desta forma, acarretar problemas no serviço e ineficiência da resolubilidade de questões de saúde dos usuários.

Todos esses sentimentos de impotência acabam provocando “o afastamento do enfermeiro lentamente”, como explica a Enf. 10 em sua fala. O afastamento gradativo dos enfermeiros, em geral, pode ser causado pela coesão insuficiente do grupo, autonomia inadequada, ambiguidade, rotinização ineficaz e efeitos das cargas de trabalho, como pondera Costa et al. (2014) em sua pesquisa.

Com relação às cargas de trabalho, a profissão de enfermagem, ainda é de predominância feminina, o que por sua vez provoca a essas profissionais uma jornada dupla ou tripla, imprimindo nas enfermeiras uma sobrecarga de trabalho, influenciando diretamente no seu esgotamento físico e mental, gerando um déficit tanto no serviço quanto no atendimento à população.

Dessa forma, Costa et al. (2014), explicam que o absenteísmo se refere a frequência ou duração do tempo de trabalho perdido, podendo estar associado a inúmeros fatores causais, como: fatores de trabalho, sociais, culturais, de personalidade, doença, geográficos, organizacionais, físicos, psíquicos, ocupacionais, ambientais, características individuais e de personalidade.

Oliveira (2016) fundamenta que esse tipo de comportamento acaba minando a prática da moral, podendo aumentar a rotatividade na prática ou organização e o risco de prática inefetiva ou precária, gerando ainda a perda do foco de atividades produtivas, intimidando ou ameaçando causar dano aos outros, além de ocasionar estresse para os outros no ambiente de trabalho. Com isso, observa-se que o comportamento destrutivo é tido como uma ameaça constante à segurança do paciente.

A partir das falas ditas anteriormente, constata-se que os enfermeiros entrevistados se preocupam com a atenção e assistência que os usuários recebem, no entanto, em um serviço de saúde formado por médicos, técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde e técnicos ou auxiliares em saúde bucal, é necessária a cooperação de cada um dos profissionais para que haja qualidade no atendimento e nos serviços, e barre desta forma a prática destrutiva do serviço.

Malheiro (2016) destaca em seu estudo, que a qualidade nos serviços de saúde pode ser definida como alto nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimos riscos para o cliente e alto grau de satisfação. Cabe ressaltar também que a enfermagem possui relevância acentuada nos processos relacionados à qualidade dos serviços, por estar diretamente em contato com o cliente, exigindo que esses profissionais tenham aptidão clínica adequada, competência, atitude, capacidade para operar equipamentos modernos, ser responsável, proporcionar ambientes agradáveis, limpos e organizados. Sendo assim, o profissional deve conhecer o seu papel na corrente de ações necessárias à satisfação do paciente, para que desenvolva seu exercício profissional com segurança, consciência, responsabilidade e eficiência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa, observou-se que inúmeros problemas de conflitos podem ser identificados no ambiente de trabalho, afetando diretamente o indivíduo que sofre as agressões, interferindo no desempenho de toda a equipe e na assistência prestada ao paciente. Com isso, foi possível averiguar o comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica, expresso nas falas dos enfermeiros participantes e extrair dessas, seus sentidos, que por vezes se encontravam implícitos no seu dizer. Sendo possível identificar a violência psicológica externada como agressões verbais, elevação do tom da voz ou gritos inapropriados, manifestando assim a prática do comportamento destrutivo, afetando diretamente a eficácia do atendimento ao paciente, comprometendo a segurança na assistência dos usuários da Atenção Básica.

Pensando nisso, refletir sobre o comportamento destrutivo vivenciado pelos enfermeiros possibilitou o acesso aos mais variados sentimentos que esses profissionais estão expostos diariamente. A violência psicológica, as agressões verbais, os abusos de poder, a discriminação e até mesmo a perseguição sofridas por eles denotam a necessidade de haver uma visão mais cuidadosa para essas questões, uma vez que, elas influenciam diretamente na prestação de serviços à comunidade, impactando negativamente a vida do profissional enfermeiro e da assistência dedicada ao usuário.

Identificou-se que limitações ocorreram no transcorrer desta pesquisa, como por exemplo, o desconhecimento do tema, uma vez que este é atual, e o novo sempre gera dúvidas e a hesitação por parte de alguns que a princípio demonstravam incômodo para expor detalhes da sua vivência do comportamento destrutivo.

Baseando-se a partir de tudo que foi discutido ao longo do trabalho, nota-se que apesar dos enfermeiros conviverem com tantas animosidades e situações estressantes, eles conseguem manter sua postura de liderança frente à sua equipe multidisciplinar, buscando prestar uma atenção integral e equânime aos usuários da Atenção Básica.

