

MESTRADO

GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O papel das práticas organizacionais no conflito entre médicos e enfermeiros em contexto hospitalar: as consequências para a prestação de cuidados de saúde

Débora Ester da Silva Duarte

M

2019



O PAPEL DAS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS NO CONFLITO
ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR:
AS CONSEQUÊNCIAS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE
SAÚDE

Débora Ester da Silva Duarte

Dissertação

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por

Professora Doutora Sofia Alexandra Soares de Miranda Ferreira Cruz

2019

Nota Biográfica

Débora Ester da Silva Duarte nasceu na cidade de Nova Iguaçu, no estado brasileiro do Rio de Janeiro, em 18 de Novembro de 1984. Nesta mesma cidade, deu início à sua formação acadêmica no ano de 1991, aos 6 anos de idade, quando ingressou no ensino primário. Em 1996, iniciou o ensino básico, passando para o ensino secundário no ano de 2000. Aos 18 anos de idade, ingressou no curso de bacharelado em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Gama Filho, situada no Rio de Janeiro, tendo-o concluído em dezembro de 2006. Passado 1 ano, matriculou-se no curso de Pós-graduação em Enfermagem Cirúrgica na mesma universidade, concluindo em 2009. Neste mesmo ano, foi aprovada no processo seletivo público para cursar a especialização em Enfermagem em Saúde Coletiva nos moldes profissionais na Universidade Federal Fluminense, curso este finalizado em 2011. No ano letivo 2017/2018, ingressou no Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade do Porto, tendo-o completado com a entrega da presente dissertação.

Agradecimentos

A Deus por me conceder o privilégio da vida e me agraciar com o gozo de plena saúde, permitindo que eu consiga perseguir os meus objetivos.

Aos meus pais por me ensinarem a trilhar o caminho da verdade, por me incentivarem a lutar pelos meus ideais e por todo investimento que fizeram em minha carreira acadêmica.

Ao meu marido, quem mais me apoiou na decisão de ingressar neste mestrado, sou grata pelo companheirismo e zelo demonstrados nos últimos 8 anos.

À professora Susana Oliveira, diretora do mestrado em gestão e economia de serviços de saúde, pela maestria e complacência demonstradas na condução do referido curso.

Por fim, quero agradecer à professora Sofia Cruz pela disponibilidade e paciência ao longo desta pesquisa, e por muito ter contribuído, enquanto orientadora, para o desenvolvimento desta dissertação.

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine.”

1 Coríntios 13:1

Resumo

A área da saúde está constantemente sujeita ao surgimento de conflitos entre os seus diversos atores organizacionais, devido a variedade de identidades histórico-sócio-culturais que dividem o mesmo espaço de trabalho. Médicos e enfermeiros são os principais tomadores de decisões nas equipas de saúde e, historicamente, as categorias profissionais centrais na assistência aos utentes. O conflito entre estes dois protagonistas da saúde origina-se a partir da agregação de fatores políticos, sociais e culturais historicamente enraizados neste setor e que afetam o convívio profissional entre ambas as classes profissionais, desencadeando divergências que podem interferir na prestação dos serviços. As práticas organizacionais podem exercer influência emocional sobre os colaboradores, atuando sobre o comportamento dos mesmos no âmbito institucional. Neste sentido, o objetivo principal da dissertação é analisar o papel das práticas organizacionais enquanto motivadoras dos conflitos entre médicos e enfermeiros, considerando as suas consequências para a prestação de cuidados de saúde.

Para tanto, aplicou-se um inquérito por questionário com perguntas estruturadas e semi-estruturadas, direcionadas a profissionais médicos e enfermeiros com experiência prática na área de formação em instituições hospitalares públicas e/ou privadas, cujas respostas foram embasadas em situações vivenciadas pelos inquiridos.

Concluiu-se que o conflito entre os médicos e enfermeiros é recorrente nas organizações, devido a interação que se estabelece entre eles, tal como a interdependência de suas funções. Verificou-se que o conflito não apenas torna-se um obstáculo ao curso das relações interpessoais, como também influencia a qualidade do serviço prestado ao utente, uma vez que afeta o desempenho das ações a nível individual e coletivo. Constata-se, ainda, que as práticas organizacionais direcionadas aos recursos humanos têm contribuído para impulsionar os conflitos à medida que repercutem no comportamento dos colaboradores, e que as organizações hospitalares pouco recorrem a recursos que ajudam a reverter este cenário.

Palavras-chave: práticas organizacionais, conflito organizacional, medicina e enfermagem.

Abstract

The health area is constantly subject to the emergence of conflicts between its diverse organizational actors because of professional configuration. Doctors and nurses are the main decision makers in health teams and, historically, are the two professional categories central to patient care. The conflict between these two protagonists of the health sector originates from the aggregation of political, social and cultural factors historically rooted in this sector and that affect the professional living between both professional classes, triggering a series of divergences that can interfere in the provision of services. The organizational practices can exert an emotional influence on employees, acting on their behavior in the institutional scope. In this sense, the main objective of this dissertation is to analyze the impact of organizational practices as motivators of conflicts between medical professionals and nurses, considering their consequences for the production of health care.

To achieve this goal, a questionnaire survey with structured and semi structured questions, targeted to doctors and nurses with practical experience public and/or private hospital institutions, whose answers were based on situations experienced by respondents.

It was concluded the conflict between workers is recurrent in organizations due to the interaction that is established among individuals through daily living, and that the conflict between doctors and nurses is a problem that not only interferes in the course of interpersonal relations, but also impacts the quality of the health service provided to the user, since it affects the performance of actions at individual and group level. It is also observed that organizational practices directed at human resources have contributed to conflicts as they affect of behaviour of employees, and that hospital organizations almost never interfere with these situations.

Key words: organizational practices, organizational conflict, medicine and nursing.

Índice

Introdução	1
1. Revisão da literatura.....	4
1.1. Práticas organizacionais	4
1.2. Os conflitos nas organizações de trabalho.....	6
1.3. O histórico conflito entre a Medicina e a Enfermagem.....	10
1.4. Gestão de conflitos aplicada ao setor da saúde	13
1.5. A produção de cuidados de saúde.....	15
1.6. A qualidade do cuidado em saúde.....	19
2. Procedimentos metodológicos.....	22
2.1. Características da pesquisa.....	22
2.2. Procedimento de recolha de dados	23
2.3. Amostra da pesquisa.....	24
3. Apresentação e análise dos dados.....	25
3.1. Análise descritiva.....	25
3.2. Análise crítica.....	28
4. Conclusões	46
Referências Bibliográficas.....	49
Anexos	

Índice de Ilustrações

Fluxograma 1- O desencadeamento do conflito.....	8
Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra	26
Gráfico 1- Percentagem de enfermeiros e médicos por ano de experiência profissional na área de formação.....	27
Gráfico 2- Percentagem de enfermeiros e médicos por anos de experiência profissional em organizações hospitalares públicas e privadas	27
Gráfico 3 - Frequência dos conflitos entre médicos e enfermeiros nas organizações hospitalares	28
Tabela 2 – Frequência das implicações das práticas organizacionais no surgimento e agravamento dos conflitos entre médicos e enfermeiros	30
Tabela 3 - O papel das práticas organizacionais no conflito entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar	31
Tabela 4 – Frequência da adoção de práticas, por parte das organizações hospitalares, para evitar e solucionar os conflitos	32
Tabela 5 – Atuação dos gestores enquanto mediadores e/ou conciliadores nas situações de conflitos.....	33
Tabela 6 – Frequência com a qual os conflitos afetam o trabalho individual e em equipa nas organizações hospitalares	34
Tabela 7 - Frequência com a qual os conflitos interferem na qualidade do cuidado prestado aos utentes no contexto hospitalar.....	35

Introdução

A área da saúde está constantemente sujeita ao surgimento de conflitos entre os variados atores organizacionais integrantes deste setor devido a sua configuração profissional, tendo em conta que as diversas lideranças existentes, inseridas nas equipas multidisciplinares, norteiam-se pela lógica de suas formações profissionais e pelas suas identidades histórico-sócioculturais (Vendemiatti et al, 2010). Cada um destes sujeitos é legitimado para lidar com determinado assunto, o que contribui para a complexificação do setor saúde, que integra a incorporação de distintas tecnologias instrumentais e gerenciais, assim como novos modelos organizacionais para operacionalizar tudo isso, gerando um desequilíbrio constante, em que o diálogo é sempre tenso e o ambiente desarmonioso (Gonçalves, 2017).

Em meio a essa complexidade do setor saúde, interagem duas categorias profissionais de grande importância na execução das atividades inerentes aos cuidados de saúde: médicos e enfermeiros. Por atuarem de forma interdependente, mantém-se em estreito vínculo e com um potencial para desencadear conflitos interprofissionais (Oliveira et al, 2010). A crescente competição no mercado de trabalho, impulsionada pela globalização, favorece ainda mais este cenário conflituoso, numa época em que os profissionais buscam a consolidação do seu espaço e definição de seus papéis no mercado de trabalho.

Em razão dos serviços de saúde serem descritos como sistemas complexos, não surpreende que, nesta área, os conflitos ganhem particular gravidade e suscitem muitas dificuldades para a sua resolução (Cunha et al, 2013). A própria estrutura organizacional das instituições hospitalares desafiam o processo de gestão (Vendemiatti et al 2010), assim como a falta de colaboração entre as partes envolvidas no conflito (Nero, 2008). Além do que, algumas organizações podem vir a assumir uma postura omissa diante do conflito ao banalizá-lo.

Diante dessa realidade, a principal motivação para o desenvolvimento desta pesquisa decorre da observação, por parte da pesquisadora, dos embates frequentes entre médicos e enfermeiros, motivados, em determinadas circunstâncias, pelas práticas adotadas pelas instituições de saúde; e da inércia das organizações frente a estas tensões. Este estudo

passa a ter, portanto, como objetivo principal, analisar o papel das práticas organizacionais enquanto motivadoras dos conflitos entre profissionais médicos e enfermeiros, considerando as suas consequências para a prestação de cuidados de saúde. O objetivo central desdobra-se em três outros mais específicos, visando caracterizar as possíveis práticas organizacionais que podem fomentar os conflitos entre profissionais médicos e de enfermagem no âmbito institucional; traçar a conduta adotada pelas organizações hospitalares frente às situações de conflito; e verificar de que forma o conflito entre médicos e enfermeiros pode refletir na qualidade do cuidado oferecido ao utente.

Pelo contexto aqui apresentado e a fim de corresponder as preocupações vigentes com os objetivos, a presente dissertação procura responder às seguintes questões de investigação: de que forma as práticas organizacionais podem motivar os conflitos entre médicos e enfermeiros? Que consequências estes conflitos geram para a prestação de cuidados de saúde?

Dado, na literatura, ser escassa a abordagem da gestão de conflitos aplicada à relação médico/enfermeiro, especialmente no que refere-se ao papel das instituições de saúde neste contexto, este estudo torna-se relevante ao possibilitar que os próprios agentes envolvidos nos conflitos possam relatar as suas experiências e manifestar os seus pontos de vista relativamente ao papel que as práticas organizacionais exercem sobre a relação médico-enfermeiro, tal como ao posicionamento das organizações frente ao conflito. Desta forma, é possível compreender a razão que os motiva a adoptar condutas hostis, facilitando a tomada de decisão do gestor no que diz respeito à construção de estratégias que visem promover uma melhor interação e colaboração entre as partes envolvidas no cenário de confrontos; contribuindo, portanto, para a gestão de serviços de saúde no gerenciamento de conflitos direcionado a médicos e enfermeiros, pelo que são beneficiadas as instituições, os profissionais e os utentes.

Para obter os dados necessários ao desenvolvimento da pesquisa em questão, foi utilizado um inquérito por questionário aplicado a médicos e enfermeiros com vivência profissional em instituições hospitalares públicas e/ou privadas, cujas perguntas foram centradas em relatos de experiências voltadas às situações de conflitos, ao papel das práticas organizacionais sobre os mesmos e às consequências dos conflitos para a prestação de cuidados de saúde.

A presente dissertação estrutura-se em quatro capítulos: o capítulo um apresenta a síntese da literatura; o capítulo dois explica os procedimentos metodológicos utilizados para desenvolver a pesquisa; o capítulo três expõe os resultados dos inquéritos e a análise das respostas obtidas. Por fim, apresentam-se as conclusões do trabalho, as lacunas da pesquisa realizada e as pistas para investigações futuras no quarto capítulo.

1. Revisão da literatura

1.1. Práticas organizacionais

As práticas organizacionais fundamentam o comportamento institucional, que, por sua vez, é partilhado entre os membros (Almeida e Souza, 2001). Elas representam um construto fundamental para orientar e compreender a organização, sendo estas influenciadas por valores, tradições e comportamentos sociais, especialmente as práticas de gerenciamento. Orientam a dinâmica do trabalho, impactam sobre a saúde e bem estar dos trabalhadores, entre outras variáveis, e possuem caráter multifacetado, sendo constituídas por um conjunto de regras escritas e por valores e crenças que determinam como compreender e interpretar tais regras. Elas exercem influência emocional imediata sobre os membros da organização, atuando sobre o comportamento dos profissionais no âmbito empresarial (Askenazy et al., 2002; Bauer, 2004; Greenan e Mairesse, 2003; Ichniowski et al., 1997; Kostova, 1999; e Schein, 1985 citados por Bedani e Veiga, 2015).

Para Kostova (1999), as práticas organizacionais são formas peculiares de conduzir as funções das instituições que evoluem com o passar do tempo, sendo influenciadas pela história da organização, pelas pessoas, interesses e ações que institucionalizaram-se, além do que refletem o conhecimento partilhado e as competências da organização. Para a autora, tais práticas tendem a ser aceites e aprovadas pelos membros, pois são entendidas como a maneira correta para realização de determinadas tarefas.

As práticas organizacionais são compostas de ações e atividades, a nível individual ou coletivo, pensadas a partir de relações dos profissionais com o contexto em que está inserida a organização. Tais atividades são coordenadas pelas ações humanas, sendo essas afetadas pela dinâmica e lógica organizacional, assim como por situações externas. Neste âmbito, a partir da percepção e reação dos indivíduos em relação ao mundo social, esses são levados ao exercício de práticas sociais em distintos contextos (Souza et al., 2010).

