



Análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde: revisão integrativa*

Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review

Análisis del concepto comportamiento destructivo en el trabajo sanitario: revisión integrativa

Roberta Meneses Oliveira¹, Lucilane Maria Sales da Silva¹, Maria Vilani Cavalcante Guedes¹, Adriana Catarina de Souza Oliveira², Rosario Gómez Sánchez², Raimundo Augusto Martins Torres¹

Como citar este artigo:

Oliveira RM, Silva LMS, Guedes MVC, Oliveira ACS, Sánchez RG, Torres RAM. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):690-699. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500021>

* Extraído da tese "Comportamento destrutivo no trabalho em saúde: análise de conceito", Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2015.

¹ Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Católica de Murcia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sócio-Sanitárias, Murcia, Espanha.

ABSTRACT

Objective: To analyze the concept of disruptive behavior in healthcare work. **Method:** An integrative review carried out in the theoretical phase of a qualitative research substantiated by the theoretical framework of the Hybrid Model of Concept Development. The search for articles was conducted in the CINAHL, LILACS, PsycINFO, PubMed and SciVerse Scopus databases in 2013. **Results:** 70 scientific articles answered the guiding question and lead to attributes of disruptive behavior, being: incivility, psychological violence and physical/sexual violence; with their main antecedents (intrapersonal, interpersonal and organizational) being: personality characteristics, stress and work overload; and consequences of: workers' moral/mental distress, compromised patient safety, labor loss, and disruption of communication, collaboration and teamwork. **Conclusion:** Analysis of the disruptive behavior concept in healthcare work showed a construct in its theoretical stage that encompasses different disrespectful conduct adopted by health workers in the hospital context, which deserve the attention of leadership for better recognition and proper handling of cases and their consequences.

DESCRIPTORS

Health Personnel; Social Behavior; Interpersonal Relations; Concept Formation; Patient Safety; Review.

Autor correspondente:

Roberta Meneses Oliveira
Rua Lídia Brígido, 837 – Bairro Cidade
dos Funcionários
CEP 60821-800 – Fortaleza, CE, Brasil
menesesroberta@yahoo.com.br

Recebido: 08/04/2016
Aprovado: 23/06/2016

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde envolve intensa interação social, a qual incorpora uma complexa gama de necessidades que abrange profissionais de saúde, gestores e pacientes. Certamente, essa interação é determinada por condições de trabalho e fatores humanos que podem influenciar os resultados da prestação dos serviços e a segurança do paciente.

Atualmente, evidencia-se uma fragilidade nos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam a cultura de segurança em organizações de saúde. Além disso, inúmeros aspectos do contexto de trabalho interferem sobremaneira no estabelecimento da cultura de segurança, com destaque à sobrecarga física e mental, à insuficiente formação e capacitação profissional, à pobreza do trabalho em equipe, à multiplicidade de vínculos empregatícios, à elevada rotatividade e às más práticas/comportamentos destrutivos⁽¹⁾.

Nesse contexto, o estudo das condições laborais e das características subjetivas do trabalhador de saúde tem favorecido a avaliação da cultura de segurança em hospitais. Um dos importantes aspectos implicados nesta cultura trata-se do fator humano envolvido na ocorrência de erros, incidentes e eventos adversos.

Recente estudo apontou 58 categorias de riscos identificadas em todos os elementos do sistema de trabalho hospitalar, com destaque às pessoas (falta de profissionalismo); às tarefas (alta carga de trabalho); às ferramentas e tecnologias (mau uso); ao ambiente físico (espaço de trabalho desordenado); e à organização (cultura hierárquica e não conformidade com as diretrizes). Os autores afirmaram que equilibrar o sistema de trabalho e incentivar o papel ativo e adaptativo dos trabalhadores são princípios-chave para melhorar a qualidade da saúde e a segurança do paciente⁽²⁾.

No entanto, o que se percebe é a presença constante de fatores humanos que implicam maior insegurança e menor qualidade assistencial. Além da falta de competência, profissionalismo e capacitação na área, ascendem nas organizações hospitalares profissionais cujo comportamento é revestido de intimidação e hostilidade, repercutindo em estresse, frustração, perda de foco, pobreza na comunicação e redução de transferência de informação entre os membros da equipe, colocando em risco a segurança do paciente⁽³⁾.

No cerne desses comportamentos, encontra-se o comportamento destrutivo, definido como conduta, seja verbal ou física, que afeta ou que, potencialmente, pode afetar negativamente o atendimento ao paciente. Explosões de raiva, retaliação contra um colega de trabalho e comentários que enfraquecem a autoconfiança de um profissional de saúde na assistência ao paciente são exemplos de tais comportamentos⁽⁴⁾.

Diante do exposto, vê-se que o comportamento destrutivo é um conceito que articula o comportamento humano, o processo de trabalho em saúde e a segurança do paciente. No entanto, a existência de outros conceitos que são tratados como sinônimos leva a dificuldades de abordagem e compreensão do fenômeno na prática. Trata-se

dos conceitos de *bullying*, violência lateral (*lateral violence*), assédio moral e violência institucional⁽⁵⁻¹⁰⁾.

Objetivou-se, portanto, analisar o conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, desenvolvida na fase teórica de pesquisa sobre análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde, segundo o Modelo Híbrido de Análise Conceitual⁽¹¹⁾.

Este referencial teórico-metodológico interliga análise teórica e observação empírica, com enfoque nos aspectos essenciais de definição e mensuração do fenômeno em análise. É composto de três fases que podem ser operacionalizadas de forma progressiva, fase a fase, ou de forma simultânea: *Fase teórica* (seleção do conceito, busca e revisão da literatura, definição conceitual e operacional do conceito – instrumento de medida); *Fase de campo* (integração da análise teórica às observações empíricas referentes ao fenômeno no contexto em que se manifesta) que envolve o estabelecimento do cenário do estudo, a seleção de casos, a coleta e a análise de dados; e *Fase analítica final*, que compreende o cotejamento entre os dados resultantes da fase teórica inicial e as observações empíricas, sendo o produto final a apresentação da definição do conceito, bem como a identificação de lacunas conceituais que direcionam o desenvolvimento de outras pesquisas⁽¹¹⁾.

