

## GESTÃO DE CONFLITOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*Liliana Jesus<sup>1</sup> / Maria de Lourdes Vasconcelos<sup>2</sup> / Rui Duarte Santos<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Coimbra; <sup>2</sup>Instituto Superior Bissaya Barreto;  
<sup>3</sup>Universidade de Turim

As organizações de saúde são lugares sociais heterogêneos, nos quais interagem grupos e papéis díspares, possuem uma dinâmica interna que diariamente fomenta identidades, hierarquias, conflitos e alianças (Farias & Vaitsman, 2002).

A multidisciplinaridade de profissões e a sua dinâmica de funcionamento específica são uma das especificidades destas organizações. Se por um lado, não podemos descurar que as suas funções organizacionais se direccionam para a sua função capital que é o atendimento às necessidades dos seus utentes, também não é menos verdade que nela se movem diariamente trabalhadores com necessidades. Por conseguinte, numa organização hospitalar, temos duas dimensões primordiais do trabalho: o utente e o trabalhador da instituição.

A enfermagem é por eminência uma profissão de trabalho de equipa multi e interdisciplinar, inserindo-se por isso num contexto multiprofissional. Esta particularidade desencadeia com relativa facilidade situações geradoras de conflito. Tendo em conta que qualquer aspecto que possa colocar em causa a qualidade, a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados aos utentes, enquanto grupo/equipa de trabalho, este estudo tem por finalidade entender que tipos de situações são susceptíveis de provocar conflitos e quais as formas que este grupo profissional encontra para debelar essa realidade do seu quotidiano organizacional.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra é composta por 84 enfermeiros dos serviços de urgência (28,6% / urgência pediátrica e 71,4% / urgência de adultos), com idades compreendidas entre os 23 e 57 anos (72,6 % do sexo feminino e 27,4% do sexo masculino). No que se refere ao estado civil, 46,4% são solteiros, 39,3% casados, 8,3 divorciados e 6% encontram-se noutra situação civil.

O tipo de horário praticado é essencialmente em regime de trabalho por turnos (92,9%), com uma distribuição relativamente próxima entre enfermeiros em regime de contrato (48,8%) e no quadro (51,2%).

### *Material*

Foi elaborado um Questionário com perguntas abertas e fechadas com opções de resposta de modo a fazer a caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros. Foi utilizada a Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal (EACI), tipo *Lickert* de 7 pontos, composta por 9 itens (5 itens: Conflito Tarefa e 4 itens: Conflito Afectivo), tipo *Lickert* (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005). Utilizámos a Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos, baseada na Escala ROCI-II, Estilos de Gestão de Conflitos, adaptada por Dimas, Lourenço e Miguez (2005) e na Escala de Estratégias para a Resolução de Conflitos (Jesuíno, 2003), tipo *Lickert* de 7 pontos, composta por trinta e quatro itens (Colaboração/Integração: 7 itens, Competição/Domínio: 7 itens, Evitamento: 7 itens, Acomodação: 7 itens, Compromisso: 6 itens).

## RESULTADOS

Para avaliar o tipo de conflito considerámos as duas dimensões preconizadas pela Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal – EACI: o Conflito de Tarefa e o Conflito Sócio-afectivo. Porém, com o intuito de tornar mais perceptível onde o conflito é mais intenso resolvemos adoptar o conceito de *score* do Conflito Global que compreende o somatório de ambos os tipos de conflito.

Os resultados desta escala revelam um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .89, o que traduz uma boa consistência interna (Quadro 1).

A partir destas duas dimensões, obtivemos uma média (*M*) do *score* de Conflito Global de 31,05 e um desvio padrão (*DP*) de 7,03, uma *M*=17,63 e um *DP*=3,99 para o Conflito de Tarefa e uma *M*=13,42 e *DP*=3,58 para o Conflito Sócio-afectivo.

No que se refere ao tipo de equipa, verificamos que entre a “equipa de urgência de adultos” e a “equipa de urgência pediátrica” existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao Conflito de Tarefa. Assim, na “equipa de urgência de adultos” (*M*=18,32) o Conflito de Tarefa é mais intenso do que na “equipa de urgência pediátrica” (*M*=15,92) com uma

significância de  $t=2,57$ ;  $p<0,01$  (Quadro 2). Assim, e atendendo ao *score* de Conflito Global ( $t=2,30$ ;  $p<0,02$ ), verificamos que os profissionais de enfermagem da “equipa de urgência de adultos” apresentam níveis mais elevados de conflito ( $M=32,13$ ;  $DP=7,06$ ) do que os do enfermeiros que integram a “equipa de urgência pediátrica” ( $M=28,33$ ;  $DP=6,30$ ).