As percepções que os profissionais desenvolvem acerca de diferentes aspetos do seu trabalho tornaram-se de extrema relevância para o estudo do comportamento

organizacional, pois tais percepções regulam e orientam o comportamento humano dentro das instituições de trabalho (Menezes et al, 2009).

De acordo com Cucolo e Perroca (2015), no setor da saúde, o ambiente organizacional pode influenciar fortemente a capacidade dos profissionais em construir e manter uma relação terapêutica com os utentes, e certos aspectos do ambiente de trabalho afetam a forma como os colaboradores avaliam a produção do cuidado na sua instituição.

Nesta perspectiva, Schmidt et al (2003) afirma que as organizações tendem, cada vez mais, a reconhecer o fator humano como elemento crucial ao bom desenvolvimento das instituições e que, por esta razão, têm adoptado novas práticas direccionadas à gestão de pessoas que vão ao encontro das transformações que têm ocorrido nos contextos produtivos contemporâneos.

As práticas de gestão de pessoas como fatores determinantes do comportamento humano

A gestão de pessoas tem sido a grande responsável pelo sucesso das organizações e pelo aporte de capital intelectual que simboliza, mais do que tudo, a importância do fator humano em plena era da informação. A maneira pela qual as pessoas se comportam, decidem, agem, trabalham, executam as atividades, cuidam dos clientes e tocam os negócios das empresas, varia em enormes dimensões. E essa variação depende, em grande parte, das políticas e diretrizes das organizações a respeito de como lidar com as pessoas em suas atividades (Chiavenato, 1999).

A gestão de pessoas passa, portanto, a buscar estratégias de organizar e gerir o comportamento humano com o foco no bem-estar, justiça organizacional e qualidade de vida dos trabalhadores, tendo em vista que esses são cruciais para o alcance dos objetivos organizacionais (Schmidt et al 2003).

De acordo com Chiavenato, 1999, p.6:

Este tipo de gestão é contingencial e situacional, pois depende de vários aspectos como a cultura que existe em cada organização, a estrutura organizacional adoptada, as características do contexto

ambiental, o negócio da organização, a tecnologia utilizada, os processos internos e uma infinidade de outras variáveis importantes.

Na administração privada, por exemplo, existe maior flexibilidade na gestão de pessoas comparativamente à gestão pública. Na primeira, há possibilidade de aplicar sistemas de incentivos explícitos, nomeadamente incentivos financeiros introduzidos como forma de estimular a produtividade, enquanto num hospital público com gestão pública, esta é mais centralizada e não tem flexibilidade para acomodar modernas políticas de gestão de pessoas (Moreira, 2011).

Para Melo et al (2012), o investimento em pessoas gera um comprometimento da força de trabalho com a organização, sendo uma das estratégias mais utilizadas pelas empresas e que influencia diretamente a retenção de talentos.

Em contrapartida, Lima (1994) afirma que as práticas organizacionais direcionadas à gestão de recursos humanos podem provocar impacto psicológico nos colaboradores, tais quais o favorecimento de processo narcisista por parte de determinados grupos, crescimento da rivalidade entre os pares, principalmente aqueles que encontram-se em processo de progressão de carreira na empresa; e forte instrumentação das relações interpessoais, em que o outro torna-se um mero instrumento para o alcance dos seus próprios objetivos profissionais. A autora reforça que tais práticas podem desencadear conflitos entre os trabalhadores e que há uma tendência a não perceção do conflito e contradições, que intensifica-se à medida que o sujeito aproxima-se do topo da hierarquia, tornando-se mais explícito entre aqueles que querem desempenhar o papel de intérpretes da ideologia da empresa.

1.2. Os conflitos nas organizações de trabalho

As organizações de trabalho são reconhecidas como locais onde há forte interação entre sujeitos devido ao convívio diário entre os seus colaboradores. Destacam-se, entre as

modalidades de organização do trabalho, as atividades em equipa, haja vista as dimensões abrangidas pelo trabalho colaborativo e participativo (Cruz, Pais e Parente, 2014).

Segundo Spagnol et.al, 2010, p.804:

[...] as diferentes visões de mundo, ou seja, as diferenças individuais influenciam sobremaneira as relações interpessoais e, conseqüentemente, interferem na dinâmica dos grupos inseridos nas organizações, gerando conflitos no trabalho.

A forma como as relações interpessoais acontecem no âmbito institucional revela como os membros defendem seus interesses pessoais e da organização, além de determinar as responsabilidades de cada um. Essa dinâmica é um fator importante no estabelecimento das redes sociais e está diretamente ligada à distribuição das tarefas e à liberdade de consolidação de relações sólidas e comprometidas (Almeida e Souza, 2011).

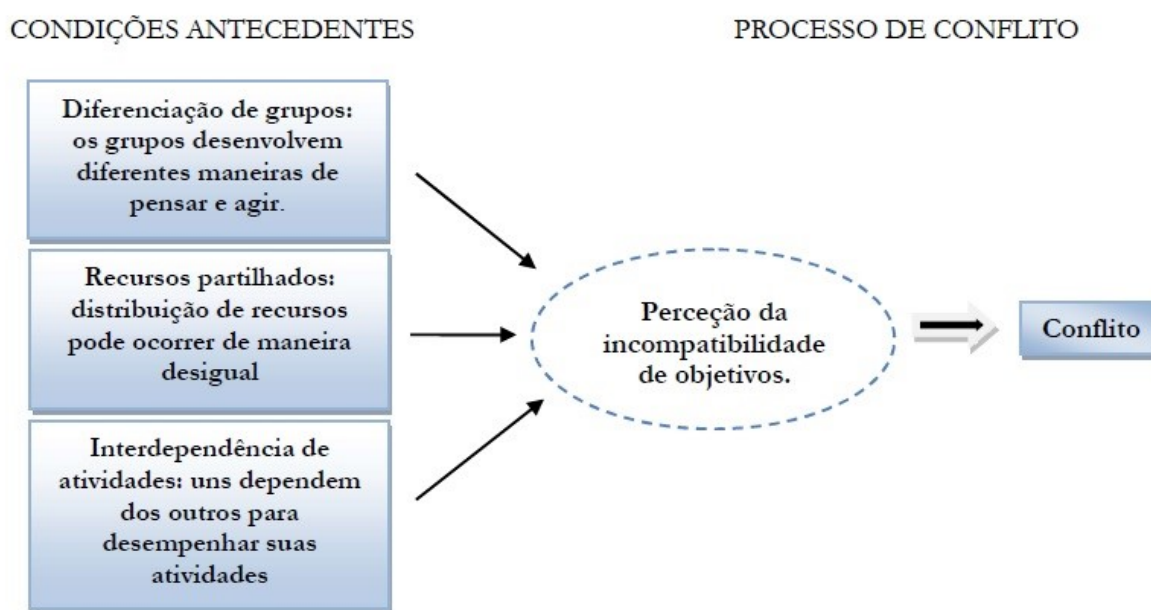
Para Elias et al (2013), os conflitos podem ser categorizados como (1) discussão, sendo o tipo mais frequente, que surge de questões relacionadas à execução de tarefas do dia-a-dia, à divisão de trabalho e a problemas de comunicação; (2) competição, baseado em padrões de desempenho pré-estabelecidos; e (3) conflito destrutivo, sendo este último mais perigoso e danoso para as relações de trabalho.

Os efeitos gerados pelo conflito destrutivo, segundo Chiavenato (2004), consistem em consequências indesejáveis para o funcionamento da organização, gerando, nos colaboradores, sentimentos de frustração, hostilidade e tensão; prejudicando não apenas o desempenho profissional, mas também o bem estar individual.

A partir do instante em que se estabelecem relações interpessoais, os conflitos podem surgir. De acordo com Thomas (1990), o conflito acontece quando uma das partes percebe que a outra parte a afetou de forma negativa. Para isso, é preciso haver interação e incompatibilidade entre as partes (McIntyre, 2007). O autor afirma, ainda, que o conflito é desencadeado através de um processo dinâmico no qual as partes influenciam-se mutuamente, e que pode ser promovido por condições existentes nas organizações que fomentam a possibilidade de haver conflitos.

Falk (2000 citado por Braga e Grou, 2014) complementa este pensamento ao afirmar que as condições intrínsecas à natureza das organizações tendem a gerar percepções que podem encorajar os conflitos entre grupos, sendo estas conjunções denominadas como “condições antecedentes ao conflito” ou “causas de conflito”, conforme ilustrado a seguir:

Fluxograma 1- O desencadeamento do conflito



Fonte: Chiavenato, 1999 páginas 362-363

O conflito no contexto das organizações de saúde

O trabalho coletivo na área da saúde envolve sérias e conflitantes questões que estão intimamente ligadas a mudanças conceituais e históricas, na atuação de diversos profissionais junto ao processo saúde-doença (Cavalcanti e Carvalho, 2010).

As organizações de saúde são consideradas potenciais locais para a ocorrência de conflitos devido a frequente exposição de pessoas e grupos diferentes a situações de

urgência, que requerem dos profissionais altos níveis de especialização, um grande poder de articulação e a existência de diversas atividades altamente interdependentes (Braga e Grou, 2014), à semelhança do que ocorre entre médicos e enfermeiros, os dois principais grupos profissionais atuantes no setor da saúde.

Carvalho et. al, (2014) também entendem que, no âmbito da saúde, os conflitos são embasados em aspetos macrossociais, que referem-se a processos sociais e históricos que estão vinculados ao contexto, tais como os temas relativos à normatização, à organização e ao funcionamento do Sistema de Saúde, bem como a dissonância gerencial, a infraestrutura e organização deficitárias dos serviços; e em aspetos microssociais, relacionados à falta de colaboração entre os trabalhadores, ao desrespeito decorrente de relações assimétricas entre os colaboradores, ao comportamento do “funcionário-problema” e às dificuldades pessoais.

No instante em que os interesses dos grupos profissionais são distintos, porém o objetivo é comum a todos, a negociação torna-se cooperativa, levando-os a uma saudável disputa. Em contrapartida, quando os interesses são divergentes, mas a negociação é conflituosa, não há ganhos para nenhuma das partes (Matus, 1993 citado por Vendemiatti et al, 2010). Para McIntyre (2007), é a motivação das pessoas envolvidas o factor que determina se o conflito será construtivo ou negativo.

Vendemiatti et al (2010) reforçam o pensamento de que o contexto histórico no qual a saúde está inserida favorece a disputa de poder e provocações mútuas entre as subculturas que atuam, hipoteticamente, juntas em função do mesmo objetivo, ao afirmarem que, nas organizações de saúde, o facto do poder ser partilhado por vários núcleos de profissionais torna de suma importância que a comunicação e a capacidade de negociação das lideranças sejam constantemente aprimoradas.

Neste sentido, Erdmann et al, 2004, p.470 reiteram que:

A horizontalidade nas relações pessoais e a flexibilidade da estrutura e nas operações possibilitam que as subjetividades e objetividades dos cuidadores se sintonizem nas combinações de ações/funções em espaços, momentos, contingências do gerenciar a complexidade organizacional.

- **O conflito nas organizações hospitalares**

Os hospitais são ambientes sociais heterogêneos, marcados pela interação entre distintos grupos e atribuições, nos quais a diversidade de categorias profissionais, associada à distribuição de poder intrínseca às instituições de especialistas, provoca maior complexidade no controlo das ações. São organizações que abrigam uma dinâmica quotidiana de constante atualização de identidades, hierarquias, negociações e conflitos; oposições impulsionadas pela divisão de poder e prestígio, inerente às organizações hospitalares (Farias e Vaitsman, 2012).

A evolução de sistema hospitalar deu-se através da implementação de mecanismos disciplinares, que levou à redução de custos públicos com a diminuição da propagação de epidemias. Logo, a prática médica sofreu uma transformação ao ampliar o plano de atendimento individualizado nas residências para as instituições hospitalares. A nova dinâmica hospitalar revela a complexidade das inter-relações, que envolvem agentes com diferentes identidades, especialidades e níveis de poder (Vandemiatti et al (2010), condições que favorecem o desencadeamento de confrontos entre os atores que estão interligados pelas relações de trabalho.

A classe médica, ao ocupar um local de destaque no contexto hospitalar, torna-se um grupo verdadeiramente autónomo, o que nos reporta para a existência de uma hierarquia institucionalizada. Dessa forma, os médicos passam a criar regras implícitas e normas informais de funcionamento nas suas funções diárias, que, concomitantemente às regras e normas hospitalares, geram descontentamento nos demais profissionais por serem obrigados a cumprir ambas em simultâneo. Originam-se, portanto, relações inseguras e stressantes, sendo estas pontos de partida para o aparecimento de conflitos (Vargas, 2010).

1.3. O histórico conflito entre a Medicina e a Enfermagem

Segundo Gonçalves et al (2017), a medicina e a enfermagem guardam em seus coletivos um conjunto de técnicas e valores que atravessam o tempo, e os validam, pois, ainda que se especializem e formem crescentes subgrupos, suas identidades históricas perpetuam-se na sociedade. De acordo com os estes autores, é do senso comum que há

animosidade entre essas classes profissionais, desencadeada por diversos fatores que vão desde a divisão de tarefas às discrepâncias salariais. Contudo, pouco sabemos sobre como tal animosidade é tratada no cotidiano das organizações e como afeta as práticas profissionais. Lima (2007 citado por Oliveira et al., 2010) considera que os problemas advindos desse relacionamento atuam como importante obstáculo à excelência na produção em serviços de saúde.

Neste contexto, Nero (2008) afirma que, no processo de comunicação interprofissional entre o enfermeiro e o médico, existem muitas situações causadoras de conflito que estão habitualmente ligadas a uma luta pelo poder, em que ambos querem demonstrar o seu papel preponderante no tratamento do doente, e a grande dificuldade reside na utilização que se faz dele. A autora ainda afirma que o tratamento hierarquicamente superior dos médicos em relação aos enfermeiros constitui o aspeto mais negativo na relação entre estas duas categorias profissionais, influenciado pela hierarquia preestabelecida pela sociedade e pela organização.