Neste artigo, encontram-se os resultados da fase teórica, a qual objetiva obter um domínio compreensivo da literatura ao lidar com o conceito e adquirir um profundo alcance e entendimento deste, sobre como tem sido utilizado em torno das disciplinas e ao longo do tempo. Tal compreensão requer uma busca sistemática e interdisciplinar dirigida, inicialmente, ao entendimento do significado do conceito e, secundariamente, às várias formas deste ter sido ou poder ser medido. Constitui-se das etapas: 1. Seleção do conceito; 2. Procura na literatura; 3. Aproximação do significado; e 4. Escolha de uma definição do conceito a ser trabalhada⁽¹¹⁾.

Na primeira etapa, foi esclarecida a escolha do conceito para análise, justificando-se que o comportamento destrutivo é um constructo complexo, considerado um termo abrangente aplicado a uma ampla gama de "maus comportamentos" que são relatados na literatura de saúde. Portanto, selecionou-se este conceito para compor o objeto de estudo, diante de sua relevância para a compreensão de como esse comportamento se manifesta (seus atributos), o que está relacionado à sua origem (antecedentes) e quais as suas repercussões para equipe, paciente e organização (consequentes).

A segunda etapa trata-se da Revisão de literatura, a qual foi realizada mediante o método da Revisão Integrativa, em seus seis passos: 1. Seleção de hipóteses ou questões para a revisão; 2. Amostragem; 3. Representação das características da pesquisa primária; 4. Análise dos achados; 5. Interpretação dos resultados; e 6. Apresentação da revisão⁽¹²⁾.

Inicialmente, elaborou-se a seguinte questão norteadora para a busca dos documentos nas bases de dados:

Quais são os atributos, antecedentes e consequentes do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde?

Para esta etapa da revisão, foram considerados textos provenientes de artigos de pesquisa original, revisão e reflexão teórica. A busca foi realizada no período de agosto a dezembro de 2013, nas seguintes bases de dados eletrônicas: CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); PsycINFO (base de dados extensa que reúne mais de três milhões de registros de literatura revisada por pares em ciências do comportamento e saúde mental); PubMed Central (PMC) (serviço da *U.S. National Library of Medicine*, do *National Institute of Health*); e SciVerse Scopus (maior banco de dados de citações de literatura revisada por parte do mundo, incluindo resumos e citações de artigos para jornais/revistas acadêmicos).

Foram adotados os seguintes descritores: não controlado: *Disruptive Behavior*, e controlados (cadastrados no *Medical Subject Heading – MeSH*): *Nursing* (Enfermagem); *Social Behavior* (Comportamento Social); *Delivery of Health Care* (Assistência à Saúde); *Attitude of Health Personnel* (Atitude do Pessoal de Saúde); *Interpersonal Relations* (Relações Interpessoais); *Interdisciplinary Communication* (Comunicação Interdisciplinar); *Organizational Culture* (Cultura organizacional); *Burnout, Professional* (Burnout); *Bullying*; *Workload* (Carga de Trabalho); e *Patient Safety* (Segurança do Paciente).

Tais descritores foram combinados com auxílio do conector booleano AND, em suas diversas possibilidades de entrecruzamento nos campos título, resumo e assunto, sempre se considerando *disruptive behavior* como o descritor-chave.

Como critérios de inclusão, definiram-se: manuscritos publicados em língua inglesa, portuguesa ou espanhola; que abordassem o conceito comportamento destrutivo por parte de profissionais no contexto do trabalho em saúde, sem delimitação de período de publicação ou do tipo de estudo, e que respondessem à questão norteadora.

Após selecionados, os estudos foram submetidos à leitura exaustiva e compreensiva. Em seguida, informações relevantes foram extraídas para formar o *corpus* de análise do conceito. Elaborou-se uma planilha com o intuito de reunir as seguintes informações dos artigos: Título, Objetivo (s), Autor (es), Tipo de publicação e método, Referência, Descritores (MESH) e Área de concentração. Além disso, o instrumento continha um quadro em que as variáveis de análise de conceito (antecedentes, atributos e consequentes; conceitos relacionados/confundidores) eram apreendidas dos artigos e reunidas de forma detalhada.

Na terceira etapa, analisaram-se os diferentes significados do conceito e, posteriormente, escolheu-se uma definição do conceito a ser trabalhada na fase de campo (quarta etapa). Estas etapas, bem como os achados da revisão, encontram-se descritos nos Resultados.

RESULTADOS

Os resultados da busca nas bases de dados encontram-se ilustrados na Figura 1.

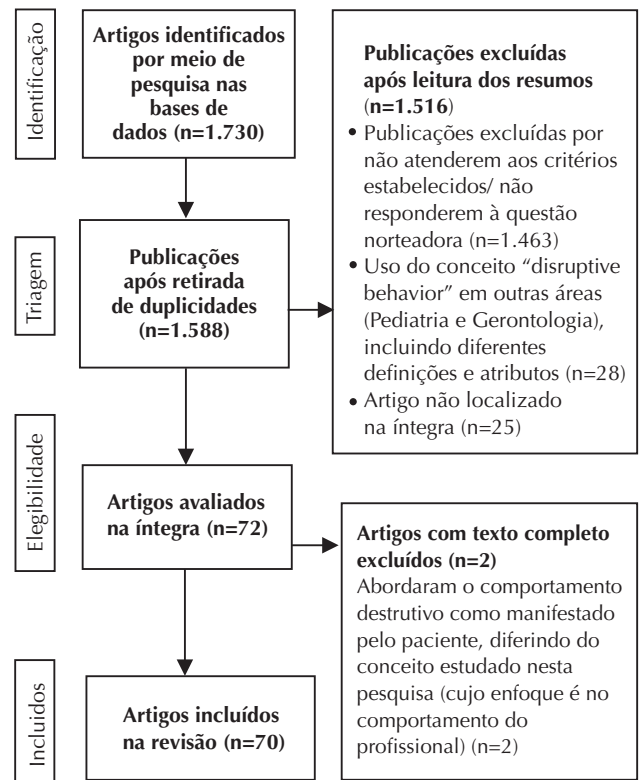


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

Foram inseridos, nesta revisão, 70 artigos científicos publicados no período de 1999 a 2013, com quantitativo expressivo a partir de 2009 (46 artigos). Este resultado demonstra que estudos sobre comportamento destrutivo cresceram de forma considerável a partir do ano 2000, o que coincide com o mesmo período em que se iniciaram as pesquisas sobre segurança do paciente.

