



ARTÍCULO ORIGINAL

Incivilidad entre el equipo en unidades de emergencia intrahospitalaria: una perspectiva de profesionales de enfermería

Incivility among the team in intrahospital emergency units: a perspective of nursing professionals

Incivilidade entre a equipe em unidades de emergência intra-hospitalar: uma perspectiva de profissionais de enfermagem

Felipe Cassimiro Cabral da Silva ¹  **Salma Dulce Custódia de Souza** ¹  **Ligia Beatriz de Souza Muro** ¹  **Rogerio Silva Lima** ^{1a} 

¹ Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Brasil 

^a Autor de correspondencia: rogerio.lima@unifal-mg.edu.br 

Como citar: da Silva FCC, de Souza SDC, Muro LBS, Lima RS. Incivilidad entre el equipo en unidades de emergencia intrahospitalaria: una perspectiva de profesionales de enfermería. Rev. chil. enferm. 2025;7:79642. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2025.79642>

Fecha de recepción: 7 de julio de 2025
 Fecha de aceptación: 23 de diciembre de 2025
 Fecha de publicación: 30 de diciembre de 2025

Editores: María Angelica Saldias 
 Felipe Machuca-Contreras 

RESUMEN

Introducción: El entorno de emergencia hospitalaria se caracteriza por situaciones críticas, alta demanda técnica y necesidad de respuestas rápidas, lo que lo hace susceptible a episodios de incivilidad entre los miembros del equipo. **Objetivo:** Comprender las vivencias de enfermeros sobre la incivilidad en contexto de atención de emergencias intrahospitalarias e identificar las estrategias de afrontamiento adoptadas por estos profesionales. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo, de diseño exploratorio y enfoque construcciónista, realizada con 18 enfermeros que trabajaron en atención de emergencia a lo largo de su carrera. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron según el Análisis Temático Reflexivo. El proyecto de investigación fue sometido a la evaluación del Comité de Ética en Investigación, obteniendo la aprobación. **Resultados:** Se evidenció dos grandes temas, titulados “La incivilidad en la emergencia: la paradoja entre las exigencias de la atención y la inexperiencia de los profesionales” y “El sufrimiento psicológico del enfermero: el movimiento personal de afrontamiento ante el silencio organizacional”, con el subtema “Por qué las instituciones callan: el papel de la jerarquía en el mantenimiento del



comportamiento incivil". **Conclusiones:** La incivilidad se mostró naturalizada en muchos escenarios, con ausencia de acciones institucionales efectivas para frenar estas prácticas. La rigidez jerárquica y el protecciónismo fueron identificados como obstáculos para la denuncia y resolución de estos conflictos.

Palabras clave: Incivilidad; Problemas Sociales; Urgencias Médicas; Enfermería; Investigación Cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: The hospital emergency environment is characterized by critical situations, high technical demands, and the need for rapid responses, which makes it susceptible to episodes of incivility among team members. **Objective:** Understanding nurses' experiences of incivility in the context of in-hospital emergency care and identifying the coping strategies adopted by these professionals. **Methodology:** This is a qualitative study with an exploratory design and a constructionist approach conducted with 18 nurses who have worked in emergency care throughout their careers. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to Reflective Thematic Analysis. The research project was submitted for evaluation by the Research Ethics Committee, obtaining. **Results:** Two major themes were constructed, entitled "Incivility in the emergency room: the paradox between the demands of care and the inexperience of professionals" and "The psychological suffering of nurses: the personal coping movement in the face of organizational silence," with the sub-theme "Why institutions remain silent: the role of hierarchy in maintaining uncivil behavior." **Conclusion:** Incivility was found to be normalized in many settings, with a lack of effective institutional actions to curb these practices. Hierarchical rigidity and protectionism were identified as obstacles to reporting and resolving these conflicts.

Keywords: Incivility; Social Problems; Emergencies; Nursing; Qualitative Research.

RESUMO

Introdução: O ambiente de emergência hospitalar é caracterizado por situações críticas, alta demanda técnica e necessidade de respostas rápidas, o que o torna suscetível a episódios de incivilidade entre os membros da equipe. **Objetivo:** Compreender as experiências de incivilidade vivenciadas por enfermeiros no contexto do atendimento de emergência hospitalar e identificar as estratégias de enfrentamento adotadas por esses profissionais. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória com enfoque construcionista, realizada com 18 enfermeiros que atuaram em atendimento de emergência ao longo da carreira. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo a Análise Temática Reflexiva. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo aprovação. **Resultados:** Evidenciaram-se dois grandes temas, intitulados "A incivilidade na emergência: o paradoxo entre as exigências do cuidado e a inexperience dos profissionais" e "O sofrimento psíquico do enfermeiro: o movimento pessoal de enfrentamento diante do silêncio organizacional", com o subtema "Por que as instituições se calam: o papel da hierarquia na manutenção do comportamento incivil". **Conclusão:** A incivilidade se mostrou naturalizada em muitos cenários, com ausência de ações institucionais efetivas para coibir essas práticas. A rigidez hierárquica e o protecionismo foram identificados como obstáculos para a denúncia e resolução desses conflitos.