A relação dos médicos [...] com os outros grupos é suscetível às tensões de legitimação, na medida em que o exercício de seu poder e autoridade causa ingerência ou pressão sobre o trabalho das demais categorias, “invadindo” áreas de competência que essas últimas consideram de sua responsabilidade (Farias e Vaitsman, 2002, p.1236).

De acordo com Gonçalves et al (2017), considerando a tese da “incomensurabilidade” apresentada por Thomas Kuhn na década de 1960, não há consenso possível entre grupos que disputam liderança devido a incompatibilidade de visões de mundo entre eles, pois há uma barreira na interlocução criada a partir de um conjunto de teorias, práticas e valores comum a cada um deles.

Embora exista a anteriormente referida luta pelo poder entre a classe médica e de enfermagem, no plano da atuação diária, o médico ocupa um lugar de destaque e sua função não se limita à execução de procedimentos médicos, mas envolve ações administrativas sobre as quais ele tem autonomia, dado à natureza de sua função. Deste modo, o médico assume naturalmente uma posição de liderança, realizando atividades em

função do que julga correto para a situação. Nesta perspectiva, este profissional defende a liberdade de atuação (Vendemiatti et al, 2010). Com isto, recusa-se a atender aos conselhos da enfermagem, que, por sua vez, tende a adotar uma posição resistente às recomendações médicas, implicando em perturbações no seguimento de esquemas terapêuticos, ou mesmo em erros que poderiam ser evitados (Oliveira et al, 2010).

Um estudo realizado por Gonçalves et al (2017) durante quatro meses e meio em uma enfermagem feminina, revelou que médicos organizavam suas práticas e decisões clínicas a partir de conceitos, intuições e experiência; e dialogavam entre si em termos que estruturavam um discurso altamente especializado e restrito. Já as enfermeiras concretizavam as decisões médicas, orientadas a partir das prescrições. Não tinham espaço para interferir nas decisões clínicas por estarem continuamente atarefadas e por não dominarem o discurso clínico, crucial para os debates quanto às decisões, gerando um clima de tensão. No contexto do estudo realizado, os autores observaram que, entre médicos e enfermeiras, havia uma distância garantida pela teoria, técnica e valores partilhados por cada grupo profissional, mostrando que os saberes, práticas e princípios de ambos os grupos profissionais eram incomensuráveis entre si, e que isto afetava diretamente as ações em saúde cotidianas.

Neste sentido, Vendemiatti et al (2010) afirma que a desconformidade que há entre a linguagem de cada grupo pode acarretar no aumento da complexidade das ações a serem executadas, produzindo pouco entendimento das diretrizes organizacionais por parte dos profissionais, dando origem ao conflito de interesse e a falta de alinhamento às estratégias coletivas.

Cruz, Pais e Parente (2014) enfatizam a importância de uma equipe coesa para o sucesso das ações de trabalho, ao afirmarem que a prática coletiva direcionada para a conquista de resultados exige um certo grau de dinamismo, onde a interdependência e o empenho de todos os componentes da equipe de trabalho constituem o elemento fundamental para o alcance de resultados exitosos. Hartgerink et al (2014 citados por Cucolo e Perroca, 2015) complementam este pensamento ao dizerem que as discussões multidisciplinares possibilitam um intercâmbio de informações em um ambiente de apoio e estímulo à comunicação, promovendo o desenvolvimento da coordenação relacional, além de aprimorar o desempenho dos processos de trabalho interdependentes.

1.4. Gestão de conflitos aplicada ao setor da saúde

A gestão de conflito consiste em buscar a conciliação entre indivíduos ou grupos com interesses divergentes (Schiefer, Teixeira e Monteiro, 2006 citados por Elias et. al, 2013), permitindo que não hajam vencedores ou vencidos, além de fortalecer a relação profissional/utente (Cunha et. al, 2013).

A gestão de conflitos vem ganhando destaque dentro das organizações modernas, tendo em vista a difícil tarefa de identificar e administrar os conflitos em busca dos melhores resultados para a organização, bem como a satisfação das partes envolvidas. As consequências do conflito nas organizações estão diretamente relacionadas com a forma com que ele é percebido e mediado pelos gestores (Elias et al, 2013). Porém, nem sempre é possível resolver um conflito, uma vez que existem aqueles que não podem e nem devem ser solucionados mediante a via negocial (Kennedy, 1990 citado por Cunha et al, 2013), além do que, num processo de resolução de conflito, há muita energia desperdiçada, que poderia ser direcionada ao desenvolvimento das atividades laborais (Chiavenato, 2004).

Um estudo realizado por Carvalho, Peduzzi e Ayres entre gerentes de unidades de cuidados primários de saúde no Brasil em 2014, a fim de analisar as percepções de conflitos entre trabalhadores, revelou que o enfrentamento dos conflitos por parte dos gestores é sempre tenso, e que não há como articular uma forma harmoniosa de lidar com eles, apesar de serem contínuos. Johnson (1990 citado por Nero, 2008) aponta que a história da diferença entre o poder médico e de enfermagem é um factor que impede a gestão eficaz dos conflitos, porque não existe colaboração de ambas as partes para que esta gestão aconteça. Já Vendemiatti et al (2010) afirma que a própria estrutura organizacional dos hospitais abriga subculturas com peculiaridades que demarcam campos de poder que se constituem em desafios para o processo de gestão. McIntyre (2007) complementa ao dizer que a gestão de conflitos também pode ser dificultada por uma cultura organizacional excessivamente rígida.

De acordo com Cunha et al (2013), devido ao facto do conflito provocar a redução da efetividade e eficiência, tal como o aumento dos custos dos cuidados, abrem-se espaços para novas formas de gestão construtiva de conflitos, de maneira que haja diminuição dos efeitos negativos causados pelos confrontos. Nesse sentido, Braga e Grou (2014) referem

que, ao analisar o conceito de gestão de conflito, é possível constatar que existem várias formas de atuar perante uma determinada situação conflituosa, isto é, perante um conflito é possível adotar diferentes estilos de gestão; sendo do gestor, segundo McIntyre (2007), a incumbência de gerir os conflitos, bem como facilitar a sua gestão, independentemente do tipo de organização de trabalho.

Segundo Claro e Cunha (2017), a mediação, caracterizada pela promoção do diálogo e cooperação entre os indivíduos, é o método mais económico de gerir conflitos. HOPE (2012 citado por Claro e Cunha, 2017) complementa ao afirmar que a mediação permite às instituições de saúde evitar os embates antes de ocorrerem efetivamente, reduzindo o risco de ocorrências escaladas de conflitos e os custos a ela associados. Nascimento (2016) reforça este raciocínio ao reconhecer que o processo de mediação representa um instrumento de trabalho para relações continuadas no tempo, objetivando manter, melhorar, não deteriorar e iniciar relações.

Para Nascimento, 2016, p.206:

[...] os processos dialógicos consensuais e colaborativos permitem alcançar benefícios mútuos, de forma célere, mais económica e com menor desgaste. [...] para além de prevenir a formação de conflitos e a sua reincidência, a mediação possibilita uma melhor fluidez na comunicação e potencializa claras melhorias no relacionamento intergrupar e interpessoal.

Cunha et al (2013, p.132) refere que “a existência de práticas funcionais para a prevenção e gestão de conflitos poderá potenciar uma melhoria dos resultados nas disputas que ocorrem e desenvolver um ambiente organizacional mais saudável”. Além disso, tais práticas contribuem para um trabalho mais cooperativo, minimizando os conflitos, aumentando a satisfação dos trabalhadores e melhorando o atendimento prestado (Kalisch et al., 2010 citados por Cucolo e Perroca, 2015).

Para McIntyre (2007), o gestor, além de buscar soluções construtivas para aplicar às situações de conflito, deve, ainda, saber adotar estratégias específicas para cada caso, a fim de solucioná-los. A seguir esta lógica, Elias et al (2013) afirma que as consequências para o ambiente organizacional geradas pelos conflitos estão, de modo direto, associadas à forma

com o gestor percebe e intervém nas situações conflituosas, além do que, compreender o conflito e os fatores que o motivam é fundamental para traçar estratégias de enfrentamento).

Quando a gestão da organização não reconhece o problema e, portanto, não busca interferir na relação de conflito, os profissionais utilizam de estratégias individuais para gerir situações em que haja incompatibilidade de interesses, relacionadas aos estilos de comportamentos pessoal, que podem ser: evitar o conflito, ou auto-sacrifício para satisfazer as preocupações do outro, ou imposição do seu próprio interesse, ou adoção de solução temporária; ou seja, estratégias não efetivas, na maioria das vezes, pelo que reafirma que a organização possui papel determinante neste cenário (McIntyre, 2007).

Além das tentativas individuais frustradas de gerir o confronto, a falta de ação por parte do gestor no sentido de solucionar os conflitos pode, segundo Claro e Cunha (2017), acarretar em constrangimento entre os profissionais, criando mau ambiente de trabalho, o que interfere necessariamente com o desempenho das funções laborais de todos os colaboradores da organização e reduz a qualidade dos serviços prestados

1.5. A produção de cuidados de saúde

O trabalho em saúde é um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real frequentemente confrontam-se. O trabalho prescrito refere-se a tudo aquilo que precede ao trabalho real, como normas, tempo gasto na operação e modo de utilizar ferramentas; e o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no quotidiano das organizações, longe das condições ideais e idealizadas pelos gestores (Faria e Araujo 2010).

Neste contexto, quando falamos em cuidados de saúde, é comum pensarmos em um conjunto de procedimentos técnicos voltados ao tratamento de problemas de saúde ou na aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Entretanto, além de uma medida terapêutica, uma ação de saúde é a interação entre dois ou mais sujeitos

visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (Ayres, 2003-2004).

Cavalcanti e Carvalho (2010) referem que esse bem estar é atingido a partir da junção de habilidades, saberes e atividades especializadas; fatores indispensáveis à produção de cuidados pois, num sentido micro, colocam os serviços, tecnologias e os equipamentos em funcionamento; fazendo operar todo um sistema, num sentido macro da situação. Segundo Cucolo e Perroca (2015), é justamente o processo produtivo que remete à eficiência das organizações de saúde.

Ayres (2003-2004) define a lógica da produção de cuidados de saúde como sendo simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia instrumentaliza a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos, produzindo-se a saúde. O autor destaca que o que precisamos considerar é que a direção inversa também acontece, pois o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde.

Para além de conhecimento técnico, instrumentos e tecnologias, as relações interpessoais têm se verificado como fundamental para a produção dos cuidados de saúde. O trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de ‘trabalho vivo’ em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está a ser produzido. Estas relações podem, por um lado, ser burocratizadas, resumindo-se à supremacia do saber médico, modelo direcionado à produção de procedimentos, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo. Por outro lado, estas podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (Merhy, 2002 citado por Mehry e Franco, 2003). Deve sempre haver um estreitamento da relação entre o trabalho vivo e o trabalho morto, aquele que antecede ao trabalho vivo, pois quanto maior for a variedade de recursos usados para os atos de cuidado, maior será a possibilidade de se compreender os problemas de saúde, ampliando a capacidade de solucioná-los de forma adequada e satisfatória aos utentes, como também auxiliando na formação dos próprios processos de trabalho (Souza et al, 2014).

As relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato são denominadas tecnologias leves por possuírem caráter relacional, resumindo-se à forma de agir entre trabalhadores e utentes, individuais e coletivos, engajados com a produção do cuidado. As tecnologias instrumentais são identificadas como tecnologias duras porque são estruturadas com a finalidade de elaborar certos produtos da saúde. Já o conhecimento técnico é composto por uma parte dura, que é estruturada, e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (Merhy, 1997 citado por Mehry e Franco, 2003).

Entende-se, portanto, que a produção de cuidados de saúde pressupõe novas formas de relacionamento, tanto na hierarquia institucional quanto na organização do trabalho, nas relações entre profissionais e utentes, propiciando maior vínculo, acolhimento e ampliação do acesso aos cuidados (Kalisch et al., 2010 citados por Cucolo e Perroca, 2015).

Sendo as relações humanas indispensáveis à produção de cuidados de saúde, Ayres (2003-2004) afirma que o momento assistencial não deve estar pautado numa interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” - a doença - que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam, pois a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Nesse sentido, o cuidar é um tipo de saber que transcende a técnica e a ciência, permitindo o livre exercício de subjetividade criadora, afirma o autor.

Com a mudança do conceito de saúde, originou-se o cuidar holístico e coletivo, tornando o padrão de cuidado organicista, pautado na atuação médica, obsoleto. Dessa forma, diversos elementos do utente passam a ser ponderados no processo saúde-doença, abrindo espaço para atuação de outros profissionais que buscam o restabelecimento do indivíduo como um todo. Para tal, a promoção da saúde, a prevenção das doenças e recuperação da saúde atuam de maneira cooperativa promovendo a ação intersetorial e a autonomia de grupos profissionais na integração dos conhecimentos e na troca dos saberes. (Cavalcanti e Carvalho, 2010).

A gestão de cuidados de saúde

A gestão dos cuidados de saúde consiste em um conjunto de atividades que visam a melhor aplicação de recursos a fim de serem atingidos os objetivos das organizações de saúde, em busca de melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos Lucas e Varela (2013).

Ainda segundo Lucas e Varela (2013), a gestão da produção de cuidados exerce importante papel em termos de eficiência para a qualidade da assistência de saúde. A aplicação de ferramentas de gestão do processo produtivo possibilita avaliar a eficiência e a eficácia das atividades realizadas, contribuindo para a tomada de decisão e para as negociações voltadas à melhoria do processo de produção dos cuidados de saúde (Cucolo e Perroca, 2015).