A ênfase dos estudos esteve dirigida, em sua maioria, às estratégias para lidar com o comportamento destrutivo (90%), seguida das consequências desse comportamento para trabalhadores, pacientes e organizações (84,3%). Um dado que também chamou a atenção diz respeito ao fato de apenas 44,3% dos estudos apresentarem alguma definição do conceito de comportamento destrutivo, o que justifica a necessidade de sua análise.

No que se refere ao tipo de estudo, houve predominância de artigos de reflexão teórica (24) e de atualização (21), seguidos dos estudos analíticos e transversais (14), estudos qualitativos (4), relatos de experiência (3), pesquisa de intervenção/avaliação (2), revisão sistemática (1) e estudo de caso (1). Este é mais um dado que demonstra a necessidade de refinamento do conceito. Evidencia-se como importante os estudos de revisão e atualização sobre o tema, pois chamam a atenção para um conceito ainda pouco discutido na prática, mas de prevalência significativa e de relevância no que diz respeito à cultura de segurança.

Quanto à categoria profissional dos autores dos artigos, predominaram estudos desenvolvidos por médicos e enfermeiros; publicados em periódicos médicos (38), seguidos de Enfermagem (23) e outros (9) (Gestão em Saúde, Qualidade

da assistência à Saúde, Tópicos hospitalares, Segurança do Paciente). Os periódicos médicos, por sua vez, eram das áreas de Obstetrícia e Ginecologia, Medicina acadêmica, Medicina executiva, Gestão, Radiologia e Neurologia.

Quanto aos enfoques temáticos, constatou-se que os temas centrais permearam o impacto do comportamento destrutivo para a segurança do paciente, bem como a discussão em torno desse comportamento entre médicos, trabalhadores de enfermagem e o relacionamento estabelecido entre estas categorias profissionais. Ressaltam-se os estudos sobre a gestão desse comportamento na prática, em que foram abordadas as estratégias adotadas por lideranças para lidar com trabalhadores destrutivos.

Para análise do conceito, também foi imprescindível identificar os conceitos utilizados, na literatura, como sinônimos de comportamento destrutivo. Tais conceitos caracterizam-se como elementos diferenciadores, termo utilizado pelo modelo híbrido, que significa aqueles conceitos que são utilizados como sinônimos ou confundidores do conceito em análise. Foram frequentes os estudos que utilizaram os conceitos de *Bullying*, Intimidação, Violência Horizontal/Lateral e Comportamento Abusivo como sinônimos de Comportamento Destrutivo, o que justifica, mais uma vez, a necessidade de análise deste conceito.

ATRIBUTOS DO COMPORTAMENTO DESTRUTIVO NO TRABALHO EM SAÚDE

Os atributos são palavras ou expressões utilizadas com frequência pelos autores para descrever as características do conceito. Para este estudo, as condutas destrutivas relatadas nos artigos foram submetidas à categorização e análise minuciosa, que possibilitaram a classificação dos atributos do comportamento destrutivo em três padrões: Violência Psicológica, Incivildade e Violência Física/Sexual. Com esta categorização, é possível afirmar que o conceito Comportamento Destrutivo no Trabalho em Saúde representa um constructo teórico, ou seja, uma construção mental ou síntese feita a partir da combinação de vários atributos, que representam um espectro de comportamentos que vão desde a incivildade à violência física e/ou sexual. Ao todo, foram encontradas 321 referências destas condutas nos 70 artigos analisados (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos atributos e condutas características do comportamento destrutivo no trabalho em saúde segundo o número de citações nos artigos analisados – Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Atributos/ Condutas características de comportamento destrutivo	Número de citações
Violência Psicológica	
Humilhar o colega de trabalho publicamente.	47
Agir ou falar com grosseria/Gritar.	31
Intimidar.	26
Usar linguagem abusiva.	22
Arremessar objetos, instrumentais ou prontuários.	17
continua...	

...continuação

Atributos/ Condutas características de comportamento destrutivo	Número de citações
Gerar fofocas, brigas, sabotagem, traição.	16
Fazer observações e exibir atitudes discriminatórias.	13
Reter informações para prejudicar o colega.	6
Ameaçar.	6
Outras.	14
Total	198
Incivildade	
Manifestar explosões de raiva.	16
Desrespeitar o colega de trabalho.	14
Fazer comentários hiper-críticos ou depreciativos acerca da organização.	13
Relutar ou recusar-se a responder a perguntas e/ou retornar ligações.	12
Descumprir normas, rotinas e protocolos organizacionais.	12
Recusar-se a executar tarefas atribuídas ou exibir atitudes que não cooperam durante as atividades de rotina.	10
Agir indelicadamente, não ouvir, ignorar o colega de trabalho.	5
Outras.	12
Total	94
Violência física ou sexual	
Assédio Sexual.	15
Violência física.	14
Total	29

Além dos atributos e condutas características de comportamento destrutivo, identificaram-se todos os adjetivos e características definidoras, citadas pelos autores dos estudos para caracterizar os indivíduos destrutivos. Tais características/adjetivos têm relação com falta de cortesia, grosseria e intimidação, além de muitos serem sinônimos uns dos outros. No entanto, verificou-se preponderância dos adjetivos intimidante, hostil, grosseiro/rude e abusivo.