Palavras-chave: Incivilidade; Problemas Sociais; Emergências; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

INTRODUCCIÓN

El servicio de urgencia y emergencia es una de las principales puertas de entrada para la atención hospitalaria.¹ Representa una unidad hospitalaria fundamental para el mantenimiento del bienestar de la población, a través del tratamiento de condiciones críticas y del seguimiento de la salud, garantizando una atención inmediata y resolutiva por parte de equipos capacitados para la asistencia en situaciones que requieren una toma de decisiones rápida y adecuada.²

La naturaleza del trabajo desarrollado en este sector implica la necesidad trabajo interprofesional con una comunicación efectiva con otros equipos de salud hospitalarios. De esta manera, estas interacciones representan un recurso indispensable para la estructuración de la atención.³ De hecho, la atención interprofesional es una estrategia que contribuye a una asistencia de calidad y proporciona mejores resultados en la atención en salud,^{4,5,6} pues existe un diálogo y objetivo comunes y la búsqueda por la integralidad de la atención.

En este sentido, tratándose de un área de gran imprevisibilidad y de situaciones generadoras de agentes estresores, la emergencia es un escenario laboral donde el diálogo saludable y la civilidad en las relaciones profesionales se vuelven imprescindibles. Por lo tanto, es necesario que el trabajo en equipo en este espacio se fundamente en la comunicación armoniosa y esté centrada en el paciente.⁷

Lamentablemente, se reconoce que el trabajo en salud no siempre se basa en relaciones laborales apropiadas. Las relaciones que se alejan de las buenas prácticas, como cualquier forma de comportamiento intimidante, pueden ser caracterizadas como incivilidad.^{7,8}

En un estudio realizado sobre la incivilidad en el trabajo de enfermería, se observó que los enfermeros que son blanco de comportamientos incíviles tienden a volverse menos creativos, con una consecuente disminución en la calidad y el esfuerzo en el trabajo. Adicionalmente, se incrementa la incidencia de ausentismo, del síndrome de Burnout y de la rotación laboral.^{7,9,10}

También es posible relacionar una mayor incidencia de errores médicos con la incivilidad, debido a una comunicación ineficaz y al establecimiento de un ambiente laboral adverso. Además, puede afirmarse que la inestabilidad emocional del equipo genera un aumento del estrés en el paciente y empeora su adhesión al tratamiento, a causa de la desconfianza y del miedo a que la asistencia ofrecida por los profesionales sea incorrecta.¹⁰⁻¹²

Las consecuencias de la incivilidad también se extienden a los profesionales que experimentan este tipo de trato en los servicios de salud, lo cual la convierte en un importante factor estresante que, sumado a otros elementos presentes en la atención de emergencia – como la complejidad de los casos y la carga laboral, por ejemplo, afecta negativamente la salud mental y psicológica del profesional.¹¹⁻¹³

Con base en estos señalamientos, se asumen como objetivos comprender las vivencias de enfermeros sobre la incivilidad en contexto de atención de emergencias intrahospitalarias e identificar las estrategias de afrontamiento adoptadas por estos profesionales. Por lo tanto, se tiene como propósito fomentar estrategias de gestión que mejoren la asistencia en emergencias y reduzcan la incivilidad.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio cualitativo, de diseño exploratorio y enfoque construcciónista. Este diseño permite el acceso a fenómenos de base subjetiva, como opiniones, creencias y vivencias.¹⁴ Como guía referencial metodológico y ejecución del estudio, se utilizó el *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).^{15, 16}

Participantes, criterios de inclusión y exclusión

Profesionales de enfermería que vivenciaron atenciones de emergencia intrahospitalaria, así como situaciones de incivilidad ocurridas durante dichas atenciones a lo largo de su trayectoria profesional, independientemente del sector hospitalario en que hayan ocurrido. Dichas situaciones fueron auto informadas por los participantes, es decir, percibidas por ellos como manifestaciones de incivilidad, sin considerar la frecuencia de exposición. No se incluyeron enfermeros que hayan ejercido la profesión exclusivamente en sectores administrativos de esas unidades.

Relación con los participantes

Las entrevistas fueron realizadas por FCS y SCS, en el contexto de un trabajo final de grado supervisado por RSL. Los investigadores recibieron capacitación en la técnica de recolección de datos mediante entrevistas. No existía una relación de proximidad previa entre los entrevistadores y los participantes.

Proceso de recolección de datos y aspectos éticos

Las entrevistas fueron realizadas en el entorno virtual *Google Meet*. Para acceder a los participantes, se utilizó la técnica *snowball* (bola de nieve), la cual facilita la recolección de datos en investigaciones sobre temas sensibles, al minimizar prejuicios y mantener la privacidad y confidencialidad de los participantes.¹⁷ Dado que se trató de un estudio con muestreo por conveniencia y contactos establecidos a través de redes sociales, no fue posible estimar a priori el tamaño de la muestra, ya que este se definió de manera progresiva durante el proceso de invitación y recolección de datos. El enlace se enviaba al correo personal del participante, junto con el Formulario de Consentimiento Informado. Una vez obtenido el consentimiento, se iniciaba la entrevista en un lugar privativo a elección del participante, garantizando así la privacidad y la fluidez del diálogo. Al finalizar, se solicitaba al participante la indicación de otro profesional que pudiera formar parte del estudio. Durante el período de recolección fueron contactados 40 profesionales: 18 respondieron al primer contacto y aceptaron participar, mientras que 22 manifestaron no tener interés o no respondieron a los mensajes posteriores. En total, participaron 18 enfermeros en el estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de noviembre de 2024 y marzo de 2025. El primer contacto se realizó mediante una invitación publicada en las redes sociales de los propios investigadores. Aquellos participantes que manifestaban interés tenían una entrevista agendada en la plataforma virtual. No se adoptó como criterio para la composición de la muestra el concepto de saturación de datos, ya que, según las autoras Braun y Clarke¹⁶, este concepto no siempre se ajusta a los diversos paradigmas de la investigación cualitativa.