Os serviços de saúde normalmente possuem modelos de gestão técnico-brocráticos, pautados por atividades cronometradas, reguladas por protocolos de ação verticais e centrados em procedimentos médicos. Tais modelos são sustentados pela lógica do trabalho individualizado, em que cada um ocupa seu lugar, seu setor, ou seja, cada um tenta preencher totalmente os requisitos de seu papel profissional de forma disciplinada, organizada, marcada por comunicações verticais hierarquizadas e horizontais corporativas (Faria e Araujo 2010).

Para Vandemiatti et al (2010), o processo gerencial nas organizações de saúde ocorre na tensão entre duas dimensões: subcultura de especialistas técnicos e subcultura administrativa; pois “[...] por um lado, não abandona a missão da saúde e o compromisso com a superação das situações limite que envolvem a preservação da vida e, por outro, tem que lidar com a racionalização característica dos processos de gestão hospitalar” (p.1302).

A complexidade e as incertezas do setor da saúde consistem em desafios para a gestão do cuidado. Cecílio e Mendes (2004 citados por Faria e Araujo, 2010) apontam essas diversidades ao afirmarem que, quase sempre as coisas não funcionam como o previsto no setor da saúde devido às suas especificidades, considerando que a autonomia que é dada aos seus profissionais permite-os reinterpretar e reinventar normas e diretrizes, além de reconstruir dinâmicas e práticas no cotidiano de trabalho. Com isso, muitas vezes, em uma

mesma instituição de saúde, coexistem formas distintas de produção de cuidado. E assim convivem diferentes perspectivas de olhar para o processo de trabalho, para os produtores de saúde e para o que se espera que sejam os produtos: promoção, cura e reabilitação da saúde.

Reconhecer a diversidade do setor é parte crucial no processo de gestão dos cuidados de saúde, cabendo aos respectivos gestores a compreensão e satisfação das diferentes demandas entre as subculturas que coexistem na saúde, de forma que todas sintam-se pertencentes ao processo, facilitando, portanto, as mudanças culturais internas (Vandemiatti et.al, 2010).

1.6. A qualidade do cuidado em saúde

Para prestar assistência à saúde com qualidade, é indispensável atender de modo eficaz as necessidades do utente, promovendo a participação ativa deste no seu cuidado, de acordo com sua individualidade, e ter uma visão holística do ser humano (Soares, 2012 citado por Silva et al, 2006). Neste sentido, o autor entende que a transformação para a qualidade na assistência exige esforços e trabalho em equipa.

Segundo Erdmann et al (2004, p.467), “o cuidado está associado ao processo de viver e se materializa em relações complexas entre os seres e entre estes e os ambientes organizacional, institucional e natural”.

A qualidade do cuidado de saúde é difícil de definir, pois, no contexto do senso comum, os critérios utilizados para mensurá-la são juízos de valor aplicados a elementos que constituem o processo assistencial. Portanto, a definição de qualidade varia consoante o que cada um deseja, sendo, normalmente, um reflexo de valores e objetivos. Embora alguns resultados sejam inconfundíveis e de fácil medição, como a morte, por exemplo, outros não possuem uma definição clara, como a satisfação do utente (Donabedian, 2005).

Para Lucas e Varela (2013, p. 154), “a satisfação é vista como um conceito multidimensional, subjetivo, relacionado com valores culturais, dinâmico e, por isso, de difícil definição”. Os autores consideram como um dos fatores que dificultam a

mensuração da qualidade dos cuidados de saúde a heterogeneidade deste setor, já que “[...] a performance dos serviços altera-se diariamente, de cuidador para cuidador e de utente para utente” (p.158).

Donabedian (2005) entende que uma forma de avaliar a qualidade da prestação do cuidado de saúde é examinar o processo de cuidado em si e não os seus resultados, o que significa que o primordial é saber se o atendimento desejado foi aplicado, reduzindo o foco no poder da tecnologia médica em alcançar resultados. Para isso, é preciso considerar: 1) a adequação, integralidade e redundância das informações obtidas através da história clínica, exame físico e testes diagnósticos; 2) a justificação do diagnóstico e terapia adotados; 3) a competência técnica na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, incluindo cirurgia; 4) a evidência de manejo preventivo em saúde e doença; e 5) a coordenação e continuidade dos cuidados.

Historicamente, a função de avaliar a qualidade dos serviços de saúde era dada aos médicos, que, por sua vez, associavam a qualidade às competências técnicas. Entretanto, com o passar dos anos, a mensuração da qualidade ganha nova amplitude, passando a valorizar outras variáveis, dentre elas a satisfação daqueles que recebem os cuidados (Lucas e Varela, 2013). Nesta perspectiva, os autores consideram a satisfação do utente o principal indicador de qualidade, além de ser uma forma de garanti-la. Orientam que a sua avaliação seja realizada através de pesquisas e indagações, possibilitando, desta forma, reconhecer e valorizar os acertos e corrigir as falhas. Os autores enfatizam que o grau de satisfação dos utentes deve ser visto como um valor que norteie a conduta dos prestadores de cuidados.

Segundo Erdmann et al (2004), especificamente nas organizações de saúde, existe a necessidade de comprovação de resultados eficazes e efetivos através da demonstração de eficiência (relação custo-benefício), mas são os valores intangíveis que constituem motivações para um melhor fazer.

As restrições no âmbito da prática, políticas e as limitações financeiras do sistema de saúde, além da fragmentação e das tensões profissionais, têm prejudicado o fornecimento e melhoria dos cuidados requeridos. Portanto, faz-se necessário criar ferramentas de gestão do processo de produção de cuidados de saúde cuja aplicabilidade possibilitaria avaliar a eficiência e a eficácia das atividades realizadas de forma sistêmica,

contribuindo para a tomada de decisão e negociações para melhoria dos processos de trabalho (Cucolo e Perroca, 2015).

Neste sentido, Erdmann et al (2004) consideram oportuno e conveniente desenvolver uma dimensão teórico-referencial que direcione as ações continuamente para a melhoria da prática de cuidados de saúde. Todavia, assumem que esta tarefa é desafiante à medida que forem considerados todos os aspectos particulares de como cada ser humano vê e reage ao seu mundo; e de como cada organização de saúde, seja pública ou privada, é concebida, compreendida e gerenciada.

2. Procedimentos metodológicos

2.1. Características da pesquisa

Do ponto de vista da natureza, a pesquisa desenvolvida é quanti-qualitativa, do tipo explicativa com componentes descritivos, de abordagem empírica e fundamentada em dados primários.

A pesquisa qualitativa tem como finalidade central compreender fenômenos sociais por meio de entrevistas e análises da consciência dos sujeitos implicados nos fenômenos (Richardson, 1999). Por esta razão, “atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles” (Zouain, 2005 citado por Augusto et al., 2013 p.748). Em contrapartida, estudos quantitativos são indiferentes à riqueza de descrições, pois seus pressupostos são mais objetivos e gerais. Por conta disso, optam pela aplicação de questionários por serem mais diretos na captura de dados (Augusto et. al, 2013).

Uma análise qualitativa busca o entendimento das informações transmitidas pelos sujeitos, associando-as ao contexto no qual estes estão inseridos; sendo a compreensão das falas dos agentes da amostra, delimitada pela abordagem teórica conceitual do pesquisador (Fernandes, 1991 citado por Alves e Silva, 1992). A análise dos dados é feita de forma indutiva, tendo como principal interesse o processo e não os resultados (Mozzato e Grzybovski, 2011). Já a pesquisa quantitativa busca informações através de dados quantitativos, permitindo estabelecer relações entre variáveis definidas. Está focada no ato de medir e analisar relações causais entre variáveis, e não processos. (Augusto et. al, 2013).

Shah e Corley (2006) incentivam o uso da metodologia quanti-qualitativa ao ressaltarem que os estudos organizacionais têm muito ao ganhar ao utilizarem os dois métodos de pesquisa em simultâneo.

No que diz respeito ao tipo de estudo, Richardson (1999) refere que as pesquisas explicativas estabelecem relações entre variáveis, para determinar a ligação causa-efeito; enquanto componentes descritivos, segundo Augusto et al. (2013), têm por objetivo e

contribuição descrever factos e fenómenos de uma realidade já conhecida, proporcionando novas visões sobre essa realidade.

Relativamente à abordagem escolhida, a pesquisa baseia-se nas experiências quotidianas dos inquiridos (Gerhardt e Silveira, 2009). Quanto ao tipo de dados coletados, de acordo com Richardson (1999), as informações extraídas para análise apresentam relação direta com os factos analisados, tendo em conta que foram especificamente obtidas para esta investigação.

2.2. Procedimento de recolha de dados

A técnica utilizada para recolha de dados foi inquérito por questionário. O instrumento (anexo) foi desenvolvido através da plataforma GoogleForms, encontrando-se disponível para respostas online entre os meses de abril e maio de 2019. Compreende dezasete perguntas de múltipla escolha divididas em cinco eixos: 1) Dados sociodemográficos; 2) conflito; 3) práticas organizacionais; 4) gestão de conflito; e 5) consequências do conflito para a qualidade do cuidado; além de uma questão semi-estruturada para dar ao entrevistado a liberdade de acrescentar informações que pudessem não estar contempladas no roteiro; e uma pergunta aberta, que permitiu aos profissionais exprimir as suas opiniões, de forma eletiva, acerca dos assuntos abordados, tal como descrever um relato de situação vivida. Os inquéritos foram aplicados com o consentimento dos inquiridos, no que diz respeito à utilização dos dados para fins académicos, dando-lhes a garantia de confidencialidade e anonimato.

Os propósitos do questionário foram: 1) captar a perceção que os médicos e enfermeiros têm acerca da contribuição das práticas das organizações de saúde para o conflito entre as categorias profissionais investigadas; 2) averiguar se, na visão dos inquiridos, a gestão do conflito de facto ocorre nas organizações hospitalares; e 3) perceber se e de que forma os profissionais associam o conflito à redução da qualidade do atendimento oferecido ao utente.

2.3. Amostra da pesquisa

Participaram da pesquisa setenta e cinco profissionais, sendo cinquenta e três enfermeiros e vinte e dois médicos. Optou-se por utilizar uma amostragem aleatória, considerando que este estudo não tem como objetivo investigar as práticas de uma única organização hospitalar. Chegou-se aos profissionais através da partilha do link (hiperligação) do questionário, gerado pela plataforma GoogleForms, nas redes sociais, juntamente com um pedido de colaboração.

Os critérios de exigência para o profissional tornar-se elegível para compor a amostra desta pesquisa foram os seguintes: 1) ser licenciado em medicina ou enfermagem; e 2) ter experiência prática na área de formação com desenvolvimento, no contexto hospitalar público ou privado, de funções em equipas de saúde constituídas, minimamente, por médicos e enfermeiros.

A escolha das instituições hospitalares como cenário de pesquisa deve-se à complexidade destas organizações devido ao convívio entre agentes com diferentes identidades, especialidades e níveis de poder (Vandemiatti et al (2010), nas quais são imprescindíveis o estreitamento e eficiência das relações interprofissionais, de modo que se permitam alcançar os objetivos a que se propõem. Já a escolha das categorias profissionais está relacionada ao facto de que médicos e enfermeiros representam os dois grupos de maior representatividade na assistência hospitalar, cujas atividades estão permanentemente interligadas, fator que leva-os a desenvolver relações interpessoais muito próximas uns com os outros (Oliveira et. al, 2010).

Não foi definido um número máximo de participantes. As respostas foram recolhidas até o fim do período designado para tal, tendo em conta os prazos definidos no cronograma de elaboração da pesquisa.

3. Apresentação e análise dos dados

3.1. Análise descritiva

Caracterização sociodemográfica da amostra

Para caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico, os inquiridos tiveram de responder a questões referentes ao grupo etário e género aos quais pertencem, além do maior grau académico que detêm.

Entre os enfermeiros inquiridos, há predominância de pessoas com idade entre 35 a 44 anos, enquanto a maior parte dos médicos tem entre os 25 e 34 anos de idade. Nenhum participante é maior de 60 anos. Relativamente ao género dos profissionais, 91% dos enfermeiros são do sexo feminino. Já no grupo dos médicos, apenas 32% da amostra pertence ao sexo feminino.

Os respondentes são, na globalidade, detentores de título de curso superior, tendo em vista os critérios de selecção da amostra pretendida. De uma forma geral, o grupo de médicos possui maior nível de qualificação, considerando que 89% dos enfermeiros possui apenas licenciatura/bacharelato, contra 64% dos médicos. É maior a percentagem de médicos com título de mestre. Em contrapartida, neste grupo não há profissionais com doutoramento ou pós-doutoramento, ao contrário do que vemos na amostra relativa aos enfermeiros.

Os dados referidos acima podem ser verificados na tabela abaixo, que apresenta os resultados, em percentagem, por indicador e grupo profissional.