ANTECEDENTES DO COMPORTAMENTO DESTRUTIVO NO TRABALHO EM SAÚDE

Quanto aos antecedentes do comportamento destrutivo no trabalho em saúde, estudaram-se situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito de interesse, auxiliando na compreensão do contexto social no qual é geralmente utilizado. Encontraram-se 191 citações de antecedentes do comportamento destrutivo no trabalho em saúde nos 70 artigos analisados, distribuídos em antecedentes intrapessoais, interpessoais e organizacionais (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos antecedentes do comportamento destrutivo no trabalho em saúde segundo o número de citações nos artigos analisados – Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Antecedentes	Número de citações
Intrapessoais	
Estresse/situações críticas, ansiedade, fadiga e depressão.	28
Características/traços de personalidade.	20
Falta de competência, de autonomia e de inteligência emocional no trabalho.	14
Crenças e valores pessoais arraigados.	10
Abuso de substâncias.	4
Conflitos/problemas pessoais ou familiares.	4
Desordens psiquiátricas.	4
Formação acadêmica.	3
Experiências prévias com comportamento destrutivo.	3
Total	90
Organizacionais	
Problemas sistêmicos não resolvidos ^a	16
Sobrecarga de trabalho.	13
Cultura organizacional disfuncional.	9
Áreas/especialidades de alta tensão.	9
Dimensionamento de pessoal inadequado.	6
Falta de suporte organizacional.	5
Demandas de atendimento dos usuários.	4
Conflitos de papel e de poder.	3
Outros.	3
Total	68
Interpessoais	
Comunicação ineficaz.	9
Divergência de opiniões/pensamentos.	8
Ausência de trabalho em equipe/colaboração.	6
Autoritarismo.	5
Questionamento de ordens médicas.	5
Total	33

a. falta de equipamentos, de suprimentos, de itens de dieta, de horários para procedimentos; expectativas irrealísticas; medicações não entregues; falta de confiança nos sistemas de suporte; condições de trabalho hostis ou precárias; suporte inadequado da equipe; escalas ineficientes, dentre outros.

Os consequentes são eventos ou situações resultados da utilização do conceito. Nesta análise, foi possível identificar consequências de três ordens: para o trabalhador de saúde, para o paciente e para a organização de saúde. A revisão identificou 344 citações de consequentes do comportamento destrutivo nos 70 artigos analisados.

Tabela 3 – Distribuição dos consequentes do comportamento destrutivo no trabalho em saúde segundo o número de citações nos artigos analisados – Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Consequentes	Número de citações
Para o trabalhador/equipe de saúde	
Sofrimento moral e psíquico: da ansiedade ao <i>Burnout</i> .	48
Rompimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe.	41

continua...

...continuação

Consequentes	Número de citações
Prejuízos laborais: demissão, rotatividade/mudança de unidade e intenção de deixar o emprego.	40
Hostilidade no ambiente de trabalho.	23
Insatisfação, diminuição da moral e do engajamento no trabalho.	22
Medo, tensão, perda de foco.	18
Afastamento/Isolamento.	15
Total	207
Para o paciente	
Comprometimento da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados.	73 ^a
Insatisfação.	15
Total	88
Para a organização de saúde	
Custos com processos legais, recrutamento de novos profissionais e tratamento de eventos adversos.	25
Impacto na dinâmica e na cultura organizacional.	14
Ameaça à imagem da instituição/equipe.	10
Total	49

a. Poderia haver mais de uma citação em um mesmo artigo sobre as consequências do comportamento destrutivo para a segurança do paciente, como erros de medicação, infecção, procedimento em local errado, morte, e outras.

Conhecendo antecedentes, atributos e consequentes, realizou-se a aproximação do significado de comportamento destrutivo no trabalho em saúde. Sabe-se que, embora não exista nenhuma definição universal deste conceito entre os prestadores de cuidados de saúde, várias definições comparáveis foram publicadas. Estas geralmente incluíram abuso verbal, assédio sexual, insultos raciais, ameaças físicas e blasfêmia.

O Quadro 1 apresenta as definições encontradas nos artigos analisados, sua autoria e variáveis enfatizadas.

Quadro 1 – Distribuição das definições de comportamento destrutivo encontradas nos artigos analisados segundo autoria e variáveis enfatizadas – Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Definição	Autoria	Variáveis
Qualquer conduta abusiva, incluindo o assédio sexual e/ou outras formas de assédio, ou outras formas de conduta verbal ou não verbal, que prejudicam ou intimidam outros, na medida em que a qualidade dos cuidados ou a segurança do paciente pode ser comprometida.	American Medical Association (AMA) ⁽¹³⁻¹⁵⁾	Atributos e consequentes
Qualquer comportamento inapropriado, confronto ou conflito – variando de abuso verbal (comportamentos abusivos, intimidantes, desrespeitosos, ameaçadores) a assédio físico ou sexual – que pode impactar negativamente nas relações de trabalho, na eficácia da comunicação, na transferência de informações, e no processo e resultados do cuidado.	Rosenstein ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ Rosenstein, O'Daniel ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ Rosenstein, Naylor ⁽²⁰⁾ Rosenstein, Russel, Lauve ⁽²¹⁾	Atributos e consequentes

continua...