El proyecto de investigación fue sometido a la evaluación del Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad, obteniendo la aprobación con el dictamen número 7.107.505.

Técnica de recolección de datos

Se utilizó un guion semiestructurado compuesto por dos partes: la primera contenía datos para la caracterización social y profesional del participante, y la segunda incluía las preguntas orientadoras de la entrevista, cuyo objetivo era, a través del diálogo, acceder a las experiencias de los enfermeros sobre comportamientos incíviles dentro del equipo de salud durante las atenciones de emergencia en Tabla N°1.

Tabla N°1: Guion semiestructurado utilizado para las entrevistas.

Preguntas orientadoras
1. A lo largo de su trayectoria profesional como enfermero(a), ¿recuerda haber vivenciado algún comportamiento incivil entre los miembros del equipo durante una atención de emergencia?
2. ¿Cómo fue esa experiencia? ¿Podría detallar cómo ocurrió?
3. ¿Cómo manejó usted ese tipo de situación?
4. ¿Cómo fue la convivencia con los miembros del equipo en otras atenciones después de lo ocurrido?
5. Después de haber vivido esa situación, ¿cómo se siente usted?
6. ¿Tuvo que tomar alguna medida en su vida profesional o personal a raíz de este acontecimiento?

Fuente: Elaboración propia.

El guion fue sometido a un estudio piloto con dos enfermeros que cumplían los criterios de inclusión. Se observó que la primera pregunta se beneficiaría al añadir el término “entre los profesionales del equipo”, para delimitar el alcance de la narrativa exclusivamente a las relaciones dentro del equipo. Así, de las dos entrevistas realizadas como estudio piloto, una fue excluida, dado que el profesional orientó su relato únicamente a actos de incivilidad de pacientes hacia los profesionales de enfermería. La otra entrevista fue mantenida, aunque, incluso sin la adición del término, se centró exclusivamente en las relaciones entre el equipo, correspondiendo al objetivo del estudio.

Procesamiento de datos

Los audios fueron transcritos íntegramente por los investigadores, preservando el anonimato de los participantes, instituciones y profesionales mencionados a través de códigos (ENF) por parte de los investigadores, siguiendo el orden de las entrevistas. Las entrevistas duraron un promedio de 20 minutos. Tras la finalización, los investigadores descargaron las grabaciones en un equipo de uso exclusivo y privado, eliminando los registros virtuales. Se realizó una entrevista con cada participante y los resultados de las entrevistas no les fueron devueltos.

El análisis de los datos se realizó mediante el Análisis Temático Reflexivo (ATR). Este tipo de análisis es concebido como un método fundacional de la investigación cualitativa y puede favorecer la sistematización para el análisis de datos complejos. ATR prioriza la profundidad y la riqueza interpretativa, la coherencia interna de los temas y la reflexividad crítica¹⁸⁻²¹ lo que contribuyó a la comprensión de la realidad vivida por los profesionales, narrada en la investigación.

Se siguieron las seis fases propuestas por las autoras. Fase 1, se procedió a la familiarización con los datos mediante la transcripción y lectura del material, con el apoyo de la aplicación Google Collaboratory, versión gratuita. El material fue leído mientras se escuchaban las grabaciones para corregir eventuales errores del *software* y errores gramaticales propios del lenguaje hablado, manteniendo el contenido de las frases. Fase 2, correspondiente a la identificación de códigos, los investigadores organizaron el material de las entrevistas en una tabla con dos columnas, destacando fragmentos (extractos de datos) significativos para la investigación, numerándolos y analizándolos, considerando tanto la forma semántica, expresada en las palabras, como la forma latente, es decir, el significado implícito que presentaban. Fase 3, consistió en la elaboración de los temas, realizada de manera colaborativa por los investigadores y el tutor del estudio, quien posee experiencia en el método, agrupando códigos similares y considerando el conjunto de los datos. El proceso de elaboración de los temas fue facilitado por la elaboración del mapa temático. Fase 4, permitió la revisión de los temas, buscando estructurar la presentación de los mismos de forma que reflejara la narrativa extraída de las entrevistas. Fase 5, se nombraron los temas. Fase 6, se procedió a la redacción del informe de investigación, representando momentos finales integrados al análisis, según lo establece el paradigma de la investigación cualitativa.¹⁸⁻²¹

RESULTADOS

Participaron 18 enfermeros, en su mayoría mujeres (77,8%), con edades entre 30 y 50 años y al menos 2 años de experiencia en urgencias y emergencias. La mayoría tenía posgrado (94,4%), de los cuales el 22,2% contaba con maestría y el 11,1% con doctorado. Ver Tabla N°2.

Tabla N°2: Aspectos sociodemográficos de los participantes (n=18).

	n	%
Sexo		
Femenino	14	77,8
Masculino	4	22,2
Edad		
30 a 40 años	11	64,71
40 a 50 años	5	23,53
Experiencia en servicios de urgencia y emergencia		
≥ 2 años	18	100
Ejercicio profesional como enfermeros		
≥ 2 años	18	100
Formación		
Posgrado	17	94,4
Maestría	4	22,2
Doctorado	2	11,1

Fuente: Elaboración propia.