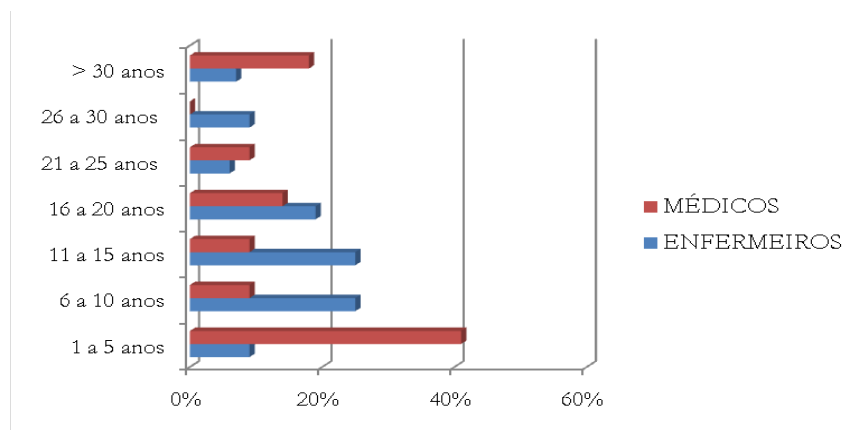
Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra

		ENFERMEIROS	MÉDICOS
Gênero	Feminino	91%	32%
	Masculino	9%	68%
Grupo etário	< 25	4%	5%
	25-34	22%	45%
	35-44	49%	23%
	45-54	16%	14%
	55-60	9%	14%
	>60	0%	0%
Grau acadêmico concluído	Licenciatura/bacharelado	89%	64%
	Mestrado	7%	36%
	Doutoramento	2%	0%
	Pós-doutoramento	2%	0%

Prática profissional

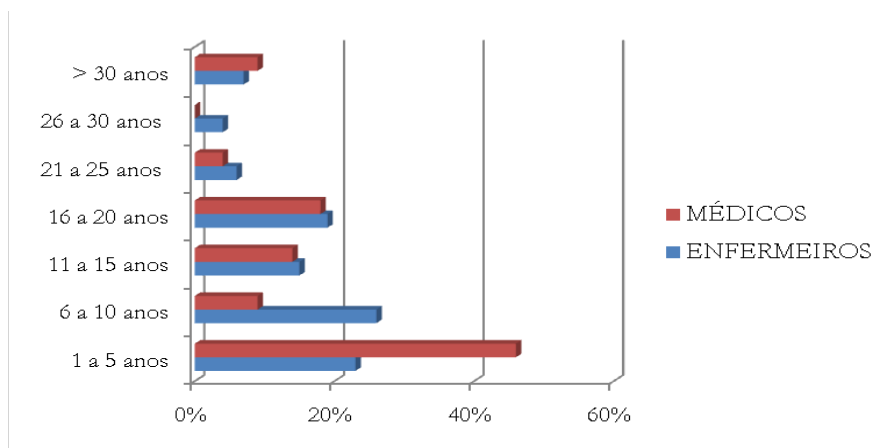
No que se refere à vivência profissional, 50% dos enfermeiros inquiridos têm entre 6 e 15 anos de experiência, enquanto 41% dos médicos têm menos de 5 anos de vivência profissional.

Gráfico 1- Percentagem de enfermeiros e médicos por ano de experiência profissional na área de formação



Quando falamos de anos trabalhados em instituições hospitalares, observamos que 26% dos enfermeiros possuem entre 6 e 10 anos de experiência, enquanto 46% dos médicos têm menos de 5 anos de experiência profissional.

Gráfico 2- Percentagem de enfermeiros e médicos por anos de experiência profissional em organizações hospitalares públicas e privadas

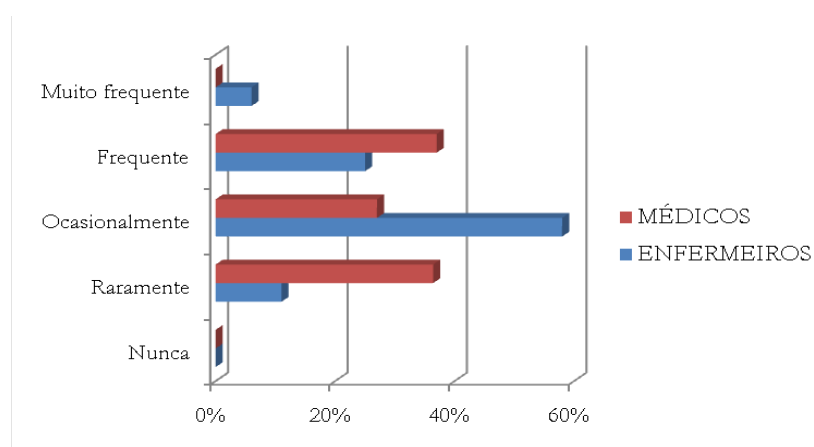


3.2. Análise crítica

A frequência dos conflitos

Quando questionados sobre a frequência da ocorrência de conflitos entre médicos e enfermeiros, nenhum profissional alegou não ter ocorrido conflito entre médicos e enfermeiros nas organizações hospitalares onde exercem ou já exerceram atividades profissionais. Enquanto 58% dos enfermeiros referem-se a este tipo de conflito como algo ocasional, 37% dos médicos consideram este problema frequente nas instituições hospitalares.

Gráfico 3 - Frequência dos conflitos entre médicos e enfermeiros nas organizações hospitalares



Quando questionados¹ a respeito dos conflitos que possam ter experienciado no ambiente de trabalho, 80% dos enfermeiros assumiram que já tiveram conflitos com médicos; e 68% dos médicos revelam que também já viveram essas experiências com enfermeiros, reforçando, portanto, o que já fora levantado por Braga e Grou (2014), ao

¹ Aos enfermeiros, foi perguntado relativamente aos conflitos com médicos; aos médicos, com relação aos embates com enfermeiros

afirmarem que as organizações de saúde são consideradas potenciais locais para a ocorrência de conflitos devido a frequente exposição de pessoas e grupos diferentes a situações de urgência e à existência de diversas atividades altamente interdependentes.

A relação das práticas organizacionais com o conflito

Para conhecer a percepção dos profissionais acerca do papel das práticas organizacionais nas situações de conflito, foi perguntado aos inquiridos se os mesmos consideravam que as práticas organizacionais adotadas pelas instituições hospitalares motivam o surgimento de conflitos entre médicos e enfermeiros. Dentre os enfermeiros, 58% consideraram que estas são frequentemente ou muito frequentemente responsáveis pelo desencadeamento dos conflitos. No grupo dos médicos, 41% enxergam as práticas organizacionais como frequentemente motivadoras destes embates. Apenas 4% dos enfermeiros, assim como 4% dos médicos, não associam as práticas institucionais ao surgimento destes conflitos.

Os respondentes também foram perguntados se consideravam que tais práticas intensificam os conflitos entre médicos e enfermeiros. Em resposta, 60% dos enfermeiros atribuíram às práticas organizacionais a responsabilidade pelo agravamento dos conflitos, de forma frequente ou muito frequente, assemelhando-se à percepção dos médicos - 59% deles acreditam que é frequente a contribuição dessas práticas no fortalecimento do conflito. Somente 6% dos enfermeiros e 4% dos médicos consideram que tais práticas não têm influência sobre o conflito já estabelecido.

Tabela 2 – Frequência das implicações das práticas organizacionais no surgimento e agravamento dos conflitos entre médicos e enfermeiros

	Considera que as práticas organizacionais motivam o surgimento de conflitos?		Consideram que as práticas organizacionais intensificam os conflitos?	
	ENFERMEIROS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	MÉDICOS
Muito frequente	29%	5%	25%	5%
Frequente	29%	41%	35%	59%
Ocasionalmente	34%	36%	25%	14%
Raramente	4%	14%	9%	18%
Nunca	4%	4%	6%	4%

Quando questionados sobre qual(is) prática(s) das organizações hospitalares exercem papel no conflito entre médicos e enfermeiros, de modo a motivar ou intensificar as tensões, 84% dos enfermeiros mostraram considerar os privilégios concedidos pelas organizações a determinados grupos profissionais, como sendo a principal prática a provocar os conflitos entre médicos e enfermeiros, enquanto 64% dos médicos apontaram a escassez de recursos humanos e materiais como a prática responsável por motivar ou intensificar estes conflitos. Para ambos os grupos profissionais, a pressão para comprovação de resultados é a prática que menos repercute nos embates entre os profissionais.

Tabela 3 - O papel das práticas organizacionais no conflito entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar

POLÍTICAS ORGANIZACIONAIS	ENFERMEIROS	%	MÉDICOS	%.
Política de privilégios para determinados grupos profissionais	46	84	7	32
Discrepâncias salariais	28	51	11	50
Escassez de recursos humanos e/ou materiais	34	62	14	64
Inexistência da descrição de funções e competências de cada profissional	16	29	9	41
Promoção da interdependência dos profissionais	17	31	4	18
Banalização do conflito	22	40	10	45
Ausência de política de comunicação interna clara	25	45	11	50
Regras não explícitas	19	35	4	18
Pressão para comprovação de resultados	7	13	3	14
Falta de investimento em formação	10	18	8	36
Nenhuma das opções	0	0	0	0

Dois dos enfermeiros inquiridos responderam que, além das práticas organizacionais listadas no inquérito, a ausência de protocolos de serviços e cargos de chefia direcionados apenas a médicos também são razões para que ocorram conflitos entre estes profissionais e os enfermeiros. Um dos médicos acrescentou que a falta de senso comum e civismo também corroboram com os conflitos.

Neste contexto, Lima (1994) e Bedani & Veiga (2015 apud Askenazy et al., 2002; Bauer, 2004; Greenan e Mairesse, 2003; Ichniowski et al., 1997; Kostova, 1999; e Schein, 1985) ratificam as respostas acima ao declararem que as práticas organizacionais podem exercer influência emocional sobre os trabalhadores, atuando sobre o comportamento dos mesmos de modo a desencadear conflitos entre eles.

A gestão do conflito entre médicos e enfermeiros

Relativamente à postura que as instituições hospitalares assumem frente ao conflito, os profissionais foram perguntados se consideravam que as mesmas adotam práticas que ajudam a evitar os conflitos entre médicos e enfermeiros. No grupo dos enfermeiros, 79%

disseram que nunca ou raramente estas instituições adotam práticas a fim de evitar os conflitos. Entre os médicos, 41% alegam que esta estratégia é rara nas organizações hospitalares e 27% diz que é ocasional. Os inquiridos também foram indagados acerca das estratégias de resolução de conflitos aplicadas pelas organizações hospitalares. Neste caso, 87% dos enfermeiros e 64% dos médicos referiram que nunca ou raramente as instituições hospitalares desenvolvem estratégias para solucionar conflitos entre médicos e enfermeiros.

Tabela 4 – Frequência da adoção de práticas, por parte das organizações hospitalares, para evitar e solucionar os conflitos

	Considera que as organizações hospitalares adotam práticas para evitar conflitos?		Considera que as organizações hospitalares possuem estratégias de resolução de conflitos?	
	ENFERMEIROS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	MÉDICOS
Muito frequente	2%	0	4%	0
Frequente	5%	14%	0	13%
Ocasionalmente	14%	27%	9%	23%
Raramente	44%	41%	47%	41%
Nunca	35%	18%	40%	23%

Apesar de alguns autores, tais quais Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014); Johnson (1990 citado por Nero, 2008); Vendemiatti et al (2010) e McIntyre (2007) apresentarem razões que dificultam o trabalho do gestor na gestão de conflito, como a falta de colaboração das partes envolvidas no conflito, a estrutura hospitalar complexa, a cultura organizacional, etc., os inquiridos, de uma forma geral, apontam que é quase sempre inexistente a iniciativa, por parte do gestor, de intervir nos confrontos, como é possível observar adiante.

Em resposta a questões sobre o comportamento do gestor de equipa, com fins de mediação e conciliação em situações de conflito, 74% dos enfermeiros disseram que, nas situações de conflito que vivenciaram ou presenciaram, o gestor nunca ou raramente interveio com a finalidade de mediar. Os médicos reforçam esta narrativa - 73% deles

partilham da mesma opinião. Referente à conciliação, 73% dos enfermeiros alegou que o gestor nunca ou raramente agiu como conciliador nas situações de conflito. Dentre os médicos, o número de profissionais que tem esse mesmo parecer é ainda superior, proporcionalmente falando: 82%.

Tabela 5 – Atuação dos gestores enquanto mediadores e/ou conciliadores nas situações de conflitos

	Com que frequência houve interferência por parte do gestor com fins de mediação?		Com que frequência houve interferência por parte do gestor com fins de conciliação?	
	ENFERMEIROS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	MÉDICOS
Muito frequente	2%	0	2%	0
Frequente	13%	9%	11%	9%
Ocasionalmente	11%	18%	14%	9%
Raramente	38%	55%	35%	64%
Nunca	36%	18%	38%	18%

As consequências do conflito para o trabalho individual/coletivo e para a qualidade dos cuidados de saúde

No que diz respeito às consequências que os conflitos geram para a produção dos cuidados de saúde, os profissionais responderam a duas perguntas, sendo a primeira relativa ao trabalho em equipa e a segunda, ao trabalho individual. Apenas 2% dos enfermeiros e 4% dos médicos consideraram que os conflitos não exercem influência sobre o desenvolvimento do trabalho a nível coletivo. Já 82% dos enfermeiros e iguais 82% dos médicos responderam que estes conflitos, frequentemente ou muito frequentemente, comprometem o resultado das atividades desenvolvidas em equipa. Quando o assunto é o trabalho profissional individual, 53% dos enfermeiros e 68% dos médicos reconheceram que, numa situação de conflito, frequentemente ou muito frequentemente o exercício das atividades é prejudicado.

Tabela 6 – Frequência com a qual os conflitos afetam o trabalho individual e em equipa nas organizações hospitalares

	Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares prejudicam o desenvolvimento do trabalho em equipa?		Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares comprometem o resultado do trabalho em individual?	
	ENFERMEIROS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	MÉDICOS
Muito frequente	33%	50%	20%	32%
Frequente	49%	32%	33%	36%
Ocasionalmente	12%	14%	38%	27%
Raramente	4%	0	7%	0
Nunca	2%	4%	2%	5%

No que concerne ao comprometimento da qualidade do cuidado prestado ao utente, ocasionado pelos conflitos entre médicos e enfermeiros, os inquiridos responderam a dois questionamentos, sendo o primeiro relativo à qualidade do cuidado propriamente dita e, a segunda, à ocorrência de falhas graves na assistência ao utente. Dentre os enfermeiros, 63% referiram que o impacto dos conflitos na qualidade dos serviços prestados aos utentes é frequente ou muito frequente; 77% dos médicos apresentaram o mesmo parecer. A mesma percentagem – 64% – de enfermeiros e médicos aponta que os conflitos entre ambos os grupos profissionais, de forma frequente ou muito frequente, são responsáveis pela incidência de falhas humanas importantes.

Tabela 7 - Frequência com a qual os conflitos interferem na qualidade do cuidado prestado aos utentes no contexto hospitalar

	Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares interferem na qualidade do cuidado prestado ao utente?		Considera que as situações de conflito podem levar à ocorrência de erros graves, que colocam em risco a saúde dos utentes?	
	ENFERMEIROS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	MÉDICOS
Muito frequente	27%	32%	22%	23%
Frequente	36%	45%	42%	41%
Ocasionalmente	22%	18%	20%	23%
Raramente	9%	0	11%	9%
Nunca	6%	5%	5%	4%

Relativamente às respostas acima apresentadas, Elias et al (2013) enfatiza as consequências do conflito à redução da qualidade do serviço oferecido, ao afirmar que, numa situação conflituosa, as atitudes de cooperação dão lugar a condutas egoístas, afetando os relacionamentos interpessoais e, consequentemente, interferindo na produtividade grupal e individual.