...continuação

Definição	Autoria	Variáveis
Comportamento destrutivo no ambiente médico é definido como aquele que interfere no cuidado ao paciente ou que pode razoavelmente ser esperado para interferir no processo de prestação de cuidados de qualidade.	Leape; Fromson Rosenstein ⁽²²⁾	Consequentes
Um médico destrutivo é alguém que mina a prática da moral, aumenta a rotatividade na prática ou organização, tira o foco de atividades produtivas, aumenta o risco de prática inefetiva ou pobre, intimidada ou ameaça causar dano aos outros, e desproporcionalmente causa estresse para os outros no ambiente de trabalho.	Pfifferling ⁽²³⁾	Consequentes
Comportamento destrutivo foi definido por incluir explosões de raiva, grosseria ou ataques verbais; ameaças físicas; intimidação; não cumprimento das políticas existentes; assédio sexual; ordens idiossincráticas, inconsistentes ou passivo-agressivas; comentários humilhantes sobre a organização; e destruição da função regular da equipe de saúde.	Veltman ⁽²⁴⁾	Atributos
Qualquer comportamento que cria um ambiente de trabalho hostil.	OR Manager ⁽²⁵⁾	Consequentes
Forma de prejuízo médico que tem se tornado um foco de atenção na saúde pública devido ao seu impacto destrutivo na equipe hospitalar, nas instituições e no cuidado ao paciente.	Samenow, Swiggart, Spickard ⁽²⁶⁾	Consequentes
É a causa raiz da cultura disfuncional que permeia o cuidado à saúde, que dificulta o progresso em segurança e que também é produto daquela cultura.	Hickson, Pickert ⁽²⁷⁾	Consequentes
Qualquer tipo de interação interpessoal que pode levar a um cuidado inadequado ao paciente e impacta negativamente na habilidade da organização de operar de uma forma ordenada para cumprir sua missão.	Piper ⁽²⁸⁾	Consequentes
Pode ser definido de diversas formas. São tradicionalmente vistos como comportamento destrutivo: blasfêmia; jogar objetos; atraso crônico ou recusa em seguir políticas; comportamento passivo-agressivo, como cair no sono em reuniões ou não participar na discussão.	Rawson et al. ⁽²⁹⁾	Atributos
É uma forma de prejuízo médico que pode aumentar o risco de erros médicos, prejudicar programas de retenção de enfermeiros, e às vezes destruir a operação do hospital.	Gallup ⁽³⁰⁾	Consequentes
É um problema impregnado e intratável que mina a cultura de segurança para pacientes e médicos. Esses comportamentos reduzem o trabalho em equipe e a comunicação, prejudicam pacientes, equipe e a organização pela destruição da confiança, do respeito mútuo, e coleguismo.	Walrath; Dang; Nyberg ⁽³⁾	Consequentes
Bullying, incivildade e seus comportamentos destrutivos associados são forças destrutivas e insidiosas com consequências negativas que requerem identificação e intervenção em nível individual e organizacional.	Felblinger ⁽³¹⁾	Atributos e Consequentes

Por fim, realizou-se a escolha de uma definição do conceito a ser trabalhada. Assim, considerando-se as definições citadas, optou-se por adotar a definição considerada mais clara e abrangente, por abordar não somente a manifestação do comportamento destrutivo e seus exemplos, mas também as consequências para pacientes, equipe e organização⁽¹⁶⁾. Desse modo, a definição operacional de comportamento destrutivo adotada na fase de campo foi a seguinte: qualquer comportamento inapropriado, confronto ou conflito – variando desde o abuso verbal (comportamentos abusivos, intimidantes, desrespeitosos, ameaçadores) ao assédio físico ou sexual – que pode impactar negativamente nas relações de trabalho, na eficácia da comunicação, na transferência de informações, e no processo e resultados do atendimento.

Esta definição foi utilizada durante as entrevistas com enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, com o intuito de levantar esta problemática no contexto de trabalho desses profissionais e selecionar um caso modelo, descrito na Fase de Campo, cujos resultados serão apresentados *a posteriori*.

DISCUSSÃO

Esta análise conceitual permitiu identificar que, em nítido contraste ao trabalho honesto e respeitoso centrado no paciente, está o trabalhador de saúde que adota um comportamento destrutivo, preocupado principalmente em afirmar a sua própria vontade. Estes indivíduos buscam levar a melhor não pela lógica de seus argumentos, mas por seu comportamento arrogante⁽³²⁾. Infelizmente, os vários estudos analisados mostraram que o comportamento destrutivo é comum no contexto hospitalar.

No que diz respeito aos atributos, verificou-se que a maior parte das condutas características de comportamento destrutivo esteve concentrada nas categorias Violência Psicológica e Incivildade, o que também foi encontrado em outras pesquisas⁽³³⁻³⁴⁾.

Analisando as experiências de enfermeiras assistenciais com comportamento destrutivo nos EUA, pesquisadores encontraram a ocorrência deste comportamento em todos os contextos de prática e entre uma grande variedade de profissionais de saúde. Um total de 168 comportamentos destrutivos diferentes foram identificados e, em seguida, sintetizados em 21 categorias. Dentro destas categorias, três temas ou padrões de comportamento destrutivo surgiram: incivildade, agressão psicológica e violência⁽³⁴⁾. Tais padrões foram os mesmos trabalhados neste estudo.

Para os autores, estes conceitos estão assim descritos: a incivildade no ambiente de trabalho é um comportamento desviante de baixa intensidade, que viola normas do ambiente de trabalho para o respeito mútuo, podendo ou não ter a intenção de prejudicar o alvo, não ameaça fisicamente o alvo, e pode transcender a hierarquia organizacional; agressão psicológica diz respeito a comportamentos ativos ou passivos que intencionalmente infligem danos psicológicos ao alvo, como fofocas, intimidação e comportamento

passivo-agressivo; e a violência abrange formas físicas, ativas e diretas de comportamento agressivo⁽³⁴⁾.

Diante das considerações apresentadas sobre os atributos do comportamento destrutivo, esta análise inicial possibilitou reconhecer como este comportamento se apresenta no ambiente de trabalho em saúde, e incluir as condutas mais características dentro de cada atributo evidenciado: incivilidade, violência psicológica e violência física/sexual.

É imprescindível enfatizar que os padrões de comportamento destrutivos, nesta análise de conceito, podem permitir melhor compreensão de suas manifestações nos três tipos, os quais devem ser abordados de forma distinta por parte das lideranças dos serviços, e associados a uma série de elementos essenciais e fatores relacionados, ou seja, de seus antecedentes.

No que se refere aos antecedentes, observou-se uma predominância de antecedentes intrapessoais, considerados traços ou condições que envolvem o indivíduo, tais como características pessoais, falta de competência, ou fadiga. Envolvem personalidades controladoras e agressivas, que inibem a comunicação efetiva⁽³⁴⁾.

Dentre os antecedentes intrapessoais, houve maior número de artigos que abordaram o crescente estresse, as situações críticas vivenciadas no ambiente de cuidados de saúde, a ansiedade, a fadiga e a depressão como as principais causas relacionadas ao indivíduo que adota um comportamento destrutivo no trabalho. Além destes, preponderaram as características ou desordens de personalidade dos indivíduos destrutivos, que podem incluir desde posturas defensivas, como incapacidade de enfrentar os outros ou assumir intenções negativas⁽⁸⁾ a desordens de personalidade, problemas psicológicos e narcisismo.