El análisis temático de los datos condujo a la construcción de dos temas: “La incivilidad en la emergencia: la paradoja entre las exigencias de la atención y la inexperiencia de los profesionales” y “El sufrimiento psicológico del enfermero: el proceso personal de afrontamiento frente al silencio organizacional”, siendo el segundo subdividido en un subtema: “Por qué las instituciones guardan silencio: el papel de la jerarquía en el mantenimiento del comportamiento incivil”.

Se pudo comprender que la incivilidad está presente en las relaciones profesionales en emergencia y que, como factores que potencian estas conductas, se encuentran la alta demanda de trabajo, falta de recursos y la mala distribución de profesionales en el servicio. De forma conjunta, se observó que la inexperiencia, falta de diálogo y desconocimiento entre colegas, son factores agravantes de los comportamientos incíviles durante las emergencias, según los entrevistados.

La incivilidad en la emergencia: la paradoja entre las exigencias de la atención y la inexperiencia de los profesionales

Destaca que la incivilidad se relaciona con el ambiente estresante, la alta demanda y la inexperiencia del profesional, ya sea el propio enfermero o algún otro miembro del equipo. El escenario de sobrecarga intensifica el desgaste emocional y contribuye a un ambiente de tensión permanente, como señalan los profesionales en la siguiente declaración:

“Dependemos mucho del tiempo de atención, de los recursos que a veces son escasos, hablo tanto de recursos materiales como incluso del espacio físico para realizar una atención. Y todo esto convierte al sector en un lugar extremadamente estresante.” (ENF7)

“De la situación en la que yo tenía que salir corriendo por todo el hospital buscando un ventilador, porque no tenía ventilador. Para ventilar al paciente, el paciente estaba con el ambú, desesperado. O una piececita que necesitábamos para realizar un procedimiento y no la encontrábamos en la central

de materiales. Entonces se generaba esa desesperación. Y esas situaciones van llevando a todos a un estado de estrés, se habla más alto, se quiere dar una respuesta cortante, lo que lleva a esas discusiones rápidas.” (ENF7)

En otro aspecto, la falta de preparación emocional, según los participantes, puede contribuir al aumento de las tensiones, resultando en conflictos y prácticas inciviles. Como mencionó uno de los entrevistados:

“En mi formación tuve simulaciones realistas para saber cómo atender emergencias, comportamiento ético y control emocional. Entonces, no solo somos preparados en la parte técnica, para conocer la fisiopatología, identificar el diagnóstico de enfermería, detectar una inestabilidad que se presenta, sino también en el aspecto conductual, [...].” (ENF5)

Cabe destacar que los episodios reportados estuvieron relacionados principalmente entre enfermeros, el equipo de enfermería y médicos, de manera que ningún otro profesional fue mencionado en las situaciones de incivilidad. Los enfermeros reportan situaciones de incivilidad provenientes de médicos recién graduados o con poca experiencia en los escenarios de emergencia. En muchas situaciones, el enfermero se convierte en blanco de descargas emocionales y actitudes inciviles, tal como relatan los entrevistados:

“Pero hemos presenciado que, cuando son recién graduados, a veces la adrenalina, el miedo, cómo decirlo, el miedo a lo peor, a no poder coordinar la urgencia en el momento, hace que a veces suban un poco el tono de voz, y a veces hagan prescripciones incorrectas, verbalmente erróneas.” (ENF3)

“No estaba logrando hacerlo, armó mal el ambú, lo tiró al suelo, dijo que esa porquería no funcionaba. Le dije que no había otro, que el ambú estaba mal armado y que si seguía gritándome a mí y al equipo, yo saldría de la sala de emergencias con el equipo y él intubaría al paciente solo.” (ENF16)

La incivilidad en las situaciones de emergencia también influye negativamente en la calidad de la atención al paciente. El estrés y la tensión culminan en comportamientos irrespetuosos entre los miembros del equipo, aumentando la probabilidad de errores en el proceso asistencial, tal como mencionan los entrevistados:

“Entonces, así, el equipo más o menos ya se acostumbraba. —¿Hoy a quién va a molestar?— Parecía que era algo cultural allí, ¿no? Y el miedo también, evitábamos situaciones en las que teníamos que tener contacto con ese profesional. Esto incluso perjudica la calidad de la asistencia, porque algunos detalles que queríamos resolver en ese turno los postergábamos, porque sabíamos que en el próximo turno sería más fácil tratar con el colega [...]” (ENF1)

“Y entonces, yo estuve así, caminando de un lado para otro todo el tiempo, hasta que ese coordinador me gritó muy feo. Me dijo que hasta ese momento había sido bueno conmigo, pero que iba a perder la paciencia. Que, si no lo obedecía, que hiciera lo que él mandaba. Esto afectó el cuidado con los pacientes; por ejemplo, tenía una paciente extremadamente grave. Muy inestable, pero en cuidados paliativos. Y él me hizo transferir a esa paciente a otra sala, y ella falleció en esa otra sala. Así que murió sola, sin familia, en un lugar donde nadie la conocía.” (ENF9)

El sufrimiento psicológico del enfermero: el proceso personal de afrontamiento frente al silencio organizacional

Reúne las percepciones de los profesionales acerca de las repercusiones de las experiencias de incivilidad en su salud y señala las acciones que los sujetos emprenden para enfrentar dichos acontecimientos. En muchos casos, los enfermeros parecen acostumbrarse gradualmente a las actitudes irrespetuosas dentro del equipo. Aunque los participantes indican que no están de acuerdo con las posturas inciviles, eligen no reaccionar por miedo a represalias y falta de apoyo.