Em resposta à questão aberta, os inquiridos tiveram a oportunidade de partilhar experiências conflituosas que vivenciaram nas organizações hospitalares onde tenham trabalhado, além de manifestar suas opiniões acerca das condutas assumidas pelas instituições frente aos conflitos, e expor o desfecho dessas situações, bem como suas consequências para a oferta de cuidados de saúde.

De uma forma geral, os dois grupos profissionais apresentaram opiniões muito semelhantes, com exceção da perceção acerca da prática organizacional que mais traz implicações para os conflitos entre médicos e enfermeiros. Talvez a posição de destaque que o médico ocupe no contexto hospitalar, como afirmam Vandemiatti et. al (2010) Vargas (2010), remeta os enfermeiros à eleição da política de privilégios destinada a este grupo, instituída nas organizações hospitalares, como a principal razão para o

desencadeamento de conflitos. As falas destas enfermeiras inquiridas, destacadas abaixo, retratam o sentimento de desigualdade no tratamento às diferentes classes profissionais:

“[...] estar ² dos médicos bem localizado e estruturado, estar da enfermagem dentro do depósito de materiais, tendo pessoas que dormir no chão” (Enfermeira, licenciada, 2 anos de atuação na área hospitalar).

“Um médico fez uma prescrição errada, segui o que pedia a prescrição e fui demitida. O médico continuou com o emprego garantido e a supervisão o isentou de toda a culpa, inclusive a supervisora de enfermagem. Isso mostra que, para a gestão, o enfermeiro é um ser facilmente substituível e o médico é hipervalorizado. Essa postura dos gestores gera ainda mais conflitos entre estes dois grupos profissionais” (Enfermeira, licenciada, 2 anos de atuação na área hospitalar).

As conclusões às quais se chegam as profissionais demonstram que as práticas organizacionais de distinção de classes, não só criam a oportunidade de haver conflito entre os grupos, como motivam as profissionais a assumirem uma posição hostil em resposta à injustiça percebida, conforme frisado por McIntyre (2007) e Falk (2000 citado por Braga e Grou, 2014).

O facto dos médicos ocuparem um lugar de destaque frente aos demais profissionais da equipa de saúde gera uma hierarquia institucionalizada, dando a esta classe autonomia para estabelecer novas regras de funcionamento dos serviços de saúde. Criam-se, portanto, insegurança e stress nos outros profissionais, levando ao surgimento de conflitos entre estes e os médicos (Vargas, 2010). Podemos compreender a fala do autor mencionado através dos depoimentos de alguns enfermeiros que verificam, na relação quotidiana de trabalho com os médicos, que a imagem do enfermeiro é subalternizada e que é perceptível a desvalorização dos conhecimentos e capacidades dos enfermeiros por parte dos médicos.

² staff

“Profissional médico dar ordem verbal à equipa de enfermagem” (Enfermeira, licenciada, 29 anos de atuação na área hospitalar).

“Médicos a dormir durante o plantão em setores de emergência e a enfermagem com a responsabilidade de acordá-los se surgir intercorrência. Sempre causam conflitos por que eles acham que temos essa obrigação” (Enfermeira, licenciada, 15 anos de atuação na área hospitalar).

“No meu dia-a-dia, é fácil encontrar situações em que minhas colegas enfermeiras chefes de centros cirúrgicos são obrigadas a passar por situações conflituosas por abuso de cirurgiões que se acham ou têm certeza de que são Deuses. Os mesmos não querem respeitar a resolução que proíbe o uso de joias e outros objetos no interior dos centros cirúrgicos. Vemos também conflitos com a esterilização porque eles, algumas vezes, reclamam que suas óticas não podem ser autoclavadas em determinadas temperaturas. Isso é só uma pequena parte do que acontece. A Enfermagem não é respeitada e nem valorizada pela classe médica” (Enfermeira, licenciada, 10 anos de atuação na área hospitalar).

Essa hierarquia estabelecida nas organizações hospitalares, que coloca o médico numa posição de superioridade, de acordo com Nero (2008), é o aspeto mais negativo na relação entre enfermeiros e médicos. Segundo a autora, a medicina possuiu sempre o poder de decisão dentro da equipa de saúde, enquanto a obrigação dos enfermeiros era de cumprir os pareceres médicos. Essa relação entre soberania e submissão parece ter se prolongado no tempo, quando nos deparamos com discursos como este a seguir:

“ [uma razão para acontecer o conflito é] Quando o enfermeiro precisa questionar uma prescrição e o questionamento não é bem recebido, apesar de influenciar diretamente na assistência ao paciente” (Enfermeira licenciada, 10 anos de atuação na área hospitalar).

Segundo Vandemiatti et. al (2010), a autonomia que é dada ao médico faz com que o mesmo assuma naturalmente uma posição de liderança, realizando atividades em função do que julga correto para a situação. Com isto, recusa-se a atender aos conselhos da enfermagem, que, por sua vez, tende a adotar uma posição resistente às recomendações médicas, implicando em perturbações no seguimento de esquemas terapêuticos, ou mesmo em erros que poderiam ser evitados (Oliveira et al, 2010). É possível verificar a ocorrência de ambas situações nas narrativas das inquiridas a seguir:

“A médica prescreveu uma medicação com a dosagem em miligramas como se fossem 2 ampolas. Comuniquei a mesma sobre a situação, tendo em vista que essa dosagem não se utiliza nem em adultos e, no caso, seria uma hiper dosagem. Daí, ela não aceitou a crítica e tivemos uma breve briga verbal. Tive que passar para a coordenação médica para que fosse feita outra prescrição com o cálculo exato [...]”(Enfermeira, licenciada, 1 ano de atuação na área hospitalar).

“A residente médica não considerou o apontamento da enfermeira, chegando a ser grosseira, alterando a voz com a profissional diante da equipe. Logo após, o paciente agravou, a médica fez o que a enfermeira sugeriu, porém não se desculpou” (Enfermeira, licenciada, 2 anos de atuação na área hospitalar).

“Solicitei passagem de sonda de alívio em paciente devido a bexigoma e a equipa da enfermagem discordou devido ao mesmo ter urinado recentemente” (Médica, licenciada, 2 anos de atuação na área hospitalar).

A histórica soberania médica, juntamente com a conquista de espaço da enfermagem no contexto na saúde, deu início a uma disputa de poder entre as duas classes, suscitando, de acordo com Farias e Vaitsman (2012), oposições impulsionadas pela divisão de poder e prestígio, inerente às organizações hospitalares. É possível, portanto, após analisar os dados obtidos através dos questionários, constatar que os conflitos entre médicos e enfermeiros são causados, muitas vezes, pela competição que advém da busca por mais notoriedade. Um dos enfermeiros inquiridos, com 23 anos de atuação na área

hospitalar, cita, por exemplo, o “*confronto de funções e decisões*” como causa frequente dos embates entre a equipa médica e a equipa de enfermagem.

No relato da profissional abaixo, podemos atestar o que foi dito por Farias e Vaitsman (2002), ao destacar que o exercício do poder médico causa pressão sobre as outras categorias profissionais com as quais a equipa médica mantém relações no contexto de trabalho, pois leva os demais profissionais ao sentimento de invasão de suas competências por parte dos médicos.

“O médico (residente), com um tom agressivo, me questionou o porquê de eu ter guardado os prontuários, informei q o lugar deles não era no balcão e sim no arquivo médico. O mesmo, não satisfeito, perguntou quem eu era e eu respondi: sou a enfermeira que você vai ter que respeitar, queira ou não, nos seus próximos 3 anos. Meu trabalho tem fluxo, ou segue ou sai. Acho q ele escolheu ficar” (Enfermeira, licenciada, 9 anos de atuação na área hospitalar).

Ainda no que diz respeito à disputa de poder entre a classe médica e de enfermagem, Farias e Vaitsman (2002) apontam a autoridade médica sobre os outros grupos profissionais da saúde como uma forma de ratificar o escalão hierárquico implícito do médico. Na fala a seguir fica evidente a reflexão feita pelos autores:

“Certa vez, fui pressionado a fazer um procedimento que, no momento, eu contraindicava. Fui verbalmente agredido pela enfermeira, que, de uma certa forma, quis me obrigar a fazer o procedimento e discutimos feio. Claro que a hierarquia veio à tona na discussão, onde tive que me por como médico e deixar claro que a autoridade por decidir seria minha e não dela como enfermeira. Eu fui denunciado ao meu conselho por esta enfermeira, que, de forma espontânea e depois de algumas conversas sobre o que aconteceu com a direção, resolveram retirar a queixa contra mim” (Médico, licenciado, 15 anos de atuação na área hospitalar).

O depoimento anterior também reitera o que fora apresentado por Nero (2008), quando referiu que médicos e enfermeiros querem demonstrar que seus papéis são prevaletentes no cuidado aos doentes, originando a disputa pelo controle da assistência ao utente, que, por sua vez, gera o conflito.

Nesta outra fala, é possível novamente criar um elo entre o que é apresentado na literatura e o que revela a prática profissional, uma vez que nos deparamos com uma situação de enfrentamento entre enfermeiros e médicos, causada, por um lado, pela imposição do médico em reafirmar a sua superioridade; por outro lado, pela necessidade do enfermeiro validar a sua notoriedade.

“Trabalho em um Hospital [...] de grande emergência que é administrado por uma Organização Social, onde somos referência para picada de animais peçonhentos, como: aranha, cobra, escorpião e etc. Eu conheço todo o fluxo e sei toda conduta a ser tomada quando nos deparamos com essas situações e alguns médicos aceitam receber informações de uma enfermeira, outros não. Até aí tudo bem, mas quando não aceitam e eu sei que não sabem como proceder, sempre entramos em conflitos, pois eu penso no paciente e o médico apenas não aceita receber informações e nem admitir que o enfermeiro pode sim saber mais que ele [...]” (Enfermeira, licenciada, 9 anos de atuação na área hospitalar).

De uma forma geral, nota-se que a disputa por poder entre a classe médica e a de enfermagem, dentro das organizações hospitalares, dá origem a provocações mútuas, falta de colaboração entre os trabalhadores e desrespeito decorrente de relações assimétricas entre os funcionários (Vandemiatti et al, 2010; e Carvalho et. al , 2014).

Embora a literatura, tanto quanto os discursos dos inquiridos, revele o conflito entre médicos e enfermeiros como facto continuado dentro das organizações de saúde, em especial as hospitalares, devido a complexidade das inter-relações que nela habitam, influenciada, segundo Faria e Vaitsman (2012), pela diversidade de categorias profissionais e pela distribuição de poder própria das instituições de especialistas; o que é percebido através das respostas dos inquiridos desta pesquisa é que usualmente os gestores de equipa

de saúde assumem uma posição inerte frente aos conflitos, entendida como um ato de banalização destas ocorrências, como é possível aferir a seguir:

“Equipa com 2 enfermeiros de plantão (são 3). Foi solicitado por um médico que um deles fizesse a classificação de risco e não foi feita, já que o enfermeiro achou mais importante ficar o tempo todo em outro setor. Passado para a direção, nada foi feito! [...]” (Médico, licenciado, 20 anos de atuação na área hospitalar).

“[...] o que escuto, às vezes, dos gestores é que é para deixar para lá, pois o médico é ele e não eu” (Enfermeira, licenciada, 9 anos de atuação na área hospitalar).

Segundo os dados levantados após análise das respostas dos inquiridos, observa-se que uma grande parcela da amostra - 40% dos enfermeiros e 45% dos médicos – considera a banalização do conflito como umas das razões de intensificação do mesmo. Visto isso, torna-se claro compreender, como apontado por Carvalho et. al (2014) a importância do gestor assumir a mediação desses confrontos a fim de restabelecer a harmonia na convivência entre as partes envolvidas no conflito, para que situações de constrangimento prolongado, como a apresentada abaixo, sejam evitadas:

“[...] não houve um intermédio de ninguém para apaziguar a situação. Pelo contrário, ficou um clima muito chato até o dia em que eu saí da instituição por motivos pessoais” (Enfermeira, licenciada, 1 ano de atuação na área hospitalar).

A recordar as práticas organizacionais, enquanto os enfermeiros nomearam a política de privilégios como a principal motivadora de confrontos no contexto hospitalar, os médicos, por sua vez, consideraram a escassez de materiais e recursos humanos como

sendo a prática que mais estimula os conflitos. Essa convicção é confirmada por Carvalho et. al (2014) quando dizem que a infraestrutura e a organização deficitária dos serviços de saúde refletem nas relações de trabalho, levando ao surgimento de conflitos. Os discursos apresentados a seguir reforçam o que foi levantado pelos autores:

“[...] médico criticando o serviço do enfermeiro pela falta de algum material, sendo que o serviço de compra não é realizado pelo mesmo” (Enfermeira, licenciada, 2 anos de atuação na área hospitalar).

“Um médico, em contexto cirúrgico, acusou a equipa de enfermagem de incompetência pelo facto de não haver um determinado fio de sutura, assumindo que ele não devia ter sido pedido por esquecimento. O fio em questão era uma amostra que um delegado tinha deixado para o médico experimentar (1 caixa com 12 unidades), pelo que não existia no aprovisionamento do hospital. Isto gerou uma grande discussão entre a equipa [...] As faltas de material cirúrgico são constantes, o que gera imensos problemas à equipa multidisciplinar” (Enfermeira, licenciada, 22 anos de atuação na área hospitalar).