Em seguida foram destaques os antecedentes organizacionais, que se referem a sistemas, processos, cultura ou clima que inibem as interações ou o trabalho. A ameaça organizacional mais frequentemente identificada tem sido a elevada pressão da carga de trabalho, o volume e a demanda de pacientes, além dos problemas sistêmicos não resolvidos^(3,34).

O problema é ainda maior nas áreas ou especialidades de alta tensão. Estudiosos do assunto afirmaram que os eventos destrutivos são mais fáceis de ocorrer em áreas ou especialidades de elevada intensidade, considerados ambientes de cuidado estressantes, tais como centro cirúrgico e emergência^(19-20,35); unidades de terapia intensiva; e especialidades como cirurgia geral, cardiologia, neurocirurgia e ortopedia⁽³⁶⁾.

Por último, destacaram-se os antecedentes interpessoais, que envolvem relações entre duas pessoas. O uso do *status* para controlar outros é um exemplo⁽³⁴⁾, mas se destacaram a comunicação ineficaz e as divergências de opiniões e pensamentos, que geram conflitos entre os colegas de trabalho.

A má comunicação pode levar a conflitos de personalidade, os quais resultam em comportamento destrutivo. Ou seja, a falta geral de habilidades de comunicação efetiva pode influenciar os demais antecedentes do

comportamento destrutivo, sendo, portanto, considerada um dos mais importantes fatores associados⁽⁸⁾.

Outros antecedentes interpessoais incluíram as críticas constantes entre profissionais de saúde, o que torna o ambiente da prática improdutivo⁽³⁷⁾; além de valores sociais e culturais conflitantes⁽³⁸⁾ e da diversidade da equipe⁽³⁹⁾. Cabe destacar que a ansiedade intrapessoal aumenta a tensão interpessoal e leva a comportamento destrutivo dentro das organizações⁽⁴⁰⁾.

Quanto aos consequentes do comportamento destrutivo, destacaram-se as repercussões para o trabalhador e a equipe de saúde. No que diz respeito ao sofrimento moral e psíquico, estudo com 1.500 trabalhadores de saúde e administradores de 50 hospitais, nos EUA, encontrou o comportamento destrutivo como fator contribuinte para o aumento do estresse no trabalho e *Burnout*, além de influenciar fortemente a satisfação no trabalho das enfermeiras e as decisões de deixar a profissão⁽¹⁸⁾.

Um ambiente de trabalho hostil reduz a moral, cria insegurança, e é uma das causas de *Burnout*. Além disso, gera ansiedade e depressão e leva os indivíduos a se concentrarem internamente, acentuando a autoabsorção e diminuindo a empatia e a disposição para cooperar. Além da raiva, humilhação, vergonha e frustração que qualquer um sente como resultado de um tratamento humilhante, os que ainda estão em processo de formação podem experimentar sentimentos de insegurança e perda de autoestima^(31,35).

Ressalta-se que qualquer desafio emocional durante a vida de trabalho tem um impacto potencialmente negativo sobre o desempenho, as ações, a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, sobre a segurança do paciente⁽⁴¹⁾.

Desse modo, este conseqüente pode ser considerado o mais relevante na análise das repercussões do comportamento destrutivo no trabalho em saúde. Considera-se que o sofrimento moral e psíquico tem forte impacto nos demais consequentes, formando o círculo vicioso dos fatores envolvidos no surgimento e nas repercussões dos comportamentos destrutivos na vida e no trabalho dos profissionais de saúde.

Pode-se afirmar que o impacto gerado sobre a moral e o estado emocional dos trabalhadores é fator determinante para o esgotamento profissional e para a maior parte dos resultados adversos nos serviços de saúde, para as manifestações de insatisfação e de hostilidade, para a busca por novos empregos e até para o abandono da profissão.

No entanto, em muitos casos os enfermeiros permanecem na categoria, vivenciando esses problemas com frequência, mas pouco denunciando ou comentando a respeito com seus pares ou gerentes. Casos de abandono da profissão são mais comuns entre enfermeiros norte-americanos, conforme evidenciado nos estudos dessa fase teórica.

As conseqüências do comportamento destrutivo para o paciente também foram preponderantes nesta revisão, majoritariamente referidas nos estudos analisados e encontradas em 88 citações. Neste escopo, o comprometimento da segurança do paciente mais relatado tem sido o

aumento da ocorrência de erros médicos, que contribuem para a menor satisfação do paciente e outros resultados adversos evitáveis⁽⁴²⁾.

Em estudo, mais de 20% dos profissionais de saúde observaram dano real a pacientes como resultado de um comportamento desrespeitoso e abusivo entre médicos e funcionários. Estatisticamente, a cada ano, 1 em cada 20 pacientes internados em hospitais receberá uma medicação errada, 3,5 milhões terão uma infecção de alguém que não lavou as mãos ou não tomou outras precauções apropriadas, e milhares morrerão por causa de erros cometidos enquanto estiverem no hospital⁽⁴³⁾.

Destes trabalhadores negligentes, imprudentes ou que não cumprem as políticas e os protocolos organizacionais, destacam-se os médicos, enfermeiros e demais membros da equipe de saúde que adotam comportamentos destrutivos. Um autor⁽²³⁾ aponta os motivos pelos quais o comportamento destrutivo aumenta o risco de cuidados ineficazes ou abaixo do padrão:

a) O trabalho colaborativo necessário é diminuído, o que prejudica os pacientes, especialmente ao lidar com casos complexos que exigem comunicação respeitosa;

b) Erros aumentam por causa da ansiedade em torno de comentários hiper-críticos;

c) Outros profissionais de saúde se recusam a trabalhar com os pacientes do médico destrutivo: sua contribuição é perdida;

d) Desaparecimento cognitivo (funcionários estão fisicamente lá, mas não estão presentes) aumenta devido ao médico destrutivo.