“Cuando él se iba, los técnicos también le tenían miedo. Entonces, cuando él hacía su espectáculo y se iba, mis técnicos decían: ‘vaya, ese tipo es un bruto, ese tipo es un burro’. Pero nadie le contradecía directamente. Y lo peor para mí fue que en la sala roja había dos médicos de turno y ambos escuchaban. Y uno permaneció en silencio hasta el final. Dijo: ‘no me afecta, no tengo nada que ver con esto’.” (ENF9)

Sin embargo, se observa que la adopción de esta forma de afrontamiento no implica la ausencia de sufrimiento. Este tipo de defensa psíquica, aunque comprensible, también contribuye al deterioro emocional del profesional.

“Las personas, digamos, más oprimidas o que tienen menos capacidad de reacción, terminan enfermándose con más frecuencia [...] se van enfermando, se sienten molestas, insatisfechas con el ambiente laboral.” (ENF11)

“Una vez renuncié porque el médico lanzó una pinza, porque él preguntó algo y yo no escuché. Y él lanzó la pinza, gritó, ¡despierta! Es muy incómodo, es humillante.” (ENF11)

Se observó que algunos enfermeros adoptaron otras formas de protegerse de la incivilidad, que también denotan la evitación del conflicto, evitando el involucramiento con ciertos profesionales. Sin embargo, algunos emprendieron la estrategia de confrontación, como se desprende de los siguientes extractos:

“Y llegó un momento en que ya no pude más, no lo aguantaba, pero ese día casi pasó todo el turno. Y le dije, mira, no me hables más. Y lo que necesites, lo hablas con la persona de turno, porque esto ya no da más. O hablas con ella, o voy a llamar a otra persona, porque yo no voy a quedarme aquí más contigo.” (ENF9)

“Tuve que enfrentarme directamente, de la misma forma que él estaba siendo grosero, áspero y quería que yo aceptara esa decisión, me negué y me impuse, con el mismo tono de voz y al mismo tiempo aclarando por qué no estaba de acuerdo y no lo haría.” (ENF4)

Muchos enfermeros parecen desarrollar estrategias individuales para preservar su salud mental. Entre ellas, destacan el diálogo con colegas, el apoyo familiar, la espiritualidad y la búsqueda de acompañamiento psicológico.

“Quizás la mejor decisión que he tomado hasta hoy ha sido tener esa conciencia, como padre de familia, tener una niña pequeña, como cristiano tengo la conciencia de que necesito cuidarme, lo que significa estar bien conmigo mismo fuera del ambiente de trabajo.” (ENF8)

Por qué las instituciones guardan silencio: el papel de la jerarquía en el mantenimiento del comportamiento incivil

Llama la atención el hecho de que no se observan acciones institucionales para impedir los comportamientos incívicos, ni se describen acciones tomadas por los enfermeros que indiquen el apoyo de los servicios de salud para enfrentar dichas situaciones.

Un factor clave de este silencio institucional es la estructura jerárquica rígida, que inhibe la denuncia de la incivilidad, junto con la falta de una cultura organizacional que fomente la comunicación abierta y el respeto mutuo:

“La jefatura no quiere ese tipo de problema. Ya dejó claro que para él un buen enfermero es uno que no trae problemas.” (ENF11)

“En esos hospitales grandes, mira, tal médico te va a llamar tonta, te va a llamar incompetente, pero él trae cinco millones por mes al hospital. ¿Tú traes cinco millones por mes al hospital? ¿No? Entonces, por favor, no tomes en cuenta lo que dijo.” (ENF1)

DISCUSIÓN

En consonancia con otros estudios sobre el tema, esta investigación evidenció que la incivilidad es una práctica experimentada por los enfermeros en su ambiente laboral.^{22,11} Particularmente, estas situaciones se agravan cuando se trata de los sectores de urgencia y emergencia.⁹

Debido a la naturaleza del servicio, caracterizado por un ritmo acelerado, la necesidad de decisiones rápidas y situaciones críticas que requieren razonamiento clínico constante y la demanda de cuidados más complejos; se incrementa la carga laboral y, concomitantemente, el nivel de estrés y sobrecarga de servicio, llevando consecuentemente al aumento de la insatisfacción profesional por parte del enfermero.^{23,9} Estos factores, junto con la escasez de recursos y la presión por resultados inmediatos, hacen que el ambiente sea propicio para conflictos entre los miembros del equipo.²³

Las situaciones de emergencia poseen factores que potencian los episodios de incivilidad.⁹ Según la percepción de los enfermeros en este estudio, y en concordancia con otras investigaciones, la mala distribución de profesionales y la falta de recursos materiales para la asistencia adecuada impactan negativamente el cuidado y propician conflictos.^{12,24}

La subdotación de profesionales entre los turnos y sectores de emergencia compromete la calidad de la asistencia y eleva el riesgo de ocurrencia de incivilidad entre los miembros del equipo, además de sobrecargar a ciertos profesionales que, sin el debido soporte, manifiestan agotamiento. Esta configuración laboral puede reducir la tolerancia entre los profesionales y favorecer comportamientos hostiles, impaciencia y fallas en la comunicación, creando un ambiente propenso a la tensión y desarmonía.¹⁰