Quadro 1

*Alfa de Cronbach das duas dimensões da escala*

Dimensões	Alfa de Cronbach
Dimensão 1: Conflito de Tarefa	0,83
Dimensão 2: Conflito Sócio-afectivo	0,82
Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal	0,89

Quadro 2

*Dimensões e score do conflito global segundo o tipo de equipa*

Tipo de equipa		N	M	DP	t	p
<i>score</i> do Conflito de Tarefa	Equipa de urgência de adultos	60	18,32	3,97	2,57	0,01
	Equipa de urgência pediátrica	24	15,92	3,57		
<i>score</i> do Conflito Sócio-afectivo	Equipa de urgência de adultos	60	13,82	3,62		NS
	Equipa de urgência pediátrica	24	12,42	3,35		
<i>score</i> do Conflito Global	Equipa de urgência de adultos	60	32,13	7,06	2,30	0,02
	Equipa de urgência pediátrica	24	28,33	6,30		

Os resultados mostram que efectivamente existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao tipo de vínculo à instituição. Os enfermeiros com vínculo efectivo/quadro da instituição ( $M=14,56$ ) têm valores superiores de Conflito Sócio-afectivo relativamente àqueles que possuem um vínculo mais precário, em regime de contrato ( $M=12,22$ ), apresentando uma significância  $p<0,001$  e  $t=-3,15$ . Verificamos ainda, do resultado do *score* de Conflito Global ( $t=-2,43$ ;  $p<0,02$ ), que o conflito é menos intenso entre os “enfermeiros contratados” ( $M=29,20$ ;  $DP=5,87$ ) do que entre os que pertencem ao quadro da instituição ( $M=32,81$ ;  $DP=7,64$ ). Para proceder à análise das variáveis quantitativas contínuas (idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no serviço de urgência) face às variáveis dependentes formámos dois grupos para cada variável. Neste sentido, e relativamente à idade, optámos por a agrupar em dois grupos: Grupo 1 (23-28 anos) e Grupo2 (>28 anos). Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas para o Conflito Sócio-afectivo ( $t=-2,08$ ;  $p<0,04$ ). Assim este tipo de conflito prevalece no grupo etário mais velho com” idades superiores aos 28 anos” ( $M=14,21$ ;  $DP=3,65$ ).

Tendo em conta a análise entre o tipo de conflito existente e o tempo de exercício profissional criámos, também, dois grupos: Grupo 1 (1-4 anos) e Grupo 2 (>4 anos). Os resultados obtidos (teste *t* de Student) demonstraram diferenças estatisticamente significativas. Assim, constatámos que o *score* Conflito Global ( $t=-2,96$ ;  $p<0,001$ ) tal como os dois tipos de conflito preconizados, o Conflito de Tarefa ( $t=-2,28$ ;  $p<0,03$ ) e o Conflito Sócio-afectivo ( $t=-3,24$ ;  $p<0,001$ ), apresentam médias mais elevadas nos enfermeiros que exercem funções há “mais de quatro anos” ( $M=18,53$ ;  $DP=4,20$ ,  $M=14,53$ ;  $DP=3,84$  e  $M=33,07$ ;  $DP=7,41$ , respectivamente).

Relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência construímos os grupos seguintes: Grupo 1 (1-5 anos) e Grupo 2 (>5 anos). Ao compararmos o tipo de conflito e esta variável, constatámos que os enfermeiros que exercem a sua actividade no serviço de urgência há “mais de 5 anos” ( $M=33,65$ ;  $DP=7,56$ ) têm uma média de *score* Conflito Global superior aos que exercem a sua actividade naquele serviço há “menos de 5 anos” ( $M=28,68$ ;  $DP=5,62$ ) com uma significância de  $t=-3,44$ ;  $p<0,001$ . O mesmo sucede no Conflito de Tarefa ( $t=-2,84$ ;  $p<0,01$ ) e no Conflito Sócio-afectivo ( $t=-3,54$ ;  $p<0,001$ ), sendo ambos mais incidentes nos enfermeiros que trabalham há “mais de 5 anos” no serviço de urgência ( $M=18,88$ ,  $DP=4,30$  e  $M=14,78$ ,  $DP=3,94$ , respectivamente).

Os resultados relativos ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência e ao tempo de exercício profissional reflectem a mesma tendência, ou seja, aqueles que têm mais tempo de exercício profissional tem índices mais elevados de *score* do Conflito Global, do Conflito Sócio-afectivo e do de Tarefa.

A escala de avaliação das estratégias usadas perante as situações conflituais (Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos) compreende, como já referido, cinco dimensões: Acomodação; Compromisso; Evitamento; Competição/Domínio; Colaboração/Integração. Da mesma forma como fizemos anteriormente, considerámos o conceito de *score* de Estratégias Globais que compreende o somatório de todas as estratégias.

Os resultados desta escala revelam um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .83, o que representa uma boa consistência interna (Quadro 3).

A partir destas dimensões, foram obtidos resultados que indicam que: a média (*M*) do *score* de Estratégias Globais é de 127,06 e o desvio padrão (*DP*) é de 16,81. Assim, temos para a dimensão Acomodação  $M=23,41$  e  $DP=4,94$ , Compromisso  $M=25,44$  e  $DP=4,67$ , Evitamento  $M=23,55$  e  $DP=6,66$ , Competição/Domínio  $M=18,85$  e  $DP=5,07$  e Colaboração/Integração  $M=35,81$  e  $DP=6,96$ .