O comportamento destrutivo é uma ameaça à segurança do paciente, pois pode ter efeitos negativos tanto imediatos como de longo prazo sobre a vítima. Esta experimenta uma mistura de sentimentos intensos: medo, raiva, vergonha, confusão, incerteza, isolamento, insegurança, frustração e depressão. Estes sentimentos afetam significativamente a capacidade da pessoa de pensar claramente e, conseqüentemente, de cometer um erro na tomada de decisões ou desempenho mais provável. Além disso, a intimidação pode estimular uma pessoa a cometer um ato inseguro⁽³⁵⁾.

As conseqüências têm efeito rebote. Erros médicos podem resultar de comportamento destrutivo, o que leva a falhas de comunicação na equipe de cuidados ao paciente e novas ocorrências de erros⁽⁴⁴⁾.

A frequência e sutileza dos comportamentos insidiosos resultam em destruição contínua do cuidado ao paciente e das interações da equipe em todos os níveis do sistema⁽⁴⁵⁾.

Finalmente, no que tange às definições do conceito identificadas (Quadro 1), foi observada uma ênfase às conseqüências do comportamento destrutivo para pacientes, equipe e organização. No entanto, os atributos, que configuram características essenciais do comportamento, não foram abordados de forma consistente.

Assim, selecionou-se, inicialmente, uma definição mais ampla e, ao mesmo tempo, característica do comportamento destrutivo no trabalho em saúde, para que,

ao longo da fase empírica, fosse possível abordar o problema com os trabalhadores e tentar reunir informações relevantes favoráveis ao refinamento deste conceito na etapa final.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa analisou o conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde, mediante revisão integrativa da literatura, o que permitiu evidenciá-lo como um problema real vivenciado pelos trabalhadores de saúde no contexto hospitalar.

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

Como antecedentes deste comportamento, sobressaem-se os intrapessoais (estresse/situações críticas, ansiedade, fadiga e depressão; características/traços de personalidade; falta de competência, de autonomia e de inteligência emocional no trabalho; crenças e valores pessoais arraigados), seguidos dos organizacionais (problemas sistêmicos não resolvidos e sobrecarga de trabalho).

Como conseqüentes, são preponderantes aqueles voltados para o trabalhador/equipe e para o paciente. Destacam-se o sofrimento moral e psíquico; o rompimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe; os prejuízos laborais; a hostilidade no ambiente de trabalho; a insatisfação, a diminuição da moral e do engajamento no trabalho; o comprometimento da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados; e os custos com processos legais, recrutamento de novos profissionais e tratamento de eventos adversos.

Assim, urge a necessidade de uma chamada para a ação por parte de líderes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, cuja atenção seja direcionada, inicialmente, a aumentar a consciência dos profissionais sobre o comportamento destrutivo; garantir uma comunicação interprofissional aberta e efetiva; e estabelecer as bases para o trabalho em equipe, a colaboração e a corresponsabilização pela assistência segura.

Faz-se necessário, ainda, que os hospitais elaborem políticas de conduta ética, as quais estabeleçam a diferença entre comportamentos desejáveis e indesejáveis, e que todos os trabalhadores consigam falar sobre o assunto sem medo de retaliação ou punição. Pois a cultura de respeito mútuo favorece as comunicações horizontais, o estabelecimento de vínculo e a valorização do ambiente de trabalho saudável.

RESUMO

Objetivo: Analisar o conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde. **Método:** Revisão integrativa realizada na fase teórica de pesquisa qualitativa fundamentada pelo referencial teórico-metodológico do Modelo Híbrido de Análise de Conceitos. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados CINAHL, LILACS, PsycINFO, PubMed e SciVerse Scopus, em 2013. **Resultados:** 70 artigos científicos responderam à questão norteadora e atenderam aos critérios de inclusão, permitindo evidenciar os atributos do comportamento destrutivo: incivildade, violência psicológica e violência física/sexual; seus principais antecedentes (intrapessoais, interpessoais e organizacionais): características de personalidade, estresse e sobrecarga de trabalho; e consequentes: sofrimento moral/psíquico dos trabalhadores, comprometimento da segurança do paciente, prejuízos laborais, rompimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe. **Conclusão:** A análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde evidenciou, em sua fase teórica, um constructo que abrange diferentes condutas desrespeitosas adotadas por trabalhadores de saúde no contexto hospitalar, merecendo atenção de lideranças da área para maior reconhecimento e manejo adequado dos casos e suas consequências.

DESCRITORES

Pessoal de Saúde; Comportamento Social; Relações Interpessoais; Formação de Conceito; Segurança do Paciente; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el concepto comportamiento destructivo en el trabajo sanitario. **Método:** Revisión integrativa realizada en la fase teórica de investigación cualitativa fundamentada por el marco de referencia teórico-metodológico del Modelo Híbrido de Análisis de Conceptos. La búsqueda de artículos fue realizada en las bases de datos CINAHL, LILACS, PsycINFO, PubMed y SciVerse Scopus, en 2013. **Resultados:** 70 artículos científicos respondieron a la cuestión orientadora y atendieron los criterios de inclusión, permitiendo evidenciar los atributos del comportamiento destructivo: incivildad, violencia psicológica y violencia física/sexual; sus principales antecedentes (intrapersonales, interpersonales y organizativos): características de personalidad, estrés y sobrecarga laboral; y consecuentes: sufrimiento moral/psíquico de los trabajadores, compromiso de la seguridad del paciente, perjuicios laborales, rompimiento de la comunicación, la colaboración y el trabajo en equipo. **Conclusión:** El análisis del concepto comportamiento destructivo en el trabajo en salud evidenció, en su fase teórica, un constructo que abarca diferentes conductas que presentan la falta de respeto adoptadas por trabajadores de salud en el marco hospitalario, mereciendo atención de liderazgos del área para mayor reconocimiento y manejo adecuado de los casos y sus consecuencias.

DESCRIPTORES

Personal de Salud; Conducta Social; Relaciones Interpersonales; Formación de Concepto; Seguridad del Paciente; Revisión.