La falta de recursos materiales en los sectores de emergencia es otro factor que agrava el estrés de los profesionales y favorece comportamientos incíviles. Cuando hay escasez de materiales básicos, como medicamentos, equipos o insumos de protección individual, los profesionales enfrentan mayores dificultades para brindar una atención segura y de calidad.²⁵ Esto puede conducir a conflictos entre los miembros del equipo, que se culpan mutuamente por fallas en la asistencia al paciente.³ Por otro lado, la ausencia de una estructura adecuada compromete no solo la atención al paciente, sino también la salud mental del equipo.^{26,27}

Entre los resultados de esta investigación, destaca el hecho de que los enfermeros relacionaron la inexperience del profesional médico con las prácticas de actitudes incíviles. Los profesionales recién ingresados a menudo presentan inseguridad técnica y dificultades de comunicación, lo que puede generar tensión con el equipo. Esta inseguridad puede estar encubierta por posturas defensivas o arrogantes, resultando en actitudes irrespetuosas, exigencias excesivas u omisión de colaboración, impactando negativamente en el equipo.^{28,12}

En contraposición, cuando el enfermero tiene poca experiencia profesional, también es etiquetado como incompetente, retraído socialmente y se vuelve más vulnerable a los comportamientos incíviles. Estudios muestran que los enfermeros recién graduados son más propensos a sufrir incivilidad.^{23,9} La inseguridad ante procedimientos complejos, la dificultad para imponer autoridad y la limitación en la toma de decisiones también pueden ser interpretadas erróneamente como incompetencia, favoreciendo el irrespeto.^{29,23}

Aunque la incivilidad representa una realidad vivida por los enfermeros,^{11,22,25} muchas veces es silenciada por las organizaciones,²³ a pesar de que el Consejo Federal de Enfermería ha tomado

algunas medidas para proteger a sus profesionales,²⁴ o que contribuye a la banalización de las actitudes inciviles y a la perpetuación de esta cultura en los sectores de emergencia. La falta de un posicionamiento institucional contra la práctica de la incivilidad y la ausencia de acciones para enfrentar este tipo de comportamiento cooperan para su propagación en el ambiente del servicio.²³

Este fenómeno puede estar asociado a una jerarquía rígida, en la cual profesionales con mayor prestigio, como los médicos, tienden a ser protegidos por la alta gestión, movilizada por intereses económicos. Esta protección institucional muchas veces deriva de la valoración del capital simbólico y financiero que estos profesionales representan para la organización, dificultando el enfrentamiento de comportamientos incíviles.²⁸

Investigaciones señalan que las denuncias contra profesionales en posiciones de poder son ignoradas o minimizadas para evitar conflictos o perjuicios a la imagen de la institución.³⁰ Además, existen culturas institucionales de tolerancia a la incivilidad, que adoptan el silencio como estrategia para no comprometer las relaciones de poder y evitar represalias internas.²⁹ Este escenario perpetúa una lógica de impunidad, reforzando la desigualdad de trato entre los miembros del equipo y contribuyendo al deterioro de la salud de los profesionales menos favorecidos jerárquicamente.

Algunos enfermeros en esta investigación optaron por no dar importancia a las experiencias de incivilidad. Esta actitud implica elegir ignorar o minimizar las actitudes irrespetuosas, con el objetivo de evitar mayores conflictos y mantener el foco en el cuidado al paciente. Aunque esta estrategia es adoptada por muchos profesionales, puede llevar a la acumulación de frustraciones y desgaste emocional con el tiempo. Estudios indican que, aunque la distancia emocional puede ser eficaz momentáneamente, no resuelve la causa subyacente de la incivilidad y puede resultar en un impacto negativo en el bienestar de los profesionales a largo plazo.^{23,31}

Ante el silencio institucional, los profesionales buscan formas de lidiar con las ocasiones de grosería y agresividad.²⁹ Una alternativa posible es la adopción de acciones personales de enfrentamiento, como el cambio en el comportamiento y actitudes durante el turno para evitar dar lugar a comportamientos incíviles.^{7,23}

Los participantes de la investigación relataron que una de las principales estrategias utilizadas para enfrentar situaciones de incivilidad fue el diálogo entre profesionales. De hecho, la comunicación abierta entre el equipo se considera una herramienta primaria para prevenir y resolver conflictos, ya que el diálogo directo y respetuoso permite que las cuestiones se aborden de manera constructiva y se solucionen de forma colaborativa, sin escalar hacia comportamientos agresivos o dañinos.^{31,32} A través de este recurso, los enfermeros pueden expresar sus opiniones, mejorar la cooperación entre los miembros del equipo y reducir el impacto de la incivilidad en la atención a los pacientes.^{9,33}

Sin embargo, algunos enfermeros relataron actuar de manera combativa, igualando el tono de voz del autor de la incivilidad para demostrar que no están dispuestos a aceptar comportamientos irrespetuosos. Al adoptar este comportamiento, los enfermeros intentaron establecer un equilibrio, manteniendo una comunicación clara y assertiva, aunque corriendo el riesgo de que la agresividad se imponga. En ambientes de emergencia, esta estrategia ha sido muy utilizada por enfermeros.^{9,23}

Reportar lo ocurrido a la jefatura también fue una estrategia empleada por muchos enfermeros para enfrentar situaciones de incivilidad, aunque a menudo sin esperar respuestas efectivas. Aunque la respuesta institucional no siempre sea eficaz, comunicar formalmente la ocurrencia de incivilidad puede resultar en acciones correctivas y prevenir que tales comportamientos se perpetúen. La falta de un posicionamiento institucional contra la incivilidad puede, sin embargo, desalentar este tipo de acción, lo que evidencia la importancia de políticas firmes en las organizaciones de salud para que los profesionales se sientan apoyados.³¹