Quadro 3

*Alfa de Cronbach das cinco dimensões da escala*

Dimensões	Alfa de Cronbach
Dimensão 1: Estratégia de Acomodação	0,57
Dimensão 2: Estratégia de Compromisso	0,70
Dimensão 3: Estratégia de Evitamento	0,79
Dimensão 4: Estratégia de Competição/Domínio	0,69
Dimensão 5: Estratégia de Colaboração/Integração	0,93
Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos	0,83

Face a estes resultados verificamos que quando se defrontam com uma situação de conflito intragrupal, os enfermeiros que constituem a nossa amostra têm como estratégia preferida a Colaboração/Integração, sendo a Competição/Domínio a menos adoptada. Observamos ainda que a estratégia Acomodação e Evitamento são usadas numa proporção muito semelhante por estes profissionais de saúde. Convém também ressaltar que a estratégia Compromisso se assume como a segunda mais utilizada. Entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais consideradas no estudo, apenas as variáveis género e vínculo à instituição apresentaram resultados significativos na análise da escala de Estratégias de Gestão dos Conflitos.

No que refere à variável género, os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas relativamente à segunda dimensão ( $t=2,71$ ;  $p<0,01$ ). Observamos que os “enfermeiros” numa situação de conflito utilizam mais a estratégia Compromisso ( $M=27,61$ ;  $DP=3,93$ ) do que as “enfermeiras” ( $M=24,62$ ;  $DP=4,69$ ), assim como a estratégia (quarta dimensão) Competição/Domínio ( $M=21,65$ ;  $DP=5,22$ ). De um modo geral, e tendo em conta o *score* de Estratégias Globais ( $t=2$ ;  $p<0,05$ ), verificamos que os “enfermeiros” fazem mais uso das estratégias de gestão de conflitos ( $M=132,91$ ;  $DP=13$ ) do que as “enfermeiras” ( $M=124,85$ ;  $DP=17,63$ ).

## CONCLUSÃO

Ao correlacionarmos a escala de avaliação do conflito intragrupal e a escala de estratégias de gestão de conflitos nas duas equipas de trabalho separadamente verificámos que os resultados apurados na “equipa de

urgência de adultos” não diferem significativamente dos evidenciados pela amostra, as relações mais fortes permanecem, apenas as menos significativas sofrem alterações. Na “equipa de urgência pediátrica” não existe qualquer relação entre os tipos de conflito e as estratégias adoptadas pelos enfermeiros. Nesta equipa de trabalho a estratégia de Competição/ /Domínio aparece completamente isolada, ou seja, parece até nem ser considerada enquanto estratégia de gestão de conflitos.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, F. (1995). *Psicologia para Gestores: Comportamentos de Sucesso nas Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Bilhim, J. (2001). *Teoria Organizacional: Estrutura e Pessoas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carapeto, C., & Fonseca, F. (2005). *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Chaves, C. (2004). Competências/Sinergias das Equipas de Saúde. In *Millenium-Revista ISPV*, (30/Outubro, pp. 252-254).
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. In *Millenium-Revista ISPV* (30/Outubro, pp. 234-251).
- Cunha, M., et al. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (5ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Devillard, O. (2001). *A Dinâmica das Equipas*. Lisboa: Bertrand.
- Dimas, I., Lourenço, P., & Miguez, J. (2005). Conflitos e desenvolvimento nos grupos e equipas de trabalho. [Em linha]. Disponível em <http://www.fpce.uc.pt/nucleos/nefog/conf/publicacoes/files/confliaget>. [Consultado em 1/09/06].
- Farias, L., & Vaitsman, J. (2002). Interação e Conflito entre Categorias Profissionais e Organizações de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1-19.
- Francisco, M., et al. (1997). Estilos de administração do Conflito entre Enfermeiros (as): Validação do instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50, 577-590.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais* (1ª ed.). Lisboa: Monitor.
- Marques, A., et al. (2004). Gestão de Conflitos em Instituições de Saúde. *Hospitalidade*, 68, 7-12.
- Morais, A. (2002). Gestão de Conflitos. *Nursing*, 24-29.

- Nursing. (2000). Gestão de Conflitos: Modos de Resolução Construtiva. *Nursing*, 12, 28-31.
- Rahim, M. (2001). *Managing Conflict in Organizations* (3ª ed.). Westport, Quorum Books.
- Rodrigues, L., et al. (2002). *Conhecer os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Thomas, K. (1992). Conflict and Negotiation Processes in Organizations. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (vol. 3, pp. 651-717). Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc.
- Valentine, P. (2001). A Gender Perspective on Conflict Management Strategies of Nurses. *Journal of Nursing Scholarchip*, 33, 69-74.