Sendo assim, conclui-se que uma longa jornada ainda será percorrida pelos profissionais da enfermagem no enfrentamento dos conflitos nos mais variados campos do cuidar, como é o caso da Atenção Básica. No entanto, cabe aos enfermeiros terem uma postura ativa, desenvolvendo estratégias dentro das organizações em que atuam, para que a qualidade e a excelência do serviço não sejam deficitárias e que a população não seja a mais prejudicada. Por isso, ter acesso a um ambiente de trabalho saudável e equilibrado, permite a

boa saúde física e mental do enfermeiro, bem como, uma boa qualidade do serviço prestado à comunidade.

Em virtude do presente estudo se tratar de uma temática relativamente nova no meio científico, apesar de ser vivenciada na prática pelos enfermeiros há muito tempo, algumas sugestões podem ser pertinentes para estudos posteriores.

Diante disso, seria importante que houvessem mais pesquisas voltadas ao comportamento destrutivo vivenciado pelos enfermeiros e como isso influencia na qualidade do serviço prestado à população, visando buscar uma maior divulgação acadêmica a respeito dessas questões com a finalidade de alcançar uma maior visibilidade e sensibilização dos profissionais de saúde, vislumbrando possíveis mudanças inerentes à relação interpessoal destes profissionais, concomitantemente associada a uma prática mais eficaz e eficiente nos serviços de saúde, como é o caso da Atenção Básica, ofertando um atendimento de qualidade aos seus usuários.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. A et al. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **Rev. Online Pesq. Cuidado É Fundamental**, v. 8, n. 3, p. 4623-4628, jul./set., 2016.
- BARBOSA, R. et al. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP [online]**., v. 45, n. 1, p. 26-32, 2011.
- BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011.
- _____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013.
- CAJAZEIRAS. **História do município**. 2015. Disponível em: <http://cajazeiras.pb.gov.br/historia_do_municipio/>. Acesso em 22 set. 2016.
- CAMARGO, F. O.; GUIMARÃES, K. M. S. O princípio da eficiência na gestão pública. **Revista CEPPG**, CESUC - Centro de Ensino Superior de Catalão, ano 26, n. 28, 2013.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.
- CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, jul, 2014.
- CASAGRANDE, M. C. **O nome da gente**. Pequenas histórias: subjetividades loucas e poéticas. São Paulo: Escuta, 2011.
- CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. bras. enferm.[online]**., v.57, n. 6, p.746-749, nov/dez, 2004.
- COSEMS-PB. **9ª CIR - Comissão Intergestores**. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf>>. Acesso em 22 set. 2016.
- COSTA, R. R. O. et al. Absenteísmo de profissionais da enfermagem que trabalham na rede hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Rev. Espaço Para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 06-13, jul./set., 2014.
- DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Cont. Enferm.**, v. 18, n.2, p. 206-214, abr-jun, 2009.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, jan/fev., 2015.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, jul./ago., 2010.

FERREIRA, C. A. A, REIS NETO, M. T. Gestão de conflitos nas organizações: um olhar para a saúde. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 2799-2818, jul. 2015.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

GADET, F.; HAK, T. (Org.). **Por uma análise automática do discurso**: Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: UNICAMP, 1997.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Rev. Assoc. Med. Bras.[online]**., v. 50, n. 2, p.114-114, 2004.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. M. T. Do Discurso às formações ideológicas e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 555-62, 2007

GOMES, A. M. T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 620-6, 2006.

HICKSON, G. B. et al. A complementary approach to promoting professionalism: identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. **Academic medicine**, v. 82, n. 11, p. 1040-1048, 2007.

IBGE. **Cajazeiras**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Diário Oficial da União, agosto, 2014.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. v. 29, n.3, p. 362-366, jun., 2008.

KAREN, J. et al. Conflict contagion: a temporal perspective on the development of conflict within teams. **International Journal of Conflict Management**, v. 24, p. 485-516, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LAKOFF, G. & JOHNSON, M. **Metaphors We Live by**. Chicago: Chicago University Press, 1980.

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.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação da atenção primária na percepção dos usuários e profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online.**, Recife, v. 8, supl. 2, p. 3758-66, out., 2014.

LIMA, G. H. A.; SOUSA, S. M. A. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 5, p. 817-23, set-out., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0817.pdf>>. Acesso em 02 fev.2017.

LIONELLO, C. D. L. et al. O fazer das enfermeiras da Estratégia de saúde da família na atenção domiciliar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n.4, p. 103-110, 2012.

LITTLEJOHN, P. 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, 2012.

MACEDO, L. C. et al . Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 649-57, 2008.

MALHEIRO, I. C. **A qualidade da assistência do profissional de enfermagem durante a visita domiciliar**. 2016. 49f. Monografia [Graduação]. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2016.