Otros recursos personales utilizados para enfrentar la incivilidad, como reuniones de equipo y cambios de sector, fueron mencionados por algunos participantes. Las reuniones periódicas pueden permitir que los equipos resuelvan problemas en conjunto, además de ser una oportunidad para promover la cultura de respeto,^{22,34} y los cambios a un nuevo sector o institución pueden verse como una forma de preservar la salud mental y el bienestar. No obstante, se reconoce que estas no son soluciones estructurales. El cambio de lugar de trabajo, por ejemplo, puede ofrecer algún alivio inmediato, pero la solución definitiva pasa por acciones organizacionales eficaces para erradicar la incivilidad.³³

La exposición constante a comportamientos irrespetuosos puede generar un impacto significativo en la salud mental de los profesionales, causando sentimientos de ansiedad, estrés y trauma. En este sentido, la terapia psicológica, ya sea individual o grupal, se ha mostrado una alternativa eficaz para que los enfermeros puedan manejar los efectos de este tipo de violencia.²³ El apoyo psicológico en el ambiente laboral es una estrategia importante para ayudar a los enfermeros a procesar sus experiencias y encontrar formas de superar los traumas causados por la incivilidad.^{7,35}

La persistencia de la incivilidad en las atenciones de emergencia y el silencio adoptado por las instituciones impulsan a los profesionales de enfermería a recurrir a estrategias personales de afrontamiento como forma de preservar su salud mental y garantizar la continuidad de la asistencia.^{35,36} Prácticas como el distanciamiento emocional, la resiliencia individual, las creencias y la búsqueda de una vida equilibrada son otras medidas mencionadas por los enfermeros participantes. Sin embargo, tales medidas personales no deben sustituir el compromiso organizacional para el establecimiento de ambientes de trabajo seguros y respetuosos.

Esta investigación presentó limitaciones que deben considerarse en la interpretación de los resultados. Destaca el reducido número de participantes, debido a la sensibilidad del tema, de modo que establecer un diálogo en profundidad puede ser un desafío por el miedo a la exposición. Además, las entrevistas se realizaron de forma online, con una única entrevista por participante, sin retorno a los participantes ni *feedback*, lo que redujo la posibilidad de profundizar ciertos aspectos importantes del discurso, que solo podrían haberse accedido mediante la construcción de un vínculo. A pesar de esto, los datos obtenidos fueron relevantes y ofrecieron contribuciones significativas para la comprensión de la realidad vivida por los enfermeros, abriendo espacio para un mayor estudio del tema, especialmente al destacar el problema en el contexto de las atenciones de emergencia, evidenciando que no siempre los empleadores destinan recursos para la inserción gradual de profesionales con menos experiencia como líderes en situaciones de emergencia. Esto pone en perspectiva la necesidad de realizar más investigaciones para explorar posibles vías de mejora.

CONCLUSIONES.

A partir de los resultados de este estudio, fue posible comprender que los profesionales participantes relacionaron la incivilidad con la configuración del escenario de emergencia, caracterizado por alta demanda técnica y exigencia de recursos, junto con la inexperiencia de los profesionales, particularmente médicos y enfermeros. Frente a ello, se emplean estrategias de carácter personal para superar estas experiencias, sobre todo porque no encuentran apoyo en los servicios de salud, marcados por las relaciones jerárquicas. Se notó que los episodios de incivilidad provocan sufrimiento psicológico y traumas que atraviesan la trayectoria profesional de los enfermeros.

Se espera que este estudio contribuya para que los servicios de salud reflexionen sobre la incivilidad e implementen medidas para frenar este tipo de hechos. Se sugieren estudios de seguimiento, con un mayor número de participantes y diseños mixtos para indagar los impactos en la carrera de los enfermeros, así como investigaciones organizacionales que permitan identificar las dificultades que impulsan a los gestores a reclutar y asignar profesionales sin experiencia en servicios de alta

complejidad, como las Unidades de Emergencia, con el fin de mapear medidas que contribuyan a la inserción segura y gradual de profesionales recién incorporados en dichos ambientes.

CONFLICTO DE INTERESES: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

FCS: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

SCS: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

LSM: Visualización, Escritura - borrador original, Redacción - revisión y edición.

RSL: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Metodología, Administración del proyecto, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Lumena A. C. Furtado et al. Urgent and emergency care networks in Brazil: an integrative review. *Saúde e Sociedade*, 32(1): e220122, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122en>
2. Pinho CM, Fonseca BRL, Cabral LMS, Maia TS, Cipriano AAS, Silva SRC, Silva JFA. Aspectos associados ao estresse em enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. *Rev Enferm Digit Cuid Promoç Saude*. 2020;5(1):52-9. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200011>
3. Fernandes SF, Trigueiro JG, Barreto MAF, Carvalho REFL, Silva MRF, Moreira TMM, Costa MV, Freitas RJM. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210207. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0207>
4. Viana SBP, Hostins RCL. Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. *Educação em Revista*. 2022;38:e26460. <https://doi.org/10.1590/0102-469826460>
5. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(3):CD002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
6. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185–97. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
7. Ribeiro BGA, Santos SVM, Silveira SE, Bardaquiim VA, Ozanam MAQ, Robazzi MLCC. Incivilidade no processo de trabalho da enfermagem. *Enferm Foco*. 2020;11(2):204-208. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.2893>
8. Abate LE, Greenberg L. Incivility in medical education: a scoping review. *BMC Med Educ*. 2023;23(1):24. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03988-2>.
9. MacDonald CM, et al. Incivility in practice – incidence and experiences of nursing students in eastern Canada: A descriptive quantitative study. *Nurse Educ Today*. 2022;110:105263. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105263>
10. Alsadaan N, Ramadan O, Alqahtani M. From incivility to outcomes: tracing the effects of nursing incivility on nurse well-being, patient engagement, and health outcomes. *BMC Nurs*. 2024;23:325. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01996-9>
11. Carmona I, Lopez-Zafra E. Hospital nurses experiencing day-to-day workplace incivility: A diary study on the benefits of daily social support. *J Nurs Manag*. 2022;30:1577–1589. <https://doi.org/10.1111/jonm.13510>