Os inquiridos (29% dos enfermeiros e 41% dos médicos) também mencionaram a inexistência da descrição de funções e competências como uma das práticas organizacionais que mais instigam os conflitos entre ambos os grupos profissionais. Uma enfermeira com 8 anos de atuação na área hospitalar, relatou que *“A inexistência de protocolos em serviço origina uma discrepância de procedimentos e potenciam o conflito entre profissionais com convicções diferentes”*. Outros dois profissionais apresentaram opiniões semelhantes:

“Sempre vivemos o conflito referente às obrigações de cada profissional, quando a equipa de enfermagem deixa de fazer algo que diz não ser seu trabalho, como colher sangue, levar exames ao laboratório e outras experiências do género” (Médica, licenciada, 2 anos de atuação na área hospitalar).

Médico querendo que o Enfermeiro exerça alguma atividade que não é de sua competência. Por exemplo colocar rótulo no soro preparado pelo anestesista na sala cirúrgica. A função da tarefa é de quem prepara e não exclusividade do enfermeiro ” (Enfermeira, licenciada, 28 anos de atuação na área hospitalar).

Os depoimentos apresentados acima dão sustentação à afirmação de Cecílio e Mendes (2004 citados por Faria e Araujo, 2010), que alegam que a autonomia que é dada aos profissionais da saúde permite-os reinterpretar e reinventar normas e diretrizes, dando origem a formas distintas de produção de cuidado. Gonçalves et al (2017) reitera ao dizer que os conflitos podem ser desencadeados pela divisão de tarefas entre médicos e enfermeiros.

Outra prática organizacional presente nas instituições hospitalares que, de acordo com 18% dos enfermeiros e 36% dos médicos inquiridos, provoca situações de conflito no trabalho, é a falta de investimento na formação dos colaboradores, como é verificado nas narrativas seguintes:

“Trabalho numa clínica cirúrgica, onde fazemos pré e pós-operatório de utentes de neurocirurgia, ou seja, cirurgias limpas. Uma vez, tivemos um paciente transferido de outro hospital, onde, por acaso, eu também trabalhava. Esse paciente veio de um andar de internamento onde estava acontecendo um surto de VRE, que é uma bactéria multirresistente. Eu já sabia disso, então solicitei ao médico que fizesse um pedido de swab, que é um exame simples, que detecta a presença ou não dessas bactérias. O médico se recusou, pois manter o paciente em isolamento daria muito trabalho para ele de ter que colocar e tirar capote, por exemplo. Após muita discussão e insistência minha, o pedido foi feito e o paciente foi colocado em isolamento, pois o exame veio positivo para VRE” (Enfermeira, licenciada, 8 anos de atuação na área hospitalar).

“Pedi para que o enfermeiro [que] retirasse o oxigénio a um doente, dado que iria realizar uma gasometria. Quando fui realizar o exame, o enfermeiro

estava a fazer uma nebulização com oxigénio” (Médica, mestre, 1 ano de atuação na área hospitalar).

As falas descrevem circunstâncias em que a falta de qualificação técnica de um profissional gera incómodo no outro a ponto de dar início a um embate entre ambos. É importante salientar a necessidade de constante atualização e desenvolvimento das habilidades profissionais, tendo em conta a complexidade das atividades desempenhadas no contexto da saúde, conforme destacado por Braga e Grou (2014) ao afirmarem que as situações de urgência nas organizações de saúde exigem dos profissionais altos níveis de especialização e poder de articulação; e que a frequente exposição dos diferentes grupos a estas circunstâncias pode desencadear o conflito.

Os dados da pesquisa indicam que, além das disputas de poder entre as classes profissionais e das políticas organizacionais, outra questão que motiva o conflito entre enfermeiros e médicos é o negligenciamento de normas por parte destes trabalhadores, ferindo os padrões éticos estabelecidos pelas organizações de saúde. Segundo Carvalho et. al (2014), as atitudes de alguns colaboradores confrontam e extrapolam o horizonte normativo do sistema de saúde e das relações de trabalho.

Nos depoimentos dos profissionais, percebe-se que os conflitos podem ser originados no instante em que uma parte viola as regras de funcionamento do serviço, gerando descontentamento na outra parte. Ou no ponto em que um trabalhador obedece as determinações da organização, desagradando o outro que considera esta postura desnecessária. Para exemplificar as situações mencionadas, foram destacados os trechos a seguir:

“Médico ficando bravo, alegando que não deveria ser chamado, quando paciente apresentava grave pico pressórico no período do puerpério, devendo deixar o caso para a rotina do período diurno” (Enfermeira, licenciada, 2 anos de atuação na área hospitalar).

“ [uma das razões para conflitos é o] Excesso de inflexibilidade por parte da enfermagem. Seguir demasiado as regras. Cumprir horários ao minuto e exclusivamente funções instituídas” (Médico, mestre, 5 anos de atuação na área hospitalar).

Os problemas decorrentes das perturbações nas relações entre médicos e enfermeiros atuam como importante obstáculo à excelência da produção em serviços de saúde, conforme destacado por Lima (2007 citado por Oliveira et al., 2010). Os discursos dos inquiridos reforçam essa teoria, ao narrarem situações em que são notáveis os efeitos contraproducentes dos conflitos nos cuidados de saúde ofertados aos utentes.

“Certa ocasião, durante uma cirurgia, um médico jovem, que apenas assistia a cirurgia, encostou sem querer na bandeja do instrumental e foi grosseiramente repreendido pela enfermeira da sala. O cirurgião chamou a atenção da enfermeira pela forma com que ela reagiu, desrespeitando o jovem colega e ela deixou a sala chorando, deixando a equipe sem enfermeira instrumentadora por 20 minutos, colocando em risco a cirurgia” (Médica, mestre, 11 anos de atuação na área hospitalar).

“O médico desrespeitou a equipa de enfermagem, querendo impor um internamento sem vaga no andar. Tive que intervir grosseiramente fazendo com que o médico retirasse o paciente do andar” (Enfermeira, licenciada, 20 anos de atuação na área hospitalar).

Neste contexto, Claro e Cunha (2017) enfatizam que o mau ambiente criado pelos conflitos compromete o desempenho das funções dos trabalhadores, reduzindo a qualidade dos serviços prestados.

4. Conclusões

Esta dissertação buscou investigar, no contexto hospitalar, o papel das práticas organizacionais como motivadoras de conflitos entre médicos e enfermeiros, bem como as suas consequências para a prestação de cuidados de saúde. O processo construtivo desta pesquisa deu-se através da análise das respostas, de profissionais de ambos os grupos citados, ao inquérito aplicado.

A revisão de literatura expôs o conflito como algo recorrente nas organizações de saúde, em especial as hospitalares, em virtude da configuração estrutural e hierárquica destas instituições, tal como a presente diversidade de identidades profissionais que partilham o mesmo espaço de trabalho. Também foi exposta a dificuldade que encontram os gestores de equipas de saúde na mediação dos embates entre enfermeiros e médicos, em razão da inexistência de colaboração das partes envolvidas, tal quanto a banalização dos conflitos entre estas duas classes profissionais empregada pelas organizações. Por fim, a revisão literária revelou que o clima gerado pelos conflitos interfere no desempenho profissional, acarretando implicações negativas nos cuidados ofertados aos utentes.

Os resultados obtidos por meio do inquérito por questionário reforçam o que fora apresentado pela literatura, ao demonstrarem que o confronto entre médicos e enfermeiros é comum nas instituições hospitalares e que causam prejuízo à prestação de cuidados de saúde, reduzindo a qualidade dos serviços. Fez-se claramente notório, pelas narrativas dos profissionais inquiridos, que a necessidade que estes têm em demarcar poderes, reafirmando suas posições e o mérito do seu trabalho frente ao outro, é a principal razão para o desencadeamento de conflitos, e que pode, repetidamente, ser intensificado pelas práticas direcionadas aos recursos humanos, adotadas pelas organizações de saúde.

Também foi possível verificar que a gestão de conflitos tem sido, por muitas vezes, negligenciada pelas organizações, permitindo que se prolongue a situação conflituosa. Conclui-se que não é comum, nas organizações hospitalares, que haja intervenção por parte do gestor com vistas a solucionar ou abrandar as situações de conflito. Inclusive, os dados apresentados mostram que a banalização do conflito é uma das principais práticas responsáveis por fomentar os confrontos.

No que se refere ao papel das práticas desenvolvidas pelas organizações hospitalares, as informações recolhidas revelam que estas podem provocar aumento da competitividade entre os grupos analisados, sentimento de injustiça por parte dos enfermeiros devido ao tratamento privilegiado oferecido aos médicos, desconhecimento de funções e competências uns dos outros; e insubordinação, levando ao descumprimento de normas de funcionamento dos serviços, a falta de padronização na execução das atividades e atribuição de suas responsabilidades a outrem; factos que criam oportunidades para estabelecer o conflito nas relações interpessoais.

Relativamente às formas como os conflitos refletem na produção dos cuidados de saúde, os resultados apresentados mostram que a desestabilização psicológica que acomete os profissionais em situações de conflito propicia a prática de erros nas tarefas desenvolvidas a nível individual e coletivo. Do mesmo modo, foi possível verificar a exposição direta do utente ao conflito, o que é preocupante, considerando a condição de vulnerabilidade provocada pelo processo de doença.

A pesquisa realizada apresentou limitações na abundância e qualidade das respostas à pergunta aberta, tendo em conta que 60% dos enfermeiros e 50% dos médicos não responderam a esta questão. Além do que, oito depoimentos não puderam ser utilizados por não irem ao encontro do que fora solicitado no enunciado da pergunta.

O outro entrave encontrado diz respeito à literatura, relativamente à influência das políticas organizacionais nas relações interprofissionais, tendo em vista a escassez de pesquisas que contemplem este assunto.

O principal contributo desta dissertação para a área de gestão de serviços de saúde é, portanto, proporcionar conhecimento sobre o papel das práticas organizacionais nos conflitos entre médicos e enfermeiros, fornecendo fundamentos que amparam os gestores das equipas de saúde na construção de estratégias de negociação e mediação de conflitos destinadas a estes dois grupos profissionais.

Atendendo aos resultados obtidos, sugere-se à comunidade científica desenvolver novas investigações que aprofundem estudos sobre o efeito das políticas organizacionais no conflito entre médicos e enfermeiros, considerando que as práticas adotadas pelas organizações de saúde não se restringem àquelas apontadas nesta pesquisa; e estabelecer

uma comparação dos efeitos das políticas das organizações de saúde públicas e privadas nesses conflitos. Fica também como recomendação para pesquisas futuras, investigar a perspectiva do gestor de equipa de saúde frente ao conflito entre as duas classes profissionais analisadas nesta dissertação. Deixa-se, portanto, a procura de respostas para estas proposições como desafio para novas investigações.

Referências Bibliográficas

Almeida, O. e Souza, E. (2011). A influência da cultura nas práticas organizacionais: estudo de caso na Universidade Aberta do Brasil.. *III Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho*. 20 a 22 de novembro de 2011. pp.1-17

Alves, Z. e Silva, M. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta [Versão eletrónica]. *Paideia*, **2**: 61-69.

Areosa, J. e Carapinheiro, G. (2008). Quando a imagem é profissão: Profissões da imagiologia em contexto hospitalar [Versão eletrónica]. *Sociologia, Problemas e Práticas*, **57**: 83-108. Acedido em 25 de novembro de 2018, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292008000200005&lng=pt&tlng=pt.

Augusto, C. A.; Souza, J. P.; Dellagnelo, E. H. L. e Cario, S. A. F. (2013). Pesquisa qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011) [Versão eletrónica]. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, **51(4)**: 745-76

Ayres, J. (set.2003-fev.2004). Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, **8**: 73-92. n.14.

Bedani, M. e Veiga, H. M. S. (2015). Práticas organizacionais: uma contribuição teórica [Versão eletrónica]. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, **8(2)**., 428-442. Acedido em 26 de dezembro de 2018, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300011&lng=pt&tlng=pt.

Braga, D. e Grou, R. (2014). Análise de conflitos interpessoais numa unidade hospitalar do Alentejo, 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas. *Atas do VIII Congresso Português de Sociologia*. Évora. p.15.

Carvalho, B. G.; Peduzzi, M. e Ayres, J. R. C. M. (2014). Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) [Versão eletrónica]. *Cadernos de Saúde Pública*, **30(7)**: 1453-1462.

Cavalcanti, P. B. e Carvalho, R. N. (2010). A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos? *Revista Sociedade em Debate*, **16(2)**: 191-208.

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 1ª edição, Editora Campus. Rio de Janeiro.

Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 2ª edição, Editora Campus. Rio de Janeiro.

Claro, R. F. S. e Cunha, P. F. S. S. (2017). Estratégias de gestão construtiva de conflitos: uma perspectiva dos profissionais de saúde [Versão eletrônica]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, **18(1)**: 65-68.

Cucolo, Danielle Fabiana, & Perroca, Márcia Galan. (2015). Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem [Versão eletrônica]. *Acta Paulista de Enfermagem*, **28(2)**: 120-124.

Cunha, P.; Meneses, R. e Oliveira, M. C.. (2013). Gestão de conflitos na área da saúde: uma proposta de reflexão. *Arquivos de Medicina*, **27(3)**: 132-134. Acedido em 24 de novembro de 2018, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000300006&lng=pt&tlng=pt.

Cruz, S.; Pais, C. e Parente, C. (2014). *Gestão estratégica, liderança, e cultura nas organizações do terceiro setor*. Acedido em 24 de novembro de 2018 no Website da Universidade do Porto: <http://hdl.handle.net/10216/74579>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, **83**: 691-729. No. 4 Part 2.

Elias, L.; Dalmau, M. B. L. e Bernadini, I. S. (2013). A Importância da gestão de conflitos nas relações de trabalho: um estudo de caso na Secretaria de Saúde de Biguaçu/SC. *Coleção Gestão da Saúde Pública*, **8**: 124-14. Acedido em 25 de dezembro de 2018 em http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Artigo_07.pdf

Erdmann, A. L.; Mello, A. L. S. F.; Meirelles, B. H. S. e Marino, S. R. A.. (2004). As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, **57(4)**: 467-471.

Faria, H. X. e Araujo, M. D. (2010). Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos [Versão eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, **19(2)**: 429-439.

Farias, L. O. e Vaitsman, J. (2002). Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas [Versão eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, **18(5)**: 1229-1241.