MARTIN, W. F. Is your hospital safe? Disruptive behavior and workplace bullying. **Hospital topics**, v. 86, n. 3, p. 21-28, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10^a. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MORSCHER, A.; BARROS, M. E. B. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saúde e sociedade [online]**, v. 23, n. 3, p. 928-941, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0928.pdf>>.

OLIVEIRA, C. M.; FONTANA, R. T. Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 11, n. 2, p. 243-249, abr/jun., 2012.

OLIVEIRA, J. G. **Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família**. 2012. Dissertação [Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface - Comunic. Saude Educ.**, v.15, n.37, p.539-50, 2011.

OLIVEIRA, L. B.; CAVAZOTTE, F. S. C. N.; PACIELLO, R. R. Antecedentes e consequências dos conflitos entre trabalho e família. **Rev. Administ. Contemp.**, v. 17, n. 4, p. 418-437, 2013.

OLIVEIRA, R. M. **Comportamento Destrutivo no Trabalho em Saúde: Análise de Conceito**. 2015. 221f. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, R. M. Análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 4, p. 695-704, 2016.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 11 ed. Campinas: Pontes Editores, 2013.

_____. **Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos**. 3. ed. Campinas: Editora Pontes, 2008.

PAESE, F. **Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2010.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto e contexto enferm.**, Florianópolis. v. 22. n.2, abr-jun, 2013.

PAI, D. D. et al. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 3, p. 460-468, 2015.

PASCAL METRICS, Inc. **Measuring disruptive behavior: The disruptive behavior Questionnaire**. 2011. Disponível em: <www.pascalmetrics.com>. Acesso em 19 nov. 2016.

PÊCHEUX, M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Campinas-SP: Pontes, 2006.

PRZENYCZKA, L. Conflitos Éticos da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde e Estratégias de Enfrentamento. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 10, n. 2, abr-jun., 2011.

QUES, A. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZALEZ, M. G. Strengths and threats regarding the patient safety: nursing professionals opinion. **Rev. Latino-Am. Enfermagem[online]**, v. 18, n. 3, p. 339-345, 2010.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

RABENSCHLAG, L. A. et al. Percepção de enfermeiros sobre a gestão da qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 11, p 9656-62, nov., 2015.

ROSENSTEIN, A. H.; O'DANIEL, M. Managing disruptive physician behavior impact on staff relationships and patient care. **Neurology**, v. 70, n. 17, p. 1564-1570, 2008.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. A formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-98, 2014.

SAMPAIO, J. et al. Promoção da saúde sexual: desafios no Vale do São Francisco. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 499-506, 2010.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo, Cortez, 2004.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422-4, set. 2010.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-41, abr-jun., 2015.

SILVA, M. C. M.; BRITO, A. M.; ARAUJO, A. L.; ABATH, M. B.. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, set. 2013.

SOUSA, E. M.; ALMEIDA, M. A. P. T. Atendimento ao surdo na atenção básica: perspectiva da equipe multidisciplinar. **Id on Line Rev. Psic.**, v. 10, n. 33, jan. 2017.

SOUZA, M. K. B. **Atenção do adolescente vítima de violência**: participação de gestores municipais de saúde. 2007. 111f. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde. 2002.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**, v.33, n.2, p.167-175, 2012.

WALRATH, J. M.; DANG, D.; NYBERG, D. An organizational assessment of disruptive clinician behavior: Findings and implications. **Journal of nursing care quality**, v. 28, n. 2, p. 110-121, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista n°. _____.

Questões norteadas:

1. Acerca da proposição, responda aos questionamentos:

“o comportamento destrutivo no trabalho em saúde pode ser entendido como um conjunto de maneiras ofensivas praticadas pelo trabalhador de saúde, no local de sua prática, que podem ser evidenciadas por incivilidade, violência psicológica ou violência física/sexual, que podem afetar a segurança do paciente, sofrimento moral e psíquico, efeitos laborais negativos para os trabalhadores, rompimento da comunicação, da colaboração, bem como do trabalho em equipe.”

- a) Enquanto profissional da Atenção Básica, você já experimentou essa conduta no seu trabalho? Se sim, poderia descrever uma experiência desse comportamento?
- b) Que características você aponta para esse tipo de comportamento e para o tipo de sujeito praticante desta ação?
- c) Você considera que algum fator anterior possa predispor essa conduta? Quais fatores?
- d) Que consequências isso pode ocasionar para o serviço? E para os usuários da Atenção Básica?
- e) Quais estratégias você cria para enfrentar e continuar a realizar suas atividades no ambiente de trabalho?