12. Lewis C. The impact of interprofessional incivility on medical performance, service and patient care: a systematic review. *Future Healthc J.* 2023;10(1):69-77. <https://doi.org/10.7861/fhj.2022-0092>.
13. Durmuş A, Yıldırım N, Kuru Alici N, Dingil D, Çiçek H. The effect of nurses' perceived workplace incivility on their presenteeism and turnover intention: the mediating role of work stress and psychological resilience. *Int Nurs Rev.* 2024;71(4):960-968. <https://doi.org/10.1111/inr.12950>
14. Minayo MCS, et al. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual.* 2017;5(7):1-12. <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
16. Braun, V., Clarke, V., How do you solve a problem like COREQ? A critique of Tong et al.'s Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research, *Methods in Psychology*, 2007;11:100155. <https://doi.org/10.1016/j.metip.2024.100155>
17. Portella JR, Maliszewski LS, Martins ESL. Técnica de amostragem “bola de neve virtual” na captação de participantes em pesquisas científicas. *J. nurs. health.* 2024;14(1):e1426636. <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i1.26636>
18. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
19. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health.* 2019;11(4):589-97. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>.
20. Braun V, Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol.* 2020;18(3):328-52. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>.
21. Braun V, Clarke V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res.* 2021;21:37-47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>.
22. Lu DW, Wolk A, Chawla N, Unruh KP, Jay GD, Goldberg SA. Burnout and workplace incivility among emergency medical services practitioners: a preliminary report. *Prehosp Emerg Care.* 2023;27(4):413-417. <https://doi.org/10.1080/10903127.2023.2175088>
23. Mammen BN, Lam L, Hills D. Newly qualified graduate nurses' experiences of workplace incivility in healthcare settings: An integrative review. *Nurse Educ Pract.* 2023;69:103611. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103611>.
24. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 774, de 25 de fevereiro de 2025. Dispõe sobre o procedimento de desagravo público, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2025. <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2025/02/Resolucao-Cofen-no-774-2025-Dispoe-sobre-o-procedimento-de-Desagravo-Publico-e-da-outras-providencias.pdf>
25. Dias EG, Barbosa AVA, Antunes JVB, Campos LM, Caldeira MB. Avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem atuantes na área hospitalar. *J Health Biol Sci.* 2025;13(1):1-6. <https://periodicos.unicristus.edu.br/jhbs/article/view/5662>
26. Martin LD, Zadinsky JK. Frequency and outcomes of workplace incivility in healthcare: A scoping review of the literature. *J Nurs Manag.* 2022;1-23. <https://doi.org/10.1111/jonm.13783>.
27. Menezes CB, Servo MLS. O estresse em trabalhadores de enfermagem na atenção às pessoas com COVID-19. *Rev Bras Enferm.* 2024;77(5):1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0542pt>
28. Oyeleye O, Hanson P, O'Connor N, Dunn D. Relationship of workplace incivility, stress, and burnout on nurses' turnover intentions and psychological empowerment. *J Nurs Adm.* 2013;43(10):536-42. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182a3e8c9>.

29. Gustiawan D, Noermijati, Aisjah S, Indrawati NK. Workplace incivility to predict employee silence: mediating and moderating roles of job embeddedness and power distance. *Cogent Bus Manag.* 2023;10(1). <https://doi.org/10.1080/23311975.2023.2188982>
30. Laschinger HKS, Wong CA, Grau AL. The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(10):1266–76. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.012>.
31. Westbrook JI, et al. Evaluation of a culture change program to reduce unprofessional behaviours by hospital co-workers in Australian hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):722. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11171-0>.
32. Freitas RJM, et al. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):1–8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>
33. Hawkins N, Jeong S, Smith T, Walters L. Creating respectful workplaces for nurses in regional acute care settings: A quasi-experimental design. *Nurs Open.* 2023;10:78–89. <https://doi.org/10.1002/nop2.1280>
34. Kousha S, Shahrami A, Forouzanfar MM, et al. Effectiveness of educational intervention and cognitive rehearsal on perceived incivility among emergency nurses: a randomized controlled trial. *BMC Nurs.* 2022;21:153. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00930-1>
35. Ribeiro RM, Pompeo DA, Pinto MH, Ribeiro RCHM. Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(6):936–43. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500037>
36. Faustino WR, Rezer F, Santos JFP dos, Manoel K dos S, Torquato BB, Souza NF, Lobo IF, Pinheiro H de S. Síndrome de Burnout em Enfermeiros dos Serviços de Urgência e Emergência. *Nursing Edição Brasileira.* 2025; 29(321): 10587–10594. <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i321p10587-10594>