Gerhardt, T. e Silveira, D.. (2009). *Métodos de pesquisa*. 1ª edição, Editora da UFRG. Porto Alegre.

Gonçalves, L. A. P.; Mendonça, A. L.; Oliveira, C. e Kenneth, Rochel. (2017). A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar [Versão eletrônica]. *Cien Saude Colet*. Acedido em 24 de Novembro de 2018. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-interacao-entre-medicos-e-enfermeiras-em-um-contexto-hospitalar/16146?id=16146>

Kostova, T. (1999). Transnational transfer of strategic organizational practices: a contextual perspectiv. *Academy of management Review*, *Briarcliff Manor*, **24**: 308-324. n. 2.

Lima, M. E. A. (1994). Novas políticas de recursos humanos: seus impactos na subjetividade e nas relações de trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, **34(3)**: 115-124.

Lucas, J. F. G. e Varela, M. N. A. (2013). Gestão da qualidade na prestação de cuidados de saúde: uma aplicação ao serviço de cirurgia geral do hospital de São José. *International Business and Economics Review*, **4**: 154-177.

Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª edição, Atlas. São Paulo.

McIntyre, S. E. (2007). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais [Versão eletrônica]. *Análise Psicológica*, 25(2), 295-305. Acedid em 24 de novembro de 2018, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000200009&lng=pt&tlng=pt.

Melo, F. A. O.; Santos, A. R.; Hayashida, M. C. B. P. e Machado, T. F. (2012) A Influência da Gestão de Pessoas no Desempenho Empresarial através do Perfil do Líder. *IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*. Rio de Janeiro.

Menezes, I. G.; Sampaio, L. R.; Gomes, A. C. P.; Teixeira, F. S. e Santos, P.S. (2009). Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial. *Estudos de Psicologia*, 26(3): 305-316.

Merhy, E. E.; Franco T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Revista Saúde em Debate*, 27(65): 316-323.

Moreira, I. M. D.. (2011). Comparação de resultados: prestação de cuidados saúde hospitalares públicos e privados. Tese de mestrado em gestão e economia de serviços de saúde. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Mozzato, A. R. e Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no Campo da Administração: potencial e desafios [Versão eletrônica]. *RAC*, 15: pp. 731-747 n. 4, Jul./Ago.

Nascimento, D. M. M. (2016) Mediação de conflitos na área da saúde: experiência portuguesa e brasileira. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, 5(3):201-211, jul./set.

Nero, A. (2008). A relação enfermeiro/médico: contribuição para a gestão de conflitos. Tese de mestrado em comunicação em saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

Oliveira, A. M.; Lemes, A. M.; Machado, C. R.; Silva, F. L. e Miranda, F. S. (2010). Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(Suppl. 2): 433-s439.

- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ª edição, Atlas. São Paulo.
- Schmidt, B.; Krawulski, E. e Marcondes, R. C. (2013). Psicologia e Gestão de Pessoas em Organizações de Trabalho: investigando a perspectiva estratégica de atuação. *Revista de Ciências Humanas*, **47**: 344-361 n. 2.
- Shah, S. K., & Corley, K. G. (2006). Building better theory by bridging the quantitative-qualitative divide. *Journal of Management Studies*, 43(8): 1821-1835.
- Silva, B. M.; Lima, F. R. F.; Farias, F. S. A. B., e Campos, A. C. S. (2006). Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, **15(3)**: 442-448.
- Spagnol, C. A.; Santiago, Gislene Rodrigues; Campos, B. M. O.; Badaró, M. T. M.; Vieira, J. S. e Silveira, A. P. O. (2010). Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, **44(3)**: 803-11.
- Thomas, Kenneth. (1992). Conflict and negotiation processes in organizations. In M. D. Dunnette, & L. M. Hough (Eds.). *Handbook of industrial and organizational psychology*, vol 3, 2nd edition: pp. 651-717). Chicago: Rand McNally.
- Vargas, M. C. F.. (2010). Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório: o caso dos enfermeiros. Tese de mestrado em comunicação em saúde. Universidade Aberta, Portugal.
- Vendemiatti, M.; Siqueira, E. S.; Filardi, F.; Binotto, E. e Simioni, F. J.. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, **15(Suppl. 1)**: 1301-1314.

Anexos

Anexo 1 – inquérito aplicado aos enfermeiros

O PAPEL DAS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS NO CONFLITO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR: AS CONSEQUÊNCIAS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

No âmbito da dissertação de mestrado em gestão e economia de serviços de saúde, o presente inquérito destina-se a perceber a influência que as práticas organizacionais exercem sobre os conflitos entre médicos e enfermeiros no contexto hospitalar e quais são as consequências destes conflitos para a prestação dos cuidados de saúde. Todas as respostas devem ser fornecidas com base em experiências profissionais vividas em instituições hospitalares, públicas ou privadas, e serão unicamente utilizadas com fins académicos, as quais serão apresentadas à Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Ao preencher este inquérito, está a dar o seu consentimento em como aceita participar deste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária fornece.

(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ENFERMEIROS)

***Obrigatório**

Dados pessoais

1. Grupo etário *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ <25
☐ 25-34
☐ 35-44
☐ 45-54
☐ 55-64
☐ >65

2. Género *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Feminino
☐ Masculino

3. Grau académico concluído *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Licenciatura/bacharelado
☐ Mestrado
☐ Doutoramento
☐ Pós-doutoramento

4. Anos de experiência profissional como enfermeiro(a) *

Utilize apenas números para responder a esta questão. Ex: 10

5. Anos de experiência profissional como enfermeiro(a) em organizações hospitalares públicas e privadas *

Utilize apenas números para responder a esta questão. Ex:5

Para responder às perguntas a seguir, considere 0 como nunca, 1 como raramente, 2 como ocasionalmente, 3 como frequente e 4 como muito frequente. Se não trabalha atualmente em instituição hospitalar, considere suas experiências anteriores.

6. Com que frequência ocorrem conflitos entre médicos e enfermeiros na organização onde trabalha? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

7. Já teve alguma experiência conflituosa com médico(s) no ambiente de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

Tendo em conta que as práticas organizacionais são ações e atividades que orientam a dinâmica do trabalho, influenciadas pelas culturas nacionais, atuando sobre o comportamento dos profissionais no âmbito empresarial (Bedani e Veiga, 2015 apud Askenazy, Caroli & Marcus, 2002; Bauer, 2004; Greenan & Mairesse, 2003; Ichniowski, Shaw & Prennshui, 1997; Kostova, 1999; Schein, 1985):

8. Considera que as práticas das organizações hospitalares motivam o surgimento de conflitos entre médicos e enfermeiros? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

9. Considera que as práticas das organizações hospitalares intensificam os conflitos entre médicos e enfermeiros? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

10. De acordo com a sua opinião, qual(is) prática(s) das organizações hospitalares, listadas abaixo, exercem papel no conflito entre médicos e enfermeiros, de modo a motivar ou intensificar as tensões? *

Selecione quantas opções achar necessário.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Política de privilégios para determinados grupos profissionais
- ☐ Discrepâncias salariais
- ☐ Escassez de recursos humanos e/ou materiais
- ☐ Inexistência da descrição de funções e competências de cada grupo profissional
- ☐ Promoção da interdependência dos profissionais
- ☐ Banalização do conflito
- ☐ Ausência de política de comunicação interna clara
- ☐ Regras não explícitas
- ☐ Pressão para comprovação de resultados
- ☐ Falta de investimento em formação
- ☐ Nenhuma das opções acima
- ☐ Outro: _____

Relativamente às situações de conflito que presenciou ou vivenciou:

11. Considera que as organizações hospitalares adoptam práticas que ajudam a evitar os conflitos entre médicos e enfermeiros? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

12. Considera que as organizações hospitalares possuem estratégias de resolução de conflitos entre médicos e enfermeiros? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

13. Com que frequência houve interferência por parte do gestor com fins de *mediação? *

*o gestor assume o papel de um facilitador, para que as partes cheguem a uma solução em face do impasse surgido.

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

14. Com que frequência houve interferência por parte do gestor com fins de *conciliação? *

*o gestor apresenta, às partes envolvidas, propostas para resolver o conflito.

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

Considerando que o cuidado de saúde é resultado da interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (Ayres, 2003-2004 p.74)

15. **Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares prejudicam o desenvolvimento do trabalho em equipa? ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

16. **Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares comprometem o resultado do trabalho individual? ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

17. **Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares interferem na qualidade do cuidado prestado ao utente? ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

18. **Considera que as situações de conflito podem levar à ocorrência de erros graves, que colocam em risco a saúde dos utentes? ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

Relato de experiência

19. **Para finalizar, descreva brevemente alguma situação conflituosa que viveu ou presenciou e/ou o comportamento da organização frente ao conflito, e/ou os desdobramentos para o serviço.**

A resposta não é obrigatória, porém será de grande valia para o estudo.

Obrigada pela sua contribuição!

Powered by

<https://docs.google.com/forms/d/1sc2qjbes2bqkIS2TIH17FSIm81bB0fb4UTUCVuB-I38/edit>

4/5

Anexo 2 – inquérito aplicado aos médicos

O PAPEL DAS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS NO CONFLITO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR: AS CONSEQUÊNCIAS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.

No âmbito da dissertação de mestrado em gestão e economia de serviços de saúde, o presente inquérito destina-se a perceber a influência que as práticas organizacionais exercem sobre os conflitos entre médicos e enfermeiros no contexto hospitalar e quais são as consequências destes conflitos para a prestação dos cuidados de saúde. Todas as respostas devem ser fornecidas com base em experiências profissionais vividas em instituições hospitalares, públicas ou privadas, e serão unicamente utilizadas com fins académicos, as quais serão apresentadas à Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Ao preencher este inquérito, está a dar o seu consentimento em como aceita participar deste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária fornece.

(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA MÉDICOS)

*Obrigatório

Dados pessoais

1. **Grupo etário ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ <25
☐ 25-34
☐ 35-44
☐ 45-54
☐ 55-64
☐ >65

2. **Género ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Feminino
☐ Masculino

3. **Grau académico concluído ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Licenciatura/bacharelado
☐ Mestrado
☐ Doutoramento
☐ Pós-doutoramento

4. **Anos de experiência profissional como médico(a) ***

Utilize apenas números para responder a esta questão. Ex:10

5. Anos de experiência profissional como médico(a) em organizações hospitalares públicas e privadas *

Utilize apenas números para responder a esta questão. Ex:5

Para responder às perguntas a seguir, considere 0 como nunca, 1 como raramente, 2 como ocasionalmente, 3 como frequente e 4 como muito frequente. Se não trabalha atualmente em instituição hospitalar, considere suas experiências anteriores.

6. Com que frequência ocorrem conflitos entre médicos e enfermeiros na organização onde trabalha? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

7. Já teve alguma experiência conflituosa com enfermeiro(s) no ambiente de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

Tendo em conta que as práticas organizacionais são ações e atividades que orientam a dinâmica do trabalho, influenciadas pelas culturas nacionais, atuando sobre o comportamento dos profissionais no âmbito empresarial (Bedani e Veiga, 2015 apud Askenazy, Caroli & Marcus, 2002; Bauer, 2004; Greenan & Mairesse, 2003; Ichniowski, Shaw & Prennshui, 1997; Kostova, 1999; Schein, 1985):

8. Considera que as práticas das organizações hospitalares motivam o surgimento de conflitos entre médicos e enfermeiros? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

9. Considera que as práticas das organizações hospitalares intensificam os conflitos entre médicos e enfermeiros? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

10. De acordo com a sua opinião, qual(is) prática(s) das organizações hospitalares, listadas abaixo, exercem papel no conflito entre médicos e enfermeiros, de modo a motivar ou intensificar as tensões? *

Selecione quantas opções achar necessário.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Política de privilégios para determinados grupos profissionais
- ☐ Discrepâncias salariais
- ☐ Escassez de recursos humanos e/ou materiais
- ☐ Inexistência da descrição de funções e competências de cada grupo profissional
- ☐ Promoção da interdependência dos profissionais
- ☐ Banalização do conflito
- ☐ Ausência de política de comunicação interna clara
- ☐ Regras não explícitas
- ☐ Pressão para comprovação de resultados
- ☐ Falta de investimento em formação
- ☐ Nenhuma das opções acima
- ☐ Outro: _____

Relativamente às situações de conflito que presenciou ou vivenciou:

11. Considera que as organizações hospitalares adoptam práticas que ajudam a evitar os conflitos entre médicos e enfermeiros? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

12. Considera que as organizações hospitalares possuem estratégias de resolução de conflitos entre médicos e enfermeiros? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

13. Com que frequência houve interferência por parte do gestor com fins de *mediação? *

*o gestor assume o papel de um facilitador, para que as partes cheguem a uma solução em face do impasse surgido.

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

14. Com que frequência houve interferência por parte do gestor com fins de *conciliação? *

*o gestor apresenta, às partes envolvidas, propostas para resolver o conflito.

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

Considerando que o cuidado de saúde é resultado da interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (Ayres, 2003-2004 p.74)

15. **Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares prejudicam o desenvolvimento do trabalho em equipa? ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

16. **Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares comprometem o resultado do trabalho individual? ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

17. **Considera que os conflitos existentes entre profissionais médicos e enfermeiros dentro das instituições hospitalares interferem na qualidade do cuidado prestado ao utente? ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

18. **Considera que as situações de conflito podem levar à ocorrência de erros graves, que colocam em risco a saúde dos utentes? ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4
☐	☐	☐	☐	☐

Relato de experiência

19. **Para finalizar, descreva brevemente alguma situação conflituosa que viveu ou presenciou e/ou o comportamento da organização frente ao conflito, e/ou os desdobramentos para o serviço.**

A resposta não é obrigatória, porém será de grande valia para o estudo.

Obrigada pela sua contribuição!

Powered by

https://docs.google.com/forms/d/1o7L6IHk2h03uITYBboL2LGeE7a_kyZ_qmX06m7YMPxU/edit

4/5

F
A
C
U
L
D
A
D
E

D
E

E
C
O
N
O
M
I
A