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

Caro (a) Trabalhador (a) de Saúde,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada “**Comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica**” que tem como objetivo Averiguar o comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre seu cotidiano de trabalho, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, visto que não envolve a realização de procedimentos invasivos, embora possa ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre o os comportamentos presentes em seu ambiente de trabalho. Nesse caso, o investigador estará preparado para interceder sugerindo a suspensão da pesquisa, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente. Em contrapartida, vantagens podem advir diante da participação, por exemplo: maior entendimento sobre as causas que predisõem ao comportamento destrutivo e como este pode afetar a segurança do paciente além, possibilitando a realização de estratégias que possam prevenir, controlar e erradicar tais comportamentos.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: Acadêmico **Romeryto Coelho Pinto de Almeida (83) 99152-1028**; e Orientador da pesquisa **Profº. Dr. Marcelo Costa Fernandes: (85) 99922-1287**.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000 - Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras - Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido
(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/ DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado **“COMPORTAMENTO DESTRUTIVO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA”** a ser desenvolvido pelo pesquisador Romeryto Coelho Pinto de Almeida, sob a orientação do Professor Dr. Marcelo Costa Fernandes, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

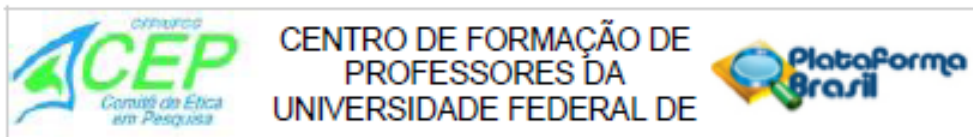
Cajazeiras, 29 de Setembro de 2016

Renata Emanuela de Queiroz Régo

Renata Emanuela de Queiroz Régo
Coordenadora do Programa Rede Escola

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/ Programa Saúde na Escola

ANEXO B - PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTO DESTRUTIVO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Marcelo Costa Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61090316.1.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.823.398

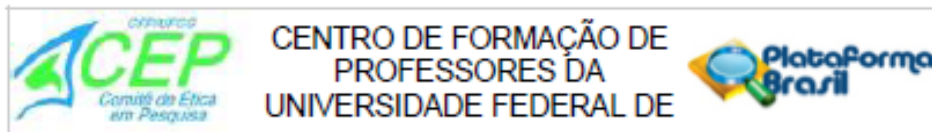
Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa visa averiguar o comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica. Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, o estudo é de natureza descritiva e abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada no município de Cajazeiras – PB, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deste município. Os participantes do estudo são formados por enfermeiros que compõem as 19 Unidades de Saúde da Família de um total de 23 Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica de Cajazeiras.

Objetivo da Pesquisa:

Averiguar o comportamento destrutivo vivenciado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica. Identificar, a partir dos discursos dos enfermeiros, os conflitos vivenciados no cotidiano da Atenção Básica; investigar como o comportamento destrutivo se manifesta no cenário de práticas do enfermeiro; Caracterizar como o comportamento destrutivo no trabalho em saúde pode afetar a segurança do paciente.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@ctp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.623.398

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa possui riscos mínimos, visto que não envolve a realização de procedimentos invasivos, embora possa ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre o os comportamentos presentes em seu ambiente de trabalho. Em contrapartida, vantagens podem advir diante da participação, por exemplo: maior entendimento sobre as causas que predisõem ao comportamento destrutivo e como este pode afetar a segurança do paciente além, possibilitando a realização de estratégias que possam prevenir, controlar e erradicar tais comportamentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante por tratar de um tema que interfere na saúde tanto do profissional da saúde quanto do paciente, gerando uma atenção específica as formas de identificação deste comportamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a proposta da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

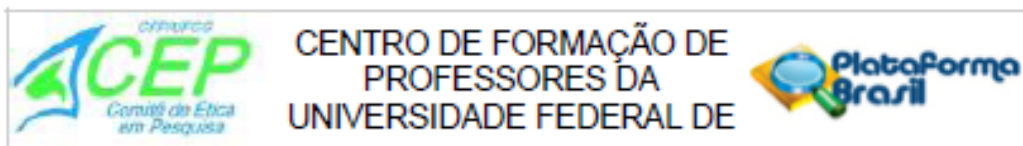
O projeto apresenta objetivos claros e as ações a serem desenvolvidas estão de acordo com os documentos apresentados.

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_807298.pdf	10/10/2016 20:12:37		Acelto
Outros	Instrumentodecoleta.docx	10/10/2016 20:12:03	Marcelo Costa Fernandes	Acelto
Outros	TERMODEANUENCIA.pdf	10/10/2016 20:11:11	Marcelo Costa Fernandes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/10/2016 20:08:48	Marcelo Costa Fernandes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	10/10/2016 20:05:12	Marcelo Costa Fernandes	Acelto

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctf.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.823.398

Orçamento	Orcamento.docx	10/10/2016 20:04:54	Marcelo Costa Fernandes	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	10/10/2016 20:04:13	Marcelo Costa Fernandes	Acelto
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinadofinal.pdf	10/10/2016 20:03:49	Marcelo Costa Fernandes	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 17 de Novembro de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctp.ufcg.edu.br