REFERÊNCIAS

- Oliveira RM, Leitao IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2013 Nov 10];49(1):104-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v49n1/0080-6234-reusp-49-01-0104.pdf>
- Carayon P, Wetterneck TB, Rivera-Rodriguez AJ, Hundt AS, Hoonakker P, Holden R, et al. Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Appl Ergon*. 2014;45(1):14-25.
- Walrath JM, Dang D, Nyberg D. An organizational assessment of disruptive clinician behavior: findings and implications. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(2):110-21.
- Jericho BG, Mayer D, McDonald T. Disruptive behaviors in healthcare. *J Anesthesiol* [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 10];28(2). Available from: <http://ispub.com/IJA/28/2/12689>
- Clark CM, Ahten SM, Macy R. Using problem-based learning scenarios to prepare nursing students to address incivility. *Clin Simul Nurs*. 2013;9(3):75-83.
- Grogan MJ, Knechtges P. The disruptive physician: a legal perspective. *Acad Radiol*. 2013;20(9):1069-73.
- Hutchinson M, Jackson D. Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed-methods systematic review. *BMC Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 20];12:25. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/25>
- Lux KM, Hutcheson JB, Peden AR. Ending disruptive behavior: staff nurse recommendations to nurse educators. *Nurse Educ Pract*. 2013;14(1):37-42.
- Budin WC, Brewer CS, Chao YY, Kovner C. Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(3):308-16.
- Dimarino TJ. Eliminating lateral violence in the ambulatory setting: one center's strategies. *AORN J*. 2011;93(5):583-8.
- Schwartz-Barcott D, Kim HS. An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In: Rodgers BL, Knafel KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. 2nd ed. New York: W. B. Saunders; 2000. p. 129-59.
- Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
- American Medical Association. AMA Code of Medical Ethics. Opinion 9.045 - Physicians with disruptive behavior [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 17]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion9045.page>
- American Medical Association. Model Medical Staff Code of Conduct [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 17]. Available from: <http://www.ismanet.org/pdf/news/medicalstaffcodeofconduct.pdf>
- American Medical Association. CEJA Reports. Reports 1-I-09 - Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 17]. Available from: <http://policymed.typepad.com/files/ceja-report-on-cme-2-i-09.pdf>
- Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs*. 2002;102(6):26-34.

17. Rosenstein AH. Managing disruptive behaviors in the health care setting: focus on obstetrics services. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(3):187-92.
18. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs.* 2005;105(1):54-64.
19. Rosenstein AH, O'Daniel M. Managing disruptive physician behavior impact on staff relationships and patient care. *Neurology.* 2008;70(17):1564-70.
20. Rosenstein AH, Naylor B. Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *J Emerg Med.* 2012;43(1):139-48.
21. Rosenstein AH, Russell H, Lauve R. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage: study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession. *Physician Exec.* 2002;28(6):8-11.
22. Leape LL, Fromson JA. Problem doctors: is there a system-level solution? *Ann Intern Med.* 2006;144(2):107-15.
23. Pffiferling JH. Physicians' "disruptive" behavior: consequences for medical quality and safety. *Am J Med Qual.* 2008;23(3):165-7.
24. Veltman LL. Disruptive behavior in obstetrics: a hidden threat to patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):587.e1-4.
25. Making disruptive behavior policy real. *OR Manager.* 2005;21(3):24, 27.
26. Samenow CP, Swiggart W, Spickard A Jr. A CME course aimed at addressing disruptive physician behavior. *Physician Exec.* 2008;34(1):32-40.
27. Hickson G, Pichert J. One step in promoting patient safety: addressing disruptive behavior. *Physician Insurer.* Fourth Quarter; 2010. p. 40-3.
28. Piper LE. Addressing the phenomenon of disruptive physician behavior. *Health Care Manag (Frederick).* 2003;22(4):335-9.
29. Rawson JV, Thompson N, Sostre G, Deitte L. The cost of disruptive and unprofessional behaviors in health care. *Acad Radiol.* 2013;20(9):1074-6.
30. Gallup DG. The disruptive physician: myth of reality. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(2):543-46.
31. Felblinger DM. Bullying, incivility, and disruptive behaviors in the healthcare setting: identification, impact, and intervention. *Front Health Serv Manage.* 2009;25(4):13-23.
32. Gluck PA. Physician leadership: essential in creating a culture of safety. *Clin Obstet Gynecol.* 2010;53(3):473-81.
33. Kaplan K, Mestel P, Feldman DL. Creating a culture of mutual respect. *AORN J.* 2010;91(4):495-510.
34. Walrath JM, Dang D, Nyberg D. Hospital RNs' experiences with disruptive behavior: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2010;25(2):105-16.
35. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med.* 2012;87(7):845-52.
36. Brewer CS, Kovner CT, Obeidat RF, Budin WC. Positive work environments of early-career registered nurses and the correlation with physician verbal abuse. *Nurs Outlook* 2013;61(6):408-16.
37. Hickson GB, Pichert JW, Webb LE, Gabbe SG. A complementary approach to promoting professionalism: identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Acad Med.* 2007;82(11):1040-8.
38. Wlody GS. Nursing management and organizational ethics in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2007;35(2):29-35.
39. Rosenstein AH. Addressing disruptive behaviors in the organizational setting: the win-win approach. *J Med Pract Manage.* 2012;28(6):348-50.
40. Thomas M, Hynes C. The darker side of groups. *J Nurs Manag.* 2007;15(4):375-85.
41. Littlejohn, P. The missing link: using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in our nursing and other health care professions. *J Prof Nurs.* 2012;28(6):360-8.
42. Brown SD, Goske MJ, Johnson CM. Beyond substance abuse: stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *J Am Coll Radiol.* 2009;6(7):479-85.
43. Grenny J. Crucial conversations: the most potent force for eliminating disruptive behavior. *Crit Care Nurs Q.* 2009;32(1):58-61.
44. Gray RW. Disruptive behavior now a sentinel event: pt. I. *Tenn Med.* 2009;102(2):34.
45. Zimmerman T, Amori G. The silent organizational pathology of insidious intimidation. *J Healthc Risk Manag.* 2011;30(3):5